

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Financování a zajištění rehabilitační péče v České republice

Hana Drobná

© 2022 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hana Drobná

Podnikání a administrativa

Název práce

Financování a zajištění rehabilitační péče v České republice

Název anglicky

Financing and Provision of Rehabilitation Care in the Czech Republic

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zhodnotit zajištění rehabilitační péče v České republice a její financování. Budou rozebrány zdroje financování této péče, struktura a vývoj výdajů s jejím poskytováním spojené. V rámci práce budou identifikovány hlavní legislativní změny s dopadem na poskytování a úhradu rehabilitační péče a vliv výjimečné situace spojené s pandemií COVID-19 na segment této péče.

Metodika

Teoretická východiska řešené problematiky budou zpracována na základě literární rešerše. Bude využita metoda studia odborné literatury, české i zahraniční. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je především databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Ministerstva zdravotnictví ČR. Na základě práce se soubory dat budou konstruovány vlastní indexy a tempa růstu pro hodnocení vývoje ukazatelů v čase a podílové ukazatele. Bude využita metoda komparace pro vzájemné porovnání a vyhodnocovány rozdíly. Na základě metody syntézy bude formulován závěr plynoucí z daného zkoumání.

Doporučený rozsah práce

30-40 stran

Klíčová slova

etika, financování, fyzioterapie, historie zdravotní péče, legislativa ve zdravotnictví, poskytovatel zdravotních služeb, rehabilitační péče, úhradová vyhláška, zdravotnictví, zdravotní pojištění

Doporučené zdroje informací

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.

JANĚČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha : Portál, 2012. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

MAAYTOVÁ, A. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 164 s. ISBN 978-807-3579-128.

NĚMEC, J. Principy zdravotního pojištění. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.

SVEJKOVSKÝ, J. VOJTEK, P. a ARNOŠTOVÁ, L. Zdravotnictví a právo. Praha : C. H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-619-7.

ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J.: Ekonomika zdravotnictví. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

Předběžný termín obhajoby

2021/22 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 29. 12. 2021

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 8. 2. 2022

doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 07. 03. 2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Financování a zajištění rehabilitační péče v České republice" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 13. 03. 2022

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Ing. Daně Staré, Ph.D. za odborné vedení při zpracování bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a informací k zadanému tématu práce.

Financování a zajištění rehabilitační péče v České republice

Abstrakt

Rehabilitační péče v České republice je financována kombinací soukromých a veřejných zdrojů, přičemž mezi nejdůležitější zdroje patří stát, zdravotní pojišťovny a samotné domácnosti.

Počet fyzioterapeutů a ergoterapeutů, kteří rehabilitační výkony a vyšetření zajišťují v jednotlivých krajích i celkově v ČR, je dle poskytnutých dat velmi omezený a je tak velkým problémem pro zabezpečení této péče pro všechny pacienty, kteří tuto péči potřebují. K tomuto faktoru se váže i vysoké množství provedených výkonů jedním fyzioterapeutem. Ze Seznamu zdravotních výkonů lze vyvodit, že mnoho ošetření se zaměřuje na ulevení pacienta od bolesti, obnovení tělesné zdatnosti či na návrat člověka do běžného života po úrazu či operaci. Mnoha zdravotním komplikacím by se poté dalo předejít preventivní edukací pacienta.

Důležitost zajištění a dostatečného financování rehabilitační péče nabyla na významnosti také v důsledku onemocnění koronaviru SARS-CoV-2, který postihuje lidský organismus a mnohdy zanechává trvalé následky. Pomocí poskytovaných ošetření zajišťovaných v této oblasti péče je možné zdravotní důsledky pacientů, kteří prodělali toto onemocnění, zlepšit či úplně odstranit. Celkové výdaje vynaložené na zdravotní péči a výdaje na péči rehabilitační v reakci na onemocnění stále rostou.

Klíčová slova: etika, financování, rehabilitační péče, historie zdravotní péče, legislativa ve zdravotnictví, fyzioterapie, poskytovatel zdravotních služeb, úhradová vyhláška, zdravotnictví, zdravotní pojištění

Financing and Provision of Rehabilitation Care in the Czech Republic

Abstract

Rehabilitation care in the Czech Republic is funded in the combination of private and public resources, where the most important sources are secured by state, health insurance companies and separate households.

The number of physiotherapists and occupational therapists, which execute rehabilitation care in individual regions and in the Czech Republic as a whole, is, by the provided data, very limited. It is a great problem to secure rehabilitation care for all patients that require services from this segment of healthcare. High number of executed medical performances by one physiotherapist is one of the issues that are linked with securing rehabilitation care. From List of medical performances can be deduced, that many medical performances are oriented to relief pain, restore physical fitness or to re-enlist person to their regular life after injury or operation. Many medical complications can be precluded by preventive education of the patient.

The financing and provision of rehabilitation care gained in importance as a result of SARS-Co-V-2 disease, which affects the human body and often leaves permanent consequences. It is possible to improve or completely remove health problems in patients that suffered from COVID-19 disease by medical performances provided in this segment of health care. In reaction to disease COVID-19 the total expenses invested in health care and expenses associated with rehabilitation care constantly grow.

Keywords: ethics, financing, rehabilitation care, history of healthcare, legislation in healthcare, physiotherapy, provider of health care services, reimbursement decree, healthcare, health insurance

Obsah

1 Úvod.....	12
2 Cíl práce a metodika	13
3 Teoretická část.....	17
3.1 Historie zdravotnictví v ČR	17
3.1.1 Počátky zdravotní péče	17
3.1.2 Historie rehabilitační péče a fyzioterapie	18
3.1.3 Pojetí a definice specializace fyzioterapie	19
3.2 Dělení rehabilitačního lékařství	20
3.3 Současná organizace poskytované zdravotní péče v ČR	21
3.3.1 Základní modely zdravotních systémů	22
3.3.2 Fyzické a právnické osoby ve zdravotnictví.....	24
3.3.3 Formy poskytované rehabilitační péče	25
3.4 Přehled základních pramenů práva soudobého českého zdravotnictví	25
3.4.1 Prameny práva související se zdravotní péčí	26
3.4.2 Etické normy v českém zdravotnictví.....	26
3.5 Způsob financování zdravotní péče v ČR	29
3.5.1 Zdroj financování rehabilitační péče a fyzioterapie	31
3.5.2 Fungování zdravotních pojišťoven v ČR.....	32
3.5.3 Kompenzační vyhlášky v souvislosti s pandemií COVID-19	34
4 Praktická část	44
4.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice v letech 2010–2019	44
4.2 Výdaje na rehabilitační péči a srovnání s výdaji na ostatními druhy péče (ambulantní a lůžková).....	47
4.3 Výdaje za lázeňskou rehabilitační péči	52
4.4 Dostupnost zdravotnických zařízení poskytující rehabilitační péči podle odborností.....	56
4.5 Poskytnutá rehabilitační péče v ČR	61
5 Zhodnocení výsledků	69
6 Závěr.....	72
7 Seznam použitých zdrojů	74

Seznam obrázků

Obrázek 1 Právní řád ČR	25
Obrázek 2 Účastníci financování zdravotnických služeb v ČR	29

Seznam grafů

Graf 1 Vývoj počtu pacientů a počtu provedených výkonů na 1 ZZ poskytující lázeňskou rehabilitační péči v letech 2010–2019	56
Graf 2 Počet provedených vyšetření a výkonů na jednoho fyzioterapeuta či ergoterapeuta v letech 2010–2019 (v tis.).....	64
Graf 3 Podíl zastoupení dílčími poskytovateli péče na počtu ošetřených pacientů 2010–2019.....	67

Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristické rysy modelů zdravotnictví	23
Tabulka 2 Seznam vybraných zdravotních výkonů pro odbornost 902	31
Tabulka 3 Seznam vybraných zdravotních výkonů pro odbornost 201	32
Tabulka 4 Hodnoty bodů v kompenzačních vyhláškách v letech 2019–2021 (v Kč)	43
Tabulka 5 Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010–2019 (v Kč).....	44
Tabulka 6 Výdaje z veřejných a soukromých zdrojů na zdravotní péči v České republice v letech 2010–2019 (v mld. Kč).....	46
Tabulka 7 Výdaje na poskytovanou péči dle hlavních druhů v ČR v letech 2010–2019 (v mld. Kč).....	48
Tabulka 8 Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele v ČR dle druhů poskytnuté péče v letech 2010–2019 (v Kč).....	50
Tabulka 9 Výdaje na vybrané druhy rehabilitační péče a jejich zdroje financování v roce 2019 (v mil. Kč).....	51
Tabulka 10 Vývoj hodnot bodů za vybrané výkony pro odbornost 902 v letech 2019–2021	52
Tabulka 11 Vytíženost lázeňských zdravotnických zařízení v ČR v letech 2010–2019	53
Tabulka 12 Počet obyvatel na zdravotnické zařízení pro odbornost 902 – fyzioterapie dle krajů v ČR v roce 2021	57
Tabulka 13 Počet obyvatel na zdravotnické zařízení pro odbornost 201 – fyzikální a rehabilitační medicína dle krajů v ČR v roce 2021	58
Tabulka 14 Počet obyvatel na zdravotnické zařízení pro odbornost 917 – ergoterapeut dle krajů v ČR v roce 2021	60
Tabulka 15 Počty zdravotnických pracovníků v oboru rehabilitační a fyzikální medicína a fyzioterapeut v letech 2010–2019	61
Tabulka 16 Počet provedených vyšetření a výkonů v oboru rehabilitační a fyzikální medicína v letech 2010–2014	62
Tabulka 17 Počet provedených vyšetření a výkonů v oboru rehabilitační a fyzikální medicína v letech 2015–2019	63
Tabulka 18 Průměrný čas potřebný k provedení výkonu v oblasti rehabilitační péče dle jednotlivých odborností (dle Seznamu zdravotních výkonů z roku 2021)	65
Tabulka 19 Počet ošetřovaných mužů a žen dle vybraných diagnóz v letech 2010–2019	65
Tabulka 20 Počty ošetřených pacientů pomocí dílčích poskytovatelů zdravotní péče v letech 2010–2019	66
Tabulka 21 Vytíženost fyzioterapeutů a ergoterapeutů v roce 2019	73

Seznam použitých zkratk

CV – celkové výdaje

CVÚ – celková výše úhrady

ČAS – Česká asociace sester

ČLK – Česká lékařská komora

ČSÚ – Český statistický úřad

HB – hodnota bodu

ICN – Mezinárodní rada sester

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ZV – zdravotní výkon

ZZ – zdravotnické zařízení

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

1 Úvod

Ve srovnání s jinými zeměmi je v České republice jejím občanům poskytována dlouhodobě kvalitní a dostupná zdravotní péče díky veřejnému zdravotnímu pojištění, které má charakter formy daně a vykazuje známky národní služby. Zdravotní péče je v současnosti však také jedním z oborů se nejrychleji rozvíjejících. Pacienti v České republice mají mnoho práv a poměrně málo povinností v této oblasti obecně. Mezi významná práva pacienta patří zejména výběr samotného zdravotnického zařízení a výběr zdravotní pojišťovny. Obyvatelstvo celosvětově stárne a dožívá se tak, nejen u nás, stále vyššího věku. S ohledem právě na stárnutí obyvatelstva nabývá rehabilitační péče stále většího významu a její význam v budoucnu i nadále poroste. Rehabilitační péče je mezioborovou zdravotní péčí, která spojuje různé odbornosti poskytované zdravotní péče. Je potřebná po úrazech, operacích, při nemocech oběhové, nervové soustavy a mnoha dalších.

Kapacity lékařů odbornosti rehabilitační a fyzikální medicíny spolu s fyzioterapeuty a ergoterapeuty jsou dlouhodobě omezené. Omezené kapacity lékařů a fyzioterapeutů jsou citelné pak zejména v době propuknutí pandemie COVID-19. Nakažení pacienti byli nuceni čelit nejen samotnému akutnímu respiračnímu syndromu koronaviru SARS-CoV-2, ale i v mnoha případech byli nuceni následně bojovat s postcovidovým syndromem, který je právě předmětem rehabilitační péče současnosti. Laserová terapie se v rehabilitační péči používá k doléčení pacientů po prodělaném onemocnění COVID-19, ke zlepšení funkčnosti plic spolu s dechovými cvičeními pro zlepšení jejich kapacity.

Dostupnost a kvalita zdravotní péče je ovlivněna mnoha faktory. Jedním z rozhodujících faktorů je bezpochyby samotné financování zdravotní péče, hospodaření daného zdravotnického zařízení. Dalším velmi důležitým faktorem je samotné personální obsazení. Dostatečné financování jakéhokoliv druhu zdravotní péče je zárukou poskytnuté kvalitní péče o pacienta spolu s její dostupností. Včasná a dostupná péče přispěje k rychlému návratu pacienta zpět do běžného života. Dalším významným faktorem nejen dostupné kvalitní rehabilitační péče v České republice je dále politika zdravotních pojišťoven, které působí na trhu České republiky, zejména pak Všeobecné zdravotní pojišťovny, která koriguje dostupnost jednotlivých zdravotnických zařízení v krajích s ohledem na demografii obyvatelstva spolu s vlastním rozmístěním zdravotnických zařízení, a to prostřednictvím výběrových řízení s poskytovateli zdravotní péče.

2 Cíl práce a metodika

Cílem bakalářské práce je zhodnotit zajištění rehabilitační péče v České republice a její financování. Jsou rozebrány zdroje financování této péče, struktura a vývoj výdajů s jejím poskytováním spojené. V rámci práce jsou identifikovány hlavní legislativní změny s dopadem na poskytování a úhradu rehabilitační péče a vliv výjimečné situace spojené s pandemií COVID-19 na segment této péče.

Samotnému zhodnocení financování a zajištění rehabilitační péče v České republice předchází zpracování vlastních teoretických východisek dané problematiky. Teoretická východiska řešené problematiky jsou zpracována na základě literární rešerše. Hlavní metodou teoretické části je využita metoda studia odborné literatury a českých legislativních zákonů a norem. Aktuální informace jsou čerpány z internetových zdrojů. K jejich interpretaci je využita metoda deskripce. V práci jsou uvedeny základní informace a základní koncepce, které souvisí s financováním zdravotní péče, a zvláště pak s financováním samotné rehabilitační péče poskytované občanům České republiky.

Významným zdrojem dat pro samotné zpracování bakalářské práce jsou především veřejné databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Českého statistického úřadu a Ministerstva zdravotnictví ČR. S pomocí analýzy získaných dat a údajů jsou následně formulovány závěry, které plynou z provedeného zkoumání. V práci jsou použity jako základní metody srovnání podílů a rozdílů. Na základě práce se soubory dat jsou konstruovány vlastní indexy a tempa růstu pro hodnocení vývoje ukazatelů v čase a podílové ukazatele.

Podílové ukazatele jsou využity v praktické části pro vyhodnocení informace o dostupnosti zdravotní péče odbornosti fyzikální a rehabilitační medicíny, spolu se znázorněním podílu výdajů na rehabilitační péči z celkových výdajů na poskytovanou zdravotní péči občanům České republiky, podílu počtu vyšetření a výkonů prováděných jednotlivými pracovníky rehabilitační péče, počty pacientů, kteří připadnou na jednotlivá zdravotnická zařízení podle odbornosti při počtu obyvatel v jednotlivých krajích České republiky a k podílu rehabilitační péče vůči celkovým výdajům. Poměrové ukazatele jsou hodnoceny dále v čase, kde je sledováno o kolik se změnil daný poměrový ukazatel oproti předešlým obdobím.

Synek, Kopkáně a Kubálková uvádí (2009, s.25–27), že podíl měří díly jednoho celku nebo daného ukazatele. Index je poté poměrem hodnot jednoho daného ukazatele. Lze vyjádřit vzorcem:

$$I_{X_{jk}} = \frac{X_k}{X_j} \quad (1)$$

kde X_k zkoumaná hodnota nebo díl;
 X_j celek či daný ukazatel.

Hodnota indexu vyjadřuje dle Synka, Kopkáně a Kubálkové (2009, s. 25–27) kolikrát je hodnota X_k menší či větší než hodnota X_j . Tento index je v práci využit při srovnávání veřejných a soukromých zdrojů financování zdravotní péče v České republice a k porovnání počtu ošetřených pacientů dílčími poskytovateli rehabilitační péče.

Růčková a Roubíčková (2012, s. 101) uvádí vzorec, kterým lze stanovit o kolik se hodnota ukazatele změnila oproti předešlému období:

$$I_{t/(t-1)}^i = \frac{B_i(t)}{B_i(t-1)} - 1 \quad (2)$$

kde $B_i(t)$ hodnota v určitém okamžiku;
 $B_i(t-1)$ hodnota, která předcházela určitému okamžiku.

Hodnota ve výchozím čase t je označena jako $B_i(t)$ a po vynásobení indexového ukazatele 100 lze získat procentuální vyjádření změny v čase t .

V práci je procentuální změna oproti předešlému roku použita při zkoumání výdajů na zdravotní péči na 1 obyvatele, u objemu výdajů na rehabilitační péči, u provedených výkonů poskytnutých lázeňskou rehabilitační péči, u počtu zdravotnických pracovníků a dále při zjišťování počtu pacientů v jednotlivých letech u dílčích poskytovatelů rehabilitační péče.

Údaje jdoucí v delší časové řadě za zkoumané období jsou hodnoceny pomocí průměrného tempa růstu za dané časové období. Dle Synka, Kopkáně a Kubálkové (2009, s.25–27) je index údajů po sobě jdoucích v časové řadě koeficientem růstu dané časové řady. Při srovnání v čase se jakýkoliv rozdíl nazývá přírůstek, tedy jak kladný, tak záporný. Přírůstkem relativním je poměr přírůstku a výchozího období. Relativní přírůstky

se uvádí v procentech. Ty je možno stanovit odečtením 100 % z daného indexu v procentech. Získaná hodnota se také nazývá tempo růstu. Tempo růstu lze dle Synka a kol. (2009, s. 25–27) za delší období lze získat výpočtem za pomoci geometrického průměru níže uvedeným vzorcem:

$$G = \sqrt[n]{I_1 \cdot I_2 \cdot \dots \cdot I_n}, \quad (3)$$

kde **n** počet meziročních koeficientů růstu;
I hodnota meziročního koeficientu růstu.

V práci je tempo růstu použito při zkoumání celkových výdajů na zdravotní péči, dále u vynaložených výdajů podle jednotlivých druhů péče, počtu zdravotnických pracovníků, počtu nejčastěji ošetřovaných diagnóz u mužů a žen, a zvláště pak u počtu ošetřených pacientů jednotlivými zdravotnickými zařízeními ve sledovaném období.

Dále je v práci využit přepočítání na 1 obyvatele, tedy množství celkových výdajů vynaložených na zdravotní péči na jednoho obyvatele v daném roce, kolik výkonů spadá na 1 pacienta v lázeňských rehabilitačních zařízeních. Využito bylo dále u přepočtu množství výkonů provedených jedním zdravotnickým pracovníkem za rok a den. Poté je vypočten dle vybraných odborností zaměřující se na rehabilitační péči průměrný čas na 1 výkon či vyšetření.

U odborností 902, 201 a 917 jsou čerpána data z ČSÚ a NRPZS pro vyjádření vytíženosti zdravotnických zařízení dílčích odborností v daných krajích. Dále je počítán průměrný čas potřebný pro zajištění jednoho výkonu či vyšetření u vybraných zdravotnických pracovníků.

V kapitole zaměřující se na lázeňskou rehabilitační péči jsou data čerpána z individuálních publikací zveřejněných v daných letech na portálu ÚZIS. Údaje v roce 2014 nejsou dle ÚZIS srovnatelné s předchozími roky a jsou spíše informativní. Z tohoto důvodu nebyly informace v daném roce zpracovány.

Je využita metoda komparace pro vzájemné porovnání konstruovaných ukazatelů a vyhodnocovány difference. Na základě získaných jednotlivých poměrových ukazatelů je

hodnocen segment poskytované zdravotní péče z pohledu zařízení, kde je rehabilitační péče prováděna spolu s výčtem nejčastěji prováděných diagnóz. Na základě metody syntézy je formulován závěr plynoucí z daného zkoumání.

Data pro hodnocení výsledků zdravotnických účtů, využití v praktické části pro rok 2020 a dále, nebyla dostupná ke dni odevzdání práce.

3 Teoretická část

Právo na zdraví je jedním z přirozených práv každé lidské bytosti, které je součástí Listiny základních práv a svobod. V preambuli z roku 1946 Ústavy World Health Organization neboli Světové zdravotnické organizace (2021) je zdraví definováno jako: „stav úplného fyzického, duševního a sociálního blaha, a to nejen v nepřítomnosti nemoci či vady“. Pro splnění tohoto stavu vznikla poptávka po systému služeb, který by uspokojil potřeby pro zdravé fungování jedinců a následně společnosti jako celku.

3.1 Historie zdravotnictví v ČR

Na to, aby se společnost mohla dále rozvíjet, je nutné porozumět a znát minulost, ze které je důležité se poučit a tyto chyby v budoucnu neopakovat. Příkladem lze uvést nedodržování hygienických standardů, které v minulosti mnohdy nebyly spojovány s příčinou onemocnění, a proto nebyly jak prostými lidmi, tak ani lékaři a zdravotními pracovníky v minulosti dodržovány.

Dle Janečkové a Hnilicové (2012, s. 81–82) byl pojem zdravotnictví interpretován během několika staletí různě. Již ve starověku se lidé snažili organizovaně kontrolovat zdraví občanů a předcházet hromadnému nakažení nemocemi. V moderní společnosti lze chápat zdravotnictví jako souhrnný sociální systém zabývající se poskytováním zdravotních služeb, ochranou zdraví obyvatelstva a její prevencí.

3.1.1 Počátky zdravotní péče

Podle Kazimoura (2016, s. 5–7) se v 9. století s příchodem věrozvěstů Konstantina a Metoděje začala v Čechách a na Moravě šířit křesťanská víra. Češi přijali křesťanství, avšak v nesnázích se obraceli na své bohy. Změna na křesťanské myšlení proto trvala několik staletí. Ve 12. a 13. století se díky křesťanským církvím začaly vystavovat kláštery, které nahradily pohanské léčitelské, a začala se zřizovat hromadná péče o nemocné.

Důležitou osobností českého ošetrovatelství dle Plevové a kol. (2018, s. 31–32) byla Anežka Přemyslovna, dcera Přemysla Otakara I. Byla zakladatelkou špitálu sv. Františka pro chudé a nemocné, který byl postaven roku 1232. O rok později byly založeny dva

kláštery, které se dělily na mužský a ženský. Sama Anežka do ženského klášteru poté vstoupila. V roce 1989 byla papežem Janem Pavlem II. prohlášena za svatou.

V převážně druhé polovině 14. století se v Čechách lze setkat dle Kazimoura (2016, s. 35–36) se zakládáním prvních charitativních a léčebných ústavů. Ty byly rozděleny do třech typů institucí. Klášterní špitály sloužily původně jako útočiště pro poutníky, později se však staraly o staré obyvatelstvo, nemocné či lidi, kteří nemohli nadále pracovat. Dále byly zakládány klášterní nemocnice, které byly součástí každého klášteru. Zde se o nemocné staral příslušník daného klášterního řádu. V neposlední řadě fungovaly nemocnice pro malomocné. Pacienti trpící leprou byli izolováni od zdravého obyvatelstva kvůli prevenci před šířením nákazy a často jim byla poskytována pouze základní péče, jelikož léčba v této době nebyla dostupná.

Dle Lenderové a kol. (2009, s. 94–95) byl pro Habsburskou monarchii, jejíž součástí byly i Země koruny České, vydán Zdravotní řád, který přesně vymezoval pravomoci a povinnosti nově založených orgánů státní zdravotní správy. V jednotlivých zemích monarchie fungovaly zdravotní komise, které byly vedeny lékařem, který získal titul zemského protomedika.

V roce 1888 za Rakouska-Uherska byl dle Hamplové (2019, s. 9–10) uveden model zdravotnického systému, navržen německým politikem Ottou von Bismarckem. Bismarckův model funguje na zavedení nemocenského zdravotního pojištění a v České republice je využíván dodnes. Zdravotnický systém za první republiky poté navazoval na zavedení povinného zdravotního pojištění, které mohli využít i jejich rodinní příslušníci. V provozu bylo okolo 300 pojišťoven.

3.1.2 Historie rehabilitační péče a fyzioterapie

Podle 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (2019) byl pojem rehabilitace prvně využit v USA za 1. světové války při léčení zraněných vojáků. V Československé republice se však uchytil až po 2. světové válce po příjezdu kvalifikovaných amerických fyzioterapeutek, které později byly označovány jako rehabilitační pracovnice. Ty následně začaly předávat své znalosti v oboru fyzioterapie. Rehabilitace se poté nevyužívaly pouze u vojáků, ale také např. u dětské obrny, která se začala šířit. Zakládaly se společnosti jako Česká společnost pro fyzikální medicínu v Praze a Rehabilitační společnosti v Československé Lékařské Společnosti J. E. Purkyně.

Fyzioterapie a její historie je podle Navrátila a kol. (2019, s. 13) delší než 7 000 let i přes to, že se s prvními zmínkami v odborné literatuře nelze shledat dříve než v 19. století. Mezi první nejstarší fyzioterapeutické metody se pravděpodobně řadí hydroterapie spolu s balneoterapií, které využívají různé prameny a proudy vod, ze kterých následně vychází i principy lázeňství. Dále byla také využívána metoda mechanoterapie, která funguje na principu masáží různých částí těla.

Dnes jsou definice rehabilitačního lékařství a obecně pojem rehabilitace interpretovány jiným způsobem, než byly za 1. světové války, avšak principem zůstávají stejné. Podle 1. lékařské fakulty UK (2019) je rehabilitace procesem, který kombinuje a organizuje znalosti z několika oblastí, a to např. lékařské, pracovní či výchovné a má poskytnout osobám zpětné zařazení do společnosti. Dle Švestkové a kol. (2017, s. 217) se definice 1. lékařské fakulty UK obsahově ztotožňuje s definicí WHO, která základní formulaci rozšířila v roce 1981. I přes to si občané České republiky pod konceptem rehabilitací představují hlavně opakování nápravných cviků.

Dušek a kol. (2015, s. 591) dělí úkoly rehabilitace do tří stupňů. Primárně má stabilizovat pacienta a zabránit dalším možným komplikacím. Sekundárně řeší případné projevy, např. deprese, kde cílem je zamezení náznaků nemoci. Terciárním účelem rehabilitací je dosažení soběstačnosti jedince pomocí lékařských pomůcek.

3.1.3 Pojetí a definice specializace fyzioterapie

Dle Procházkové (2012) je důležité nezaměňovat významy pojmů rehabilitace a fyzioterapie i přes to, že jsou spolu úzce spojené. Fyzioterapie je nepostradatelnou složkou využívanou ve zdravotní rehabilitaci. Fyzioterapie se zabývá diagnostikou a léčbou pohybových aparátů a prevencí, na kterou se mnohdy zapomíná. Věnuje se tak např. nápravě vadného držení těla, uzdravování po vážných úrazech a dalším obtížím vzniklých při nervových onemocněních.

Potřebné vzdělání je na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky (2021a) upraveno v Přehledu regulovaných zdravotnických povolání dle zákona č. 96/2004 Sb., přesněji v § 24. Pro možnost zaměstnání jako fyzioterapeut musí jedinec splnit jednu z následujících možností – vystudovat střední školu ukončenou maturitní zkouškou v oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník, dosáhnout vyššího odborného vzdělání na

tříletém oboru jako diplomovaný fyzioterapeut nebo získat bakalářský či magisterský stupeň vzdělání v oboru pro přípravu fyzioterapeutů.

3.2 Dělení rehabilitačního lékařství

Rehabilitační ošetřování je dle Dosbavy a kol. (2021, s. 11) rozděleno do čtyř hlavních oborů – léčebná, pracovní, pedagogická a sociální rehabilitace.

Léčebnou rehabilitaci vykládá jako soubor opatření, které obsahují složky rehabilitační, diagnostické a terapeutické, jejichž cílem je zajištění autonomie jedince. Mezi obory léčebné rehabilitace patří:

- fyzioterapie – ta se dále dělí na kinezioterapii (fyzioterapeut se věnuje jednotlivcům či skupině, principem je cvičení prvků, které mají pomoci ke stabilizaci a následné prevenci) a fyziatrii (využívá fyzikálních podnětů – např. fyzikální terapie, kde se využívá vodoléčba a elektroléčba);
- ergoterapie – zakládá si na výsledcích fyzioterapie, učí pacienta soběstačnosti v běžném životě;
- rehabilitační inženýrství – úkolem je vývoj a zdokonalování rehabilitačních pomůcek;
- myoskeletální medicína – věnuje se stanovení diagnózy a následné terapie u pacientů s poruchou hybného systému.

Pracovní rehabilitace je uzákoněna dle Nešćákové (2012, s. 230) jako činnost, jejímž cílem je zachování zaměstnání pacienta, které je pro něj vhodné ze zdravotního hlediska. Dále poskytuje poradenskou činnost v případě, že si osoba se zdravotním postižením práci uchovat nedokáže.

Švestková a kol. (2017, s. 22) definují pedagogickou rehabilitaci jako proces, jehož cílem je poskytnutí co nejvyššího možného vzdělání s ohledem na možnosti pacienta s disabilitou. Měla by umožnit osobní rozvoj a seberealizaci jedince a jednodušší zařazení do společnosti.

Cílem sociální rehabilitace je dle Dosbavy a kol. (2021, s. 11) dosáhnout soběstačnosti a nezávislosti u jedince. Ten rozvíjí své sociální schopnosti nejen v běžném životě, ale měl by být např. schopen si zajistit osobní záležitosti či umět pečovat sám o sebe.

Pro správné fungování a zajištění rehabilitační péče je tedy nutná spolupráce několika oborů – neurologie, psychologie a psychiatrie, traumatologie atd. Je proto nezbytné zmínit důležitost spolupráce fyzioterapeutů s řadou lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, kteří získali atestaci (specializovanou způsobilost) potřebnou pro výkon práce v oboru.

Holman (2011, s. 175) doplňuje, že lékaři jsou ze zákona povinni stát se členy České lékařské komory. Ta v roce 1995 stanovila podmínku dvou atestací, která však bránila novým lékařům jejich výkonu praxe. V roce 2000 byla podmínka druhé atestace zrušena. ČLK na svých stránkách publikuje veřejný seznam svých členů, a je tak může zjistit informace o konkrétním členovi, jako např. jakou vysokou školu lékař vystudoval, informace o jeho pracovišti či ordinační hodiny. Pokud lékař není zapsaný v ČLK, nesmí praxi vykonávat.

3.3 Současná organizace poskytované zdravotní péče v ČR

V České republice žije více než 10,5 mil. obyvatel. Proto, aby mohla být každému občanovi zajištěna efektivní zdravotní péče, je nutná její organizace. Ta může být rozdělena několika způsoby.

Janečková (2012, s. 156–157) dělí zdravotnická zařízení na státní, nestátní a jejich kombinace. Zdravotnickým zařízením lze chápat např. nemocnice, které definuje jako organizace poskytující kvalifikovanou léčbu lékaři a dále zajišťuje péči, stravu a lůžka do uzdravení pacienta. Pod státní správu patří poté vybrané fakultní nemocnice jako např. IKEM, Masarykův onkologický ústav v Brně či některé rehabilitační ústavy.

Dle Svejkovského a kol. (2016, s. 19–21) lze formy zdravotní péče rozdělit na péči ambulantní, jednodenní a lůžkovou. Ambulantní péči dále rozdělují na primární, specializovanou a zvláštní ambulantní péče, pod které např. spadá domácí péče či péče poskytovaná v sociálních zařízeních. Pro jednodenní péči je charakteristická péče vyžadující setrvání pacienta na lůžku kratší než 24 hodin, na rozdíl od lůžkové péče, pro kterou je nutná hospitalizace pacienta. Mezi typy lůžkové péče patří např. akutní lůžková péče standardní, následná či dlouhodobá. Pod lůžkovou péči spadají i rehabilitační ústavy, které poskytují dlouhodobou rehabilitační péči.

Mezi poskytovatele zdravotní péče řadí Janečková (2012, s. 128) nemocnice, praktické lékaře, léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), agentury poskytující domácí péči

a zdravotnická zařízení hospicového typu pro osoby těžce nemocné či s nevléčitelnou nemocí.

V ČR poskytují lékařskou péči dle Zlámala (2013, s. 80–94) nemocnice, praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, laboratoře, stomatologové, fyzioterapeuti v ambulantních zařízeních a v domácí péči, lékařské služby první pomoci spolu se zdravotnickou záchrannou službou a zdravotní dopravou. Je důležité zmínit, že každá z uvedených oblastí je financována jiným způsobem – pevnou částí, na základě provedených výkonů, jejich kombinací či podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Druhy zdravotní péče je možné rozdělit dle Svejkovského a kol. (2016, s. 18) podle účelu na péči preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou a léčebně rehabilitační. Poslední zmíněná péče má za úkol obnovit funkci fyzickou, řečovou, smyslovou či psychickou u pacienta a odstranit vzniklé poruchy.

3.3.1 Základní modely zdravotních systémů

Systémy využívané ve zdravotnictví lze dle Hamplové (2019, s. 51) rozdělit podle způsobu hrazení vykonané zdravotní péče tímto způsobem:

1. státní zdravotnictví – zdravotní služby jsou placeny z veřejných prostředků, patří sem Beveridgeův a Semaškův model;
2. systémy zřízené na povinnosti či dobrovolnosti zdravotního pojištění – řadíme zde liberální a Bismarckův model.

V Tabulce 1 jsou zaneseny charakteristické vlastnosti jednotlivých zdravotních systémů, v čem jsou si podobné a jakým způsobem se liší.

Tabulka 1 Charakteristické rysy modelů zdravotnictví

	Beveridgeův model	Semaškův model	Liberální model	Bismarckův model
způsob financování	státní rozpočet, daně	státní rozpočet	soukromé pojištění	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců
pojistné krytí obyvatelstva	veškerá populace	veškerá populace	dle jednotlivců	veškerá populace, možné výjimky
řízení sítě	stát	stát	neexistuje	zdravotní pojišťovny a stát

Zdroj: vlastní zpracování, Němec (2008, s. 21)

Pro Beveridgeův model je dle Němce (2008, s. 19–20) typické hrazení zdravotní péče ze všeobecných daní příslušného státu. Charakteristickým zástupcem tohoto modelu je Velká Británie. Poskytuje všeobecné pojištění obyvatelstva ve veřejných zdravotnických střediscích a u dalších smluvně sjednaných poskytovatelů dané péče.

V Semaškově modelu se dle Čeledové a kol. (2018, s. 141) se nelze setkat s formou soukromých poskytovaných služeb. Zdravotnictví je řízeno státem, je hrazeno pomocí státního rozpočtu, zdravotnická zařízení jsou v jeho majetku a zaměstnanci těchto zařízení jsou státními zaměstnanci.

Principem Liberálního modelu je dle Hamplové (2019, s. 53) individuální zajištění zdravotního pojištění, které je dobrovolné. Jsou zakládána např. charitativní zdravotnická zařízení, která zajišťují zdravotnickou péči i osobám bez pojištění či programy pro určitou skupinu obyvatel (př. senioři, váleční veteráni), kterým je péče poskytnuta zdarma. S tímto modelem se lze setkat zejména ve Spojených státech amerických. Výhodou Liberálního modelu je kvalitní zdravotní péče. Naopak značnou nevýhodou je tvoření sociální nerovnosti mezi jednotlivými skupinami obyvatelstva.

Bismarckův model, využívaný Českou republikou, je dle Němce (2008, s. 20) založen na povinném zdravotním pojištění. Jednotlivé pojišťovny si sami určují výši pojistného podle dosažených příjmů pojištěnce. Zaměstnanci a zaměstnavatelé jsou povinni hradit určité procento z příjmu na zdravotní a sociální pojištění. Hamplová (2019, s. 52) doplňuje Němce o princip solidarity, kdy každý z pojištěnců odvádí pojištění dle svých možností a čerpá podle svých potřeb, tzn., může dojít k situaci, že pojištěná osoba platí více, než se mu „vrátí“. Tento model byl založen v 19. století a je pojmenován po svém zakladateli

Ottu von Bismarckovi. Výhodou modelu je dostupnost zdravotní péče, nevýhodou je však vysoká cena za pojištění.

3.3.2 Fyzické a právnické osoby ve zdravotnictví

Zdravotnickou péči českého zdravotnictví mohou dle Zlámala (2013, s. 56–97) poskytovat tyto fyzické a právnické osoby – osoby samostatně výdělečně činné, společnosti s ručením omezeným či akciové společnosti, sdružení a příspěvkové organizace. Ty musí splňovat své právní formy dané legislativou ČR a příslušné právní normy.

Pilátová a kol. (2014, s. 14–15) definují OSVČ jako osobu, která podniká na vlastní účet a odpovědnost za cílem dosažení zisku. Pro FO je typická právní osobnost, kterou nabývají narozením a disponují jí do své smrti, mají povinnost vést daňovou evidenci (ta zachycuje příjmy, výdaje, pohledávky a závazky dané FO) a jsou evidovány pod identifikačním číslem. Ve zdravotnictví se jedná např. o prakticky všechny stomatology, praktické lékaře, lékárníky či majitele soukromých laboratoří.

Ve zdravotnictví se s PO nejčastěji lze setkat ve formě s.r.o. nebo a.s.. Pro OSVČ může být kupříkladu komplikované prosadit své služby na trhu, a proto může volit skupinové podnikání a prosadit se pod již známou firmou/značkou. Zákon č. 90/2012 Sb., Zákon o obchodních společnostech a družstvech, známý také jako zákon o obchodních korporacích (2021), definuje PO jako organizovaný útvar, kterému je podle zákona přidělena právní osobnost. Tento zákon přesně vymezuje rozdíly mezi s.r.o. a a.s., kterými jsou např. minimální výše základního kapitálu či podmínky pro zapsání firmy do obchodního rejstříku.

Sdružení praxí je dle Zlámala (2013, s. 67) častou formou kolektivního podnikání. Na rozdíl od PO, sdružení nemá právní subjektivitu, není uvedeno v OR a právní aspekty platné pro jednotlivé členy musí být předem uvedeny ve smlouvě o sdružení. Tuto formu podnikání využívají např. OSVČ, které si společně pronajmou budovu pro výkon práce. Jednotlivé FO, převážně se jedná o lékaře, si poté sami evidují daňovou evidenci.

Svejkovský a kol. (2016, s. 29) uvádí, že se dnes lze setkat s provozem zdravotnických zařízení jako systémem státních příspěvkových organizací. Musí předem být určeno, na jak dlouho je organizace zřízena, její účel a informace o zřizovateli.

3.3.3 Formy poskytované rehabilitační péče

V rehabilitačním ošetřovatelství se lze dle Slezákové a kol. (2012, s. 151) setkat s několika formami – ambulantní péče, péče v rehabilitačně zaměřených ústavech, v ústavech pro dlouhodobě nemocné, na lůžkových rehabilitačních odděleních, v oddělení orientující se na geriatrii a v neposlední řadě pomocí agentur zaměřujících se na domácí péči.

Jednotlivé formy zajištěné péče využívají různé léčebné metody jako cvičení rehabilitačních cviků, využití chladu či tepla a různých rehabilitačních pomůcek. Cíl by měl však být pro jednotlivé péče stejný, a to zajištění prevence, ulevení od bolesti a nejlépe zabezpečení návratu jedince do denního života.

3.4 Přehled základních pramenů práva soudobého českého zdravotnictví

Na Obrázku 1 je charakterizován právní řád. Jedná se o soubor právních předpisů a norem platných na území České republiky.

Obrázek 1 Právní řád ČR



Zdroj: vlastní zpracování, Portál evropské e-Justice (2021)

Právní řád je uspořádán v hierarchii, tzn., že níže postavené zákony mají nižší právní sílu než zákony usazené výše. Nejvýše jsou umístěny ústavní zákony, mezi které patří Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod. Mezi podzákoné právní předpisy poté patří nařízení vlády a vyhlášky ministerstev. Nejnižší jsou situovány předpisy nižších právních státních orgánů, kam např. patří obecně závazné vyhlášky obcí a krajů.

3.4.1 **Prameny práva související se zdravotní péčí**

Zdravotní péči v České republice upravuje velké množství zákonů, vyhlášek vydaných ministerstvy a dalších nařízení vlády, a z tohoto důvodu jsou v této kapitole bakalářské práce vysvětleny pouze vybrané základní spisy upravující tuto problematiku.

Dle Ministerstva kultury České republiky (2021) je součástí Ústavy ČR Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., známý také jako Listina základních práv a svobod, která byla přijata 16. prosince 1992. Listina obsahuje práva každého člověka bez ohledu na jeho pohlaví, věk, barvu pleti, vyznávaného náboženství či politického přesvědčení. V prvním oddílu Druhé hlavy lze nalézt základní lidská práva a svobody. Zaručuje tak např. osobní svobodu, právo umožňující vlastnit majetek, zachování lidské důstojnosti a cti či právo na život a jeho ochranu.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování nebo také pouze zákon o zdravotních službách (2021), definuje poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnická zařízení včetně nestátních. Dále pak podmínky, za kterých je zdravotní péče poskytována, jednotlivá práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů služeb a další. Tento zákon vešel v účinnost 6. listopadu 2011 a nahradil Zákon č. 20/1996 Sb., o péči zdraví lidu.

Zákon č. 282/2018 Sb., měnící Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a další související zákony (2021), vysvětluje vznik a zánik zdravotního pojištění, práva a povinnosti plátců a pojištěnců zdravotního pojištění, jaké služby mohou být hrazeny z pojištění, úhradové regulace zdravotních prostředků a zdravotní pojišťovny. V příloze tohoto zákona je definován Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění, které výkony jsou hrazeny či nikoliv.

3.4.2 **Etické normy v českém zdravotnictví**

Žaloudík (2014, s. 35) vysvětluje etiku jako teorii o morálce. Jedná se o filosofickou disciplínu, která zkoumá společností stanovené hodnoty a principy vyhodnocené jako vhodné či správné. Má za úkol vymezit obecná pravidla chování, ze kterých dále vyplývá morálka, kterou se případně snaží zdůvodnit a vysvětlit.

I ve zdravotnictví se lze setkat s otázkou etiky a její interpretací. Předmětem řešení lékařské etiky tak může být problematika provádění experimentů na lidech a zvířatech, porušení mlčenlivosti ze strany lékaře či eutanazie.

Haškovcová (2015, s. 182–183) dále přibližuje metodu eutanázie, jejíž cílem je ukončení bolesti pacienta podáním smrtící látky na jeho vyžádání. Může se jednat o eutanazii aktivní (pacient si přeje aktivní zásah zdravotníka na ukončení jeho života) nebo eutanazii pasivní (pacientovi nejsou poskytovány prostředky k prodloužení života). Pasivní eutanazie, označovaná také jako odkloněná stříkačka, bývá tolerována. Na rozdíl od aktivní eutanazie, nazývané jako přeplněná stříkačka, která je v zemích, které tuto metodu ukončení života neuznávají, vnímána jako vražda. V České republice je asistovaná sebevražda trestným činem. Otázkou tedy zůstává, zda je morálně správné od zdravotnického pracovníka pomoci nemocnému od bolesti s jeho souhlasem, i přes to, že metoda ukončí život pacienta.

Systematické shrnutí jednotlivých etických norem a principů je poté obsahem dílčích kodexů. V České republice se lze setkat s národními i mezinárodně přijatými etickými kodexy.

Za nejstarší etický mezinárodně uznávaný kodex je dle Haškovcové (2015, s. 55–56) považována Hippokratova přísaha. Vznikla v 5. stol. př. n. l. a na její tvorbě se podílelo více autorů, což je s největší pravděpodobností důvodem, proč se lze setkat s několika jejími verzemi a některé její části mohou být v dnešní době považovány za kontroverzní. Přísaha obsahuje základní etické principy povolání lékaře. Tuto přísahu citují všichni lékaři před převzetím lékařského diplomu. Hippokrat zde např. uvádí: *„O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl...“*

Mezi důležité mezinárodní kodexy Šimek (2015, s. 192–195) zahrnuje například:

- Norimberský kodex (1947) – byl vypracován v návaznosti na nelidské zacházení a experimentování nacistickými válečnými zločinci odsouzenými v rámci Norimberském procesu, jeho výsledkem byly tři hlavní zásady, které mají zajistit dobrovolnou účast participanta, chránit jeho zdraví a zajistit smysluplnost výzkumu;
- Helsinská deklarace (1964) – navazuje na Norimberský kodex, stanovuje podrobnější podmínky pro experimentování na lidech, upravuje postavení člověka v moderní společnosti a dále rozvíjí otázku týkající se lidských práv;
- Bioetická konvence (1997) – nebo také Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, byla

v České republice přijata v roce 2001, dále rozvíjí povinnosti poskytovatele zdravotní služby a výzkumníka a zajišťuje upřednostnění zdraví a zájem pacienta před zájmem společnosti.

Haškovcová (2015, s. 49) zdůrazňuje významnost etických komisí, které vznikly na úkor Helsinské deklaráce. Komise mají např. za úkol posoudit experimentální studie, kontrolování průběhu experimentu či zkoušení léků.

V České republice se kromě mezinárodních smluv lze setkat s několika uznávanými národními kodexy. Tyto kodexy mají také zajistit poskytnutí péče bez kladení důrazu na pohlaví, národnost, věk, barvu pleti, náboženské vyznání či politického vyznání ošetřovaného.

Dle ČLK (2021a) je Etický kodex České lékařské komory rozdělen do šesti paragrafů. V obecných zásadách jsou stanoveny povinnosti a závazky lékaře. Dále je zde kladen důraz na vztahy mezi lékařem a jeho výkonem povolání, lékařem a nemocným, lékařem a dalším lékařem a lékařem a nelékařem (nelékařem lze chápat zdravotnického pracovníka). Etický kodex ČLK nabyl účinnosti 1. 1. 1996. Morální dilema eutanazie a asistované suicidium jsou dle kodexu nepřipustné.

Etický kodex sester zveřejněný Českou asociací sester (2021), vypracován Mezinárodní radou sester (ICN), byl přijat prvně v roce 1953 přičemž poslední úpravy byly provedeny v roce 2000. Mezi čtyři základní povinnosti sester patří péče o zdraví, předcházení nemocí, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Dále jsou zde uvedeny čtyři hlavní články, které upravují vztah mezi sestrou a pacientem, sestrou a praxí, sestrou a spolupracovníky a sestrou a profesí. ČAS takto vychází z kodexu ICN a po roce 1993 byla přijata do zmíněné organizace.

Unii fyzioterapeutů ČR (2021) byl 26. 12. 2002 schválen Etický kodex fyzioterapeuta, který vycházel z Etického kodexu vypracovaného WCPT z roku 1992. Tento kodex obsahuje povinnosti a práva fyzioterapeutů, vztah fyzioterapeuta k povolání, ke klientovi a k dalším zdravotnickým profesím. V neposlední řadě jsou zde uvedena závěrečná ustanovení, která kodex završují.

Etický kodex Práva pacientů zveřejněný Ministerstvem práce a sociálních věcí (2021) obsahuje 11 základních práv a povinností pacienta, mezi které např. patří právo na odbornou zdravotnickou péči, povinnost dodržování řádu navštěvované zdravotnické instituce nebo

také právo odmítnutí poskytované péče. Tento kodex byl přijat Centrální etickou komisí MZČR, který nabyl platnosti 25. 2. 1992.

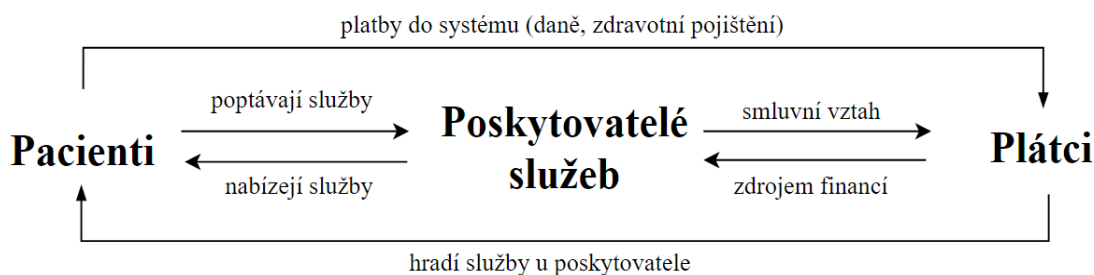
V České republice se lze setkat s mnoha dalšími etickými kodexy, které upravují dílčí odvětví zdravotnictví. Principem poté zůstává úprava jednotlivých vztahů, chování zdravotnických pracovníků a zohlednění jejich povinností z pohledu morálky.

3.5 Způsob financování zdravotní péče v ČR

Hlavními účastníky ve financování zdravotní péče jsou dle Janečkové (2012, s. 128) pacienti, poskytovatelé zdravotní péče a plátcí (stát, zdravotní pojišťovny) zmíněné péče. Každý z těchto aktérů má své potřeby a povinnosti. Pacienti platí v případě zdravotních pojišťoven zdravotní pojištění a při využití zdravotních služeb předpokládají poskytnutí kvalitní péče, která jim má zajistit brzké zařazení do běžného života. Plátcí spolupracují s poskytovateli služeb, pro které jsou zdrojem financí a mají nad nimi regulační vztah.

Vztahy mezi jednotlivými účastníky financování zdravotní péče jsou graficky znázorněny na Obrázku 2.

Obrázek 2 Účastníci financování zdravotnických služeb v ČR



Zdroj: vlastní zpracování, Janečková (2012, s. 128)

Poskytované zdravotní služby jsou dle Maaytové (2012, s. 39) kombinací veřejného a soukromého sektoru, nebo-li public-private mix. Regulační funkce státu spočívá např. v rozhodnutí na účasti či neúčasti veřejného sektoru, které má dopad na angažovanost sektoru soukromého. Stát tak může řídit trh zdravotnictví pomocí přijatých zákonů či fungováním orgánů a komor, které dohlíží na jeho fungování. Cílem je zajištění dostupné zdravotní péče a to pro veškeré obyvatelstvo.

Zlámal (2013, s. 81–88) popisuje tři možnosti, jakými zdravotní pojišťovny proplácí pacienty popávanou péčí poskytovatelům zdravotních služeb, hrazené ze zdravotního pojištění pacienty:

- fixní složka – forma měsíční úhrady, tato část je hrazena v případě, že je pacient klientem dané zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel služeb smluvní vztah, nezáleží zda pacient využil služby poskytovatele;
- za provedené výkony – zdravotní pojišťovna oznámí obsah a sazby jednotlivých úkonů, které následně poskytovatelé služeb vykazují, např. praktičtí lékaři se řídí podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kde ke každé věkové kategorii je přiřazen koeficient, a to dle náročnosti nákladů za pacienta (nejnáročnějšími pacienty jsou děti ve věku 0–4 a osoby starší 85 let, nejméně nároční jsou poté lidé ve věku 20–24 let);
- kombinace forem – touto formou financování jsou ohodnoceni např. fyzioterapeuté, kteří vykazují body dle výše zmíněného Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a doplatky přímo v rehabilitačních zařízeních.

Janečková (2012, s. 130–131) upozorňuje, že vybrané veřejné zdroje (daně a zdravotní pojištění) nestačí na zaplacení veškerých nákladů spojených s provozem poskytovatelů zdravotních služeb, a proto se lze setkat s dalšími možnostmi získání potřebných financí:

- doplatky – jedná se např. o zdravotnický materiál, vybrané stomatologické výkony či léky hrazené pouze z části zdravotními pojišťovnami;
- regulační poplatky – musí být uhrazeny v případě poskytnutí pohotovostní služby zdravotnickým zařízením, za celkový pobyt na lůžkové zdravotní péči nebo také za vydání léku na předpis;
- platby za nadstandardní péči a za nehrazené služby pojišťovnami – za služby v soukromých klinikách, za chirurgické zákroky, které mají mít estetické výsledky či za větší pohodlí při poskytování péče.

Je nutné zmínit, že např. výše regulačních poplatků se může v jednotlivých zdravotnických zařízeních lišit, pokud jsou tedy zavedeny. Při poskytování rehabilitační péče v nestátních zdravotnických zařízeních jsou zpravidla poskytovatelem stanoveny další

formy doplatků, např. za zmeškané rehabilitační terapie pacientem či za stanovení individuálních termínů podle požadavků pacienta.

3.5.1 Zdroj financování rehabilitační péče a fyzioterapie

Podle Českého statistického úřadu (2021a) se na rehabilitační péči podílí tři hlavní složky – výdaje státu nalezené v souhrnném výsledku zdravotnických účtů, zdravotních pojišťoven a domácností. Pro lepší představu dosahovaly v roce 2018 výdaje státu v ČR za ambulantní a lůžkovou rehabilitační péči 19,9 mld. Kč, výdaje zdravotních pojišťoven činily 14,2 mld. Kč a přímé platby domácností za danou péči byly 5,7 mld. Kč. Do plateb domácností se tak řadí platby za služby, které nejsou hrazené pojišťovnami a poplatky, např. za nadstandardní péči.

Dle Vyhlášky č. 301/2018 Sb., která mění vyhlášku MZČR č. 134/1998 Sb., o Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, se řadí pro vykazování fyzioterapie pod odbornost 902 a rehabilitační a fyzikální medicína jako odbornost 201. Autorskou odborností lze chápat navrhovatele a odborného garanta nad seznamem zdravotních výkonů.

V Tabulce 2 jsou zobrazeny vybrané zdravotní výkony pro odbornost 902, prováděné fyzioterapeuty za rok 2019.

Tabulka 2 Seznam vybraných zdravotních výkonů pro odbornost 902

kód	název zdravotního výkonu	nositel výkonu	kategorie	čas (min)	body celkem
21001	Komplexní kineziologické vyšetření	K2	P	45	414
21113	Fyzikální terapie II	K1	P	15	69
21315	Vodoléčba II	K1	P	15	117
21713	Masáž reflexní a vazivová	K2	P	30	280
21717	Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	K1	P	15	84

Zdroj: vlastní zpracování, psp.cz (2021b)

Každý z uvedených zdravotních výkonů musí být přesně vymezen jako ucelená činnost a dále evidována pod pětimístným kódem pro identifikaci v seznamu zdravotních výkonů. Body celkem jsou tvořeny z části osobní, přímé a režijní. Nositelem výkonu je zdravotnický pracovník, který má oprávnění daný zdravotní výkon provádět – konkrétně K1 představuje logopeda, fyzioterapeuta či zrakového terapeuta s odbornou způsobilostí a K2

logopeda, fyzioterapeuta nebo zrakového terapeuta se specializovanou odborností. Jednotlivé zdravotní výkony jsou řazeny do kategorií, které určují zda je výkon plně hrazen (P) či pouze za určitých podmínek (Q, W a Z). Časová dotace pro zdravotní výkony je uváděna v minutách a uvádí čas, po který je zdravotnický pracovník zaměstnán daným výkonem. V neposlední řadě bodová hodnota výkonu vyjadřuje součet všech přímých nákladů, které jsou počítány v korunách a převedeny do bodů.

Ve vyhlášce č. 301/2018 lze nalézt pod odborností rehabilitační a fyzikální medicíny (201) například zdravotní výkony uvedené v následující Tabulce 3, které byly platné pro rok 2019.

Tabulka 3 Seznam vybraných zdravotních výkonů pro odbornost 201

kód	název zdravotního výkonu	nositel výkonu	kategorie	čas (min)	body
21021	Komplexní vyšetření rehabilitačním lékařem	L3	P	60	707
21510	Měkké a mobilizační techniky	L3	P	15	176
21520	Mobilizace páteře nebo kloubu – s nárazem	L3	P	10	116
21711	Škola zad – prevence recidiv vertebrogenních onemocnění	L3 K2	P	9	160
21715	Reedukace pohybových schémat a návyků a jejich korekce	L3	P	20	233

Zdroj: vlastní zpracování, psp.cz (2021b)

V tomto případě se lze setkat s nositeli výkonu L3 (lékař, zubní lékař a farmaceut se specializovanou způsobilostí) a podstatně vyšším bodovým hodnocení zdravotních výkonů oproti odbornosti 902.

Další podobu rehabilitační péče lze evidovat i u ostatních odborností, např. u všeobecné sestry v sociálních službách (913), psychiatrické sestry (914) či ortopedické protetiky (607).

3.5.2 Fungování zdravotních pojišťoven v ČR

Zdravotní pojišťovny jsou jedním z účastníků podílejících se na financování zdravotní péče, a je tedy nutné si přiblížit jejich fungování. MZČR (2020) definuje zdravotní pojišťovny jako nezávislé právní subjekty, jejichž cílem je konání činnosti týkající se

zajištění veřejného zdravotního pojištění. Předmětem jejich podnikání je zejména výběr pojistného od plátců a následná úhrada poskytovatelům zdravotních služeb. Dále je nutná evidence všech pojištěnců a poskytovatelů služeb a jejich kontrola. V ČR dnes působí 7 následujících zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP);
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP);
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP);
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZP MV ČR);
- Zaměstnanecská pojišťovna Škoda (ZPŠ);
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP);
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP).

Díky povinnému zdravotnímu pojištění jsou hrazeny vybrané zdravotní výkony (včetně výkonů odborností fyzioterapie a fyzikální medicíny) zdravotními pojišťovnami. Výběr pojistného je realizováno pro jednotlivé skupiny obyvatelstva v České republice různými metodami.

Sazba zdravotního pojištění, 13,5 %, je dle ČPZP (2021) pevně dána zákonem a brána z vyměřovacího základu. Jedná-li se o odvod zdravotního pojištění zaměstnanců, je platba rozdělena mezi zaměstnance a zaměstnavatele v podílu 1:2. V přepočtu na procenta hradí zaměstnanec 4,5 % a zaměstnavatel zbylých 9 % ze zaměstnancova vyměřovacího základu. Do roku 2020 byl základ pro stanovení pojistného brán ze superhrubé mzdy, která byla od 1. 1. 2021 zrušena a nyní se vyměřuje z hrubé mzdy zaměstnance (Bureš, 2021).

OSVČ mají dle VZP (2021b) povinnost měsíčně formou záloh odvádět 13,5 % z vyměřovacího základu, který je tvořen 50 % z příjmů z činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na podnikání. Jiné podmínky platí, když je OSVČ zároveň zaměstnancem nebo státním pojištěncem.

Za skupinu obyvatelstva, která má nulové vlastní příjmy, hradí zdravotní pojištění podle Němce (2008, s. 191) stát. Do této skupiny se řadí děti, ženy na mateřské dovolené či osoby v důchodovém věku. Zdravotní pojištění je založeno na principu solidarity bohatších s chudšími, tzn. osoba s větším příjmem, odvádí vyšší zdravotní pojištění. Výše odvedeného pojistného osob výdělečných činných je vyšší než jejich výdaje spojené s využíváním zdravotních služeb, a proto je stát schopen zajistit vybraným skupinám pojištění.

3.5.3 Kompenzační vyhlášky v souvislosti s pandemií COVID-19

Pandemie spojená s onemocněním SARS-CoV-2 zasáhla celosvětově všechna odvětví ekonomie, včetně zdravotnictví. Vytíženost zdravotnických pracovníků byla od roku 2019 díky nedostatečným a často nepřesným informacím o onemocnění, možnosti očkování a obtížích spojené s nedostatkem roušek a respirátorů, vysoká. Vláda reagovala na vážnost situace pomocí kompenzačních vyhlášek, které např. upravují hodnoty bodů provedených výkonů či vyplácení mimořádných odměn. Do roku 2019 byly vždy vydávány úhradové vyhlášky.

1) Kompenzační vyhláška o úhradách za hrazené služby poskytnuté v roce 2019 – 201/2018 Sb.

ČLK (2018) uveřejnila Vyhlášku č. 201 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. Tato vyhláška nabyla účinnosti dnem 1. ledna 2019.

Tato vyhláška v § 1 stanovuje hodnotu bodu a výši úhrad hrazených služeb, které byly poskytnuty v rámci zdravotní péče pojištěncům. Jedná se o úhrady zdravotní péče poskytované občanům České republiky, pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, dalších členských států Evropského hospodářského prostoru, dále Švýcarské konfederace a pojištěncům, se kterými má Česká republika uzavřenou mezinárodní smlouvu, která zahrnuje i oblast pro poskytování zdravotní péče. Dále je zde vymezeno, kdo je poskytovatelem lůžkové péče, ambulantní péče v různých odbornostech, poskytovatel lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna, poskytovatel lékařenské péče.

V § 2 shora citované vyhlášky jsou taxativně vymezeny referenční a hodnocené období. Referenčním obdobím se pro účely úhrad zdravotní péče rozumí rok 2017. V referenčním období jsou zahrnuty všechny hrazené služby poskytnuté v roce 2017, samotným poskytovatelem vykázané do 31. března 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2018. Hodnoceným obdobím se pro tyto účely hrazené služby v roce 2019, poskytovatelem vykázané nejpozději do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.

a) Odbornost 201 – rehabilitační a fyzikální medicína

Dále v § 7 je stanovena hodnota bodu, výše hrazených služeb a regulační omezení přílohou č. 3 k této vyhlášce. Příloha č. 3 tak stanovuje úhrady pro specializovanou

ambulantní zdravotní péči výkonovým způsobem úhrady dle Vyhlášky a výkonovým způsobem úhrady se specializovanými balíčky. Pro odbornost 201 – rehabilitační a fyzikální medicína je stanovena hodnota bodu ve výši 1,06 Kč za 1 bod poskytnutého výkonu. Tato hodnota lze navýšit podle výjimek uvedených v odstavci 2 a–c Přílohy č. 3. Rozhodujícím faktorem pro navýšení hodnoty bodu je, zda pracovníci na lékařských či nelékařských pozicích jsou účastníky celoživotního vzdělávání, či rozvržení samotné ordinační doby na daném pracovišti poskytovatele zdravotní péče.

Celková výše úhrady (CVÚ) odbornosti rehabilitační a fyzikální medicína je v této příloze zastropena. Unikátním pojištěncem se pro tyto účely rozumí takový pojištěnec zdravotní pojišťovny, který byl ošetřen poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou. V případě, že byl u poskytovatele zdravotní péče ošetřen vícekrát, zahrne se jen jednou.

Dle vyhlášky 201/2018 Sb. se celková výše úhrady odbornosti 201 vypočítá podle následujícího vztahu:

$$CVÚ = (1,03 + KN) \times (POPzpoZ \times PUROo + \max[PUROo \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr]) \quad (4)$$

kde	Kn	koeficient navýšení, max. výše 0,2 dle Přílohy č. 3 pro rok 2019;
	POPzpoZ	počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
	PUROo	průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období;
	POPzpoMh	počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
	UHRMr	úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období;
	UHRMh	úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané

odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období.

b) Odbornost 902 – fyzioterapeut a 917 – ergoterapeut

V příloze č. 7 Vyhlášky 201/2018 Sb. je řešena hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů. Odkaz na tuto přílohu lze nalézt v § 12. Pro poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 902 – fyzioterapie a 917 – ergoterapie podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 0,81 Kč.

Maximální výše úhrady (MVÚ) řešena v odstavci 2, Přílohy č. 7 a její výpočet je stanoven následujícím způsobem:

$$MVÚ = (1,04 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,04 + KN) \times \max[PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)] \quad (5)$$

kde	KN	koeficient navýšení;
	POPzpoZ	počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec;
	PUROo	průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období;
	POPzpoMh	počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
	UHRMh	úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období;
	UHRMr	úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

2) Kompenzační vyhláška o úhradách za hrazené služby poskytnuté v roce 2020 – 172/2021 Sb.

Původní vyhláška č. 268/2019 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 byla vydána ČLK (2019) dne 18. října 2019. Její účinnost nabyla 1. ledna 2020. Tato vyhláška v té době však nezohledňovala pandemickou situaci způsobenou COVID-19.

Až následně ČLK (2021b) vyhláškou č. 172 ze dne 21. dubna 2021 byly zohledněny dopady způsobené epidemií onemocněním COVID-19 v roce 2020, a došlo tak ke změně vyhlášky 305/2020 Sb. Účinnost této vyhlášky byla stanovena dnem 28. dubna 2021. Tato vyhláška se dotýká poskytovatelů zdravotních služeb, které díky probíhající pandemii mění strukturu svých poskytovaných služeb. Čerpání zdravotních služeb v České republice bylo v mnoha případech ovlivněno zejména mimořádnými nařízeními Ministerstva zdravotnictví a samotné vlády. Na poskytování rehabilitační péče mělo vliv zejména mimořádné opatření č. j. MZDR 46953/2020-4/MIN/KAN. Tímto opatřením došlo k zastavení přijímání nových pacientů za účelem poskytování plánované péče. Poskytovatelé zdravotních služeb byli nuceni přistoupit k odkládání plánovaných operačních výkonů či dokonce k jejich rušení. Odkládání operací vedlo následně k útlumu péče v následné péči, a i léčebně rehabilitační péči. Tato vyhláška byla vydána z důvodu zabránění špatné ekonomické situace poskytovatelů zdravotních služeb.

Na základě odstavce č. 11 se mění výše uvedenou vyhláškou obsah přílohy č. 3, který upravuje hodnotu bodu v odbornostech 201 – rehabilitační a fyzikální medicína na hodnotu bodu 1,02 Kč. Pro poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 902 – fyzioterapie a 917 – ergoterapie podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 0,96 Kč.

Nejdůležitější změnou vyhlášky 172/2021 Sb., je vložení odstavce 20a, kdy poskytovateli zdravotní péče podle § 6 – § 15 a poskytovateli lékařské péče se navyšuje úhrada o odměny 2. vlna. § 7 je věnován ambulantním specialistům, § 12 odbornostem 902 a 917, fyzioterapeutům a ergoterapeutům. Jednalo se kompenzací zvýšených mzdových nákladů poskytovatelům, kteří v době pandemie poskytovali hrazené zdravotní služby a vykazovali je zdravotní pojišťovně.

Odměny byly vypláceny na základě taxativně vymezeného vzorce dle vyhlášky 172/2021 Sb., následovně:

$$Odměna_{2.vlna} = Výše_{odměny} \times 1,338 \times \min \left(PočetZP_{2020}; \frac{KapacitaZP_{2020}}{Typ_{kapacity}} \right) \times K_{kraj} \times \min \left(1; \frac{Porovnávací\ hodnota\ péče_{2020,4Q}}{0,75 \times Porovnávací\ hodnota\ péče_{2018,4Q}} \right) \quad (6)$$

kde	Výše_{odměny}	max. výše 75 000 Kč pro ambulantní specialisty s odbornou péčí, s výjimkou poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Zde se jednalo o částku ve výši 120 000 Kč;
	PočetZP₂₀₂₀	počet zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené zdravotní služby u poskytovatele, kteří jsou uvedeni ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou účinné 31. 12. 2020;
	KapacitaZP₂₀₂₀	součet týdenních hodinových úvazků zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené zdravotní služby u poskytovatele, které jsou uvedeny ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou účinné k 31. 12. 2020;
	Typ_{kapacity}	typická týdenní hodinová kapacita úvazku zdravotnického pracovníka poskytujícího hrazené zdravotní služby u poskytovatele. Pro ambulantní specialisty je stanovena hodnota Typ _{kapacity} na 30, u fyzioterapeuta a ergoterapeuta na 35;
	K_{kraj}	koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde poskytovatel poskytuje hrazené služby, který je uveden v části A;
	Porovnávací hodnota péče_{2020,4Q}	je porovnávací hodnota hrazených zdravotních služeb poskytnutých v období od 1. 10. 2020 do 31. 12. 2020, poskytovatelem vykázaných do 31. 3. 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. 5. 2021.
	Porovnávací hodnota péče_{2018,4Q}	je porovnávací hodnota poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených zdravotních služeb poskytnutých v období 1. 10. 2018 do 31. 12. 2018

3) Kompenzační vyhláška o úhradách za hrazené služby poskytnuté v roce 2021 – 242/2021 Sb.

Vyhláška č. 242 byla vydána dne 22. června 2021, ČLK (2021c), a byla v ní vládou zohledněna pandemická situace. Vyhláška nabyla účinnosti dnem 1. července 2021 a byly v ní zahrnuty kompenzace do výše úhrad hrazených služeb poskytnutých v roce 2021. Referenčním obdobím pro účely této vyhlášky byl rok 2019. Do referenčního období byly zahrnuty všechny hrazené služby poskytnuté poskytovatelem zdravotní péče v roce 2019, poskytovatelem také vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020. Hodnoceným obdobím byl podle vyhlášky 242/2021 Sb. rok 2021. Do hodnoceného období byly zahrnuty hrazené služby poskytnuté zdravotnickým zařízením v roce 2021, dále musí být poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

V § 20 vyhlášky 242/2021 Sb. je poskytovatelům zdravotní péče, kteří v době pandemie způsobené COVID-19 poskytovali i nadále pacientům zdravotní péči, a to v období od 1. ledna 2021 do 31. března 2021, byla následně přiznána dodatečná kompenzace vyšších osobních nákladů. Jednalo se tak o částku Odměna k dorovnání. Zároveň však musela být splněna podmínka poskytovatelem, a to, že jimi poskytnutá péče pacientům byla zdravotní pojišťovně vykázána. Její výpočet byl stanoven takto:

$$Odměna_{Dorování,2021} = \max(0; Odměna_{2021} - Odměna_{2020}) \quad (7)$$

Odměna 2021 je výše kompenzace vypočtena na základě počtu zdravotnických pracovníků v roce 2021, která je vypočtena následovně:

$$Odměna_{2021} = Výše_{odměny} \times 1,338 \times \min \left(PočetZP_{2021}; \frac{KapacitaZP_{2021}}{Typ_{kapacity}} \right) \times K_{kraj} \times \min \left(1; \frac{Porovnávací\ hodnota\ péče_{2021,1Q}}{0,75 \times Porovnávací\ hodnota\ péče_{2019,1Q}} \right) \quad (8)$$

Odměna 2020 je výše kompenzace vypočtena na základě počtu zdravotnických pracovníků v roce 2020, která je vypočtena následovně:

$$Odměna_{2020} = Výše_{odměny} \times 1,338 \times \min \left(PočetZP_{2020}; \frac{KapacitaZP_{2020}}{Typ_{kapacity}} \right) \times K_{kraj} \times \min \left(1; \frac{Porovnávací\ hodnota\ péče_{2020,4Q}}{0,75 \times Porovnávací\ hodnota\ péče_{2018,8Q}} \right) \quad (9)$$

kde	Výše odměny	se stanoví ve výši 75 000 Kč pro ambulantní specialisty a odbornou péči, s výjimkou poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Zde se jednalo o částku ve výši 120 000 Kč;
	PočetZP ₂₀₂₀	je počet zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele, kteří byli uvedeni ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou ve znění účinném k 31. 12. 2020;
	PočetZP ₂₀₂₁	je počet zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele evidovaných zdravotní pojišťovnou k 30. 6. 2021;
	KapacitaZP ₂₀₂₀	je součet týdenních hodinových kapacit úvazků zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele, které byly uvedeny ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou ve znění účinném k 31. 12. 2020;
	KapacitaZP ₂₀₂₁	je součet týdenních hodinových kapacit úvazků zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele evidovaných zdravotní pojišťovnou k 30. 6. 2021;
	Typ kapacity	je typická týdenní hodinová kapacita úvazku zdravotnického pracovníka poskytujícího hrazené zdravotní služby u poskytovatele. Pro ambulantní specialisty je stanovena hodnota Typkapacity na 30, u fyzioterapeuta a ergoterapeuta na 35.
	K _{kraj}	koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde poskytovatel poskytuje hrazené služby, který je uveden v části A;
	Porovnávací hodnota péče _{2021,1Q}	je porovnávací hodnota hrazených zdravotních služeb poskytnutých v období od 1. 1. 2021 do 31. 3. 2021, poskytovatelem vykázaných do 31. 5. 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. 5. 2021;

Porovnávací hodnota péče_{2019,1Q}	je porovnávací hodnota poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených zdravotních služeb poskytnutých v období 1. 11. 2019 do 31. 3. 2019;
Porovnávací hodnota péče_{2020,4Q}	je porovnávací hodnota hrazených zdravotních služeb poskytnutých v období od 1. 10. 2020 do 31. 12. 2020, poskytovatelem vykázaných do 31. 3. 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. 5. 2021;
Porovnávací hodnota péče_{2018,4Q}	je porovnávací hodnota poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených zdravotních služeb poskytnutých v období 1. 10. 2018 do 31. 12. 2018.

V příloze č. 3 dané vyhlášky v odstavci 2 dochází k navýšení hodnoty bodu pro ambulantní specialisty, tedy i pro specialisty léčebné a rehabilitační medicíny, a to na hodnotu bodu 1,06 Kč. Opět je zde zakotveno i navýšení v případě, kdy lékaři jako nositeli výkonů jsou účastníci celoživotního vzdělávání. Dalším faktorem pro případné navýšení hodnoty bodu zůstává rozvržení pracovní doby u poskytovatele. Maximální výše úhrady je opět zastropena.

Celková výše úhrady dle vyhlášky č. 242/2021 Sb., se vypočte následujícím způsobem:

$$CVÚ = (1,05 + KN) \times (\max(POPzpoZ; POPrefZ) \times PUROo + \max[PUROo \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr]) \quad (10)$$

kde	POPzpoZ	počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
	POPrefZ	počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období;
	POPzpoMh	počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
	PUROo	průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období;

- UHRMh** úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období;
- UHRMr** úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

Pro odbornost 902 – fyzioterapeut a odbornost 917 – ergoterapeut je dána Přílohou č. 7 k vyhlášce 242/2021 Sb., celková výše úhrady a to vztahem:

$$CVÚ = (1,05 + KN) \times \max(POPzpoZ; POPrefZ) \times PUROo + \max[(1,05 + KN) \times PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)] \quad (11)$$

- kde **POPzpoMh** počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
- POPzpoZ** počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období;
- POPrefZ** počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období;
- PUROo** průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období;
- UHRMh** úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období;
- UHRMr** úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s

výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období;

KN koeficient navýšení.

V Tabulce 4 jsou zaznamenány změny hodnot bodů v kompenzačních vyhláškách z roku 2019, 2020 a 2021, a to konkrétně pro odbornosti léčebné a rehabilitační medicíny a pro odbornost fyzioterapeut a ergoterapeut.

Tabulka 4 Hodnoty bodů v kompenzačních vyhláškách v letech 2019–2021 (v Kč)

Odbornost	Hodnota bodu		
	2019	2020	2021
Léčebná a rehabilitační medicína	1,06	1,02	1,06
Fyzioterapeut a ergoterapeut	0,81	0,96	0,81

Zdroj: vlastní zpracování, ČLK (2018, 2019, 2021b)

Hodnota bodu pro odbornost léčebné a rehabilitační medicíny byla v roce 2019 1,06 Kč. V roce 2020 tato hodnota klesla o 0,04 Kč, tedy na hodnotu 1,02 Kč. V roce 2021 opět hodnota bodu vzrostla na 1,06 Kč. Podobný trend rostoucí a následně klesající hodnoty bodu je vidět i u druhé zmíněné odbornosti.

4 Praktická část

Ke zhodnocení financování a zajištění segmentu rehabilitační péče v rámci České republiky je nutné zjistit celkové výdaje vynaložené ČR a zhodnotit zastoupení rehabilitační péče. Dále je nezbytné posoudit, zda je dostatečný počet fyzioterapeutů a ergoterapeutů, kteří rehabilitační péči poskytují, a je-li tato péče dostupná.

Data jsou zejména čerpána z Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb.

4.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice v letech 2010–2019

Pro vytvoření celkového úsudku spojeného s výdaji na rehabilitační péči vynaložené Českou republikou, je nezbytné znát, jaké byly její výdaje celkové. V následujících tabulkách je poté problematika rehabilitační péče podrobněji rozpracována a lze tak dále z jejich dat vyvodit, jakou část výdajů tato péče zastupuje či zda je financování této péče dostačující nebo naopak je do ní nedostatečně investováno.

V Tabulce 5 jsou zobrazeny celkové výdaje na zdravotní péči v České republice, a to v letech 2010–2019.

Tabulka 5 Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010–2019 (v Kč)

rok	celkem v běžných cenách (v mld. Kč)	základní poměrové ukazatele	
		na 1 obyvatele (v Kč)	poměr s HDP (v %)
2010	334,5	31 804	8,38
2011	338,5	35 252	8,33
2012	342,8	32 622	8,38
2013	346,6	32 977	8,37
2014	350,4	33 295	8,06
2015	353,3	33 512	7,64
2016	363,4	34 394	7,58
2017	388,2	36 660	7,60
2018	434,1	40 853	8,02
2019	477,7	44 775	8,31

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2021a)

V letech 2010–2019 v České republice byla vynaložena v absolutně běžných cenách celková částka ve výši 3 729,7 mld. Kč na zdravotní péči obyvatelstva. Do těchto výdajů nebyly zahrnuty výdaje na vzdělávání zdravotnických pracovníků (lékařských či

nelékařských povolání), dále výdaje na výzkum a vývoj v oblasti zdravotnictví a v neposlední řadě výdaje na rekonstrukce či výstavby zdravotnických zařízení.

Od roku 2010 do roku 2019 byla zaplacená na zdravotní péči v České republice částka přes 3,73 bil. Kč, a to více jak polovina z celkových výdajů byla vynaložena na zdravotní péči za posledních pět let. Konkrétně v letech 2015–2019 se jednalo o částku 2,016 bil. Kč na celkových výdajích za zdravotní péči v České republice.

V roce 2010 byla poskytnuta zdravotní péče v celkové v hodnotě 334,5 mld. Kč. V letech 2012–2015 Česká republika vykazovala téměř vyrovnané výdaje v běžných cenách za zdravotní péči obyvatelstva. Celkové výdaje v absolutně běžných cenách v letech 2011–2015 vzrostly průměrně o 1,1 % ročně, což činilo v průměru výši 3,8 mld. Kč ročně.

V letech 2017–2019 výdaje na zdravotní péči v průměru meziročně rostly o 9,6 %. Rok 2016 byl rokem vyšších výdajů na zdravotní péči obyvatelstva v České republice ve srovnání s lety 2010–2015. Meziroční změna v roce 2016 proti roku 2015 činila na celkových výdajích na zdravotní péči 10,1 mld. Kč. Ve srovnání roku 2016 a roku 2017 dochází k navýšení výdajů na zdravotní péči o 24,8 mld. Kč, v roce 2018 byly výdaje na zdravotní péči vyšší o 45,9 mld. Kč než v roce předchozím.

V roce 2019 byla čerpána na zdravotní péči v ČR částka v celkové hodnotě 477,7 mld. Kč, což činilo 8,3 % poměru k HDP. Oproti roku 2018 byla navýšena částka čerpaných výdajů o 43,6 mld. Kč

Výdaje na zdravotní péči každoročně rostly ve sledovaném období v České republice, oproti tomu jejich podíl na hrubém domácím produktu je v čase stabilní. Zrovna tak v letech 2010–2013 se jedná o téměř stabilizovaný poměr ve výši 8,37 % HDP. V roce 2014 dochází k jeho poklesu na 8,06 % HDP. V roce 2015 dochází k jeho výraznému poklesu o 0,42 procentního bodu. Jedná se o nejvyšší pokles ve sledovaných letech. Od roku 2016 do roku 2019 podíl na hrubém domácím produktu má stále zvyšující se tendenci. V roce 2019 je podíl výdajů za zdravotní péči ve výši 8,31 % HDP.

Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele byly v roce 2010 v celkové hodnotě 31 804 Kč. V letech 2010–2015 nedocházelo k výraznému navyšování výdajů na zdravotní péči na 1 obyvatele. V letech 2011–2013 se výdaje za zdravotní péči na 1 obyvatele pohybovaly v průměrné výši 32 617 Kč.

Zlomovým rokem byl rok 2016, kdy výše výdajů na zdravotní péči na 1 obyvatele dosáhla částky 34 394 Kč. V letech 2017–2019 se výdaje na 1 obyvatele stále zvyšovaly a dosáhly průměrné výše 40 763 Kč. V roce 2019 se jednalo o výdaj na zdravotní péči na 1

obyvatele ve výši 44 775 Kč. Celkové výdaje vynaložené na zdravotní péči v letech 2010–2019 se průměrné výši zvyšovaly o 4,12 %, a došlo tak k navýšení výdajů zdravotní péče o 12 972 Kč oproti roku 2010. Ve sledovaných letech se jedná o průměrně navýšenou částku výdajů na zdravotní péči ve výši 1 297 Kč. Při srovnání roku 2010 a roku 2019 došlo k navýšení výdajů na zdravotní péči 1 obyvatele o 40,79 %.

V Tabulce 6 jsou znázorněny výdaje ve zdravotnictví z hlediska veřejných a soukromých zdrojů, a to ve sledovaných letech 2010–2019. Veřejné zdroje jsou dále klasifikovány na platby hrazené zdravotními pojišťovnami a výdaje z veřejných rozpočtů. Soukromé zdroje jsou následně děleny na přímé výdaje domácností a na ostatní soukromé zdroje.

Tabulka 6 Výdaje z veřejných a soukromých zdrojů na zdravotní péči v České republice v letech 2010–2019 (v mld. Kč)

rok	celkem	veřejné zdroje		soukromé zdroje		násobek výše VZ nad SZ
		platby ze zdravotního pojištění	výdaje z veřejných rozpočtů	přímé výdaje domácností	ostatní soukromé zdroje	
2010	334,5	231,9	50,3	43,1	9,2	5,40
2011	338,5	234,3	50,5	44,5	9,2	5,30
2012	342,8	237,9	50,6	45,2	9,1	5,31
2013	346,6	238,4	53,7	45,4	9,2	5,35
2014	350,4	234,6	57,0	48,2	10,7	4,95
2015	353,3	234,5	58,9	50,6	9,3	4,90
2016	363,4	237,7	62,5	53,0	10,2	4,75
2017	388,2	252,2	69,9	54,9	11,3	4,87
2018	434,1	283,9	77,9	57,3	14,9	5,01
2019	477,7	309,8	86,0	63,7	18,2	4,83

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2021a)

Struktura financování zdravotní péče obyvatelstva v České republice se dlouhodobě téměř nemění. V období let 2010–2019 byla financována zdravotní péče zejména z veřejných zdrojů, které se na vlastním financování této péče podíly z 83,0 % až 84,4 %.

Výdaje za zdravotní péči činily v ČR z veřejných a soukromých zdrojů v letech 2010–2019 částku v celkové hodnotě 3 729,7 mld. Kč. Z veřejných zdrojů se jednalo především o výdaje na zdravotní péči hrazenou ze státního rozpočtu a o výdaje z rozpočtu krajů a obcí. Soukromé zdroje zahrnovaly výdaje neziskových institucí a soukromé

přípojištění. V letech 2010–2015 byla v průměrné výši ročně vydána na zdravotní péči z veřejných zdrojů částka ve výši 288,8 mld. Kč. Průměrná výše výdajů hrazena z veřejného zdravotního pojištění byla 235,5 mld. Kč a z veřejných rozpočtů se jednalo o průměrnou výši výdajů 53,5 mld. Kč. Platby ze zdravotního pojištění v letech 2010–2019 se průměrně zvyšovaly o 3,37 %. Výdaje z veřejných rozpočtů se za setné období průměrně zvyšovaly o 5,71 %.

Z přímých plateb domácností a z ostatních soukromých zdrojů ve stejném období činily výdaje v průměrné výši částku 55,6 mld. Kč. Přímé platby domácností pokryly průměrné výdaje za zdravotní péči 46,2 mld. Kč. Z ostatních soukromých zdrojů bylo financováno ve sledovaném období v průměrné výši 9,5 mld. Kč. V roce 2016 bylo vynaloženo z veřejných zdrojů 300,2 mld. Kč, oproti roku 2015 tak dochází k meziročnímu nárůstu těchto výdajů o 6,9 mld. Kč.

Ze soukromých zdrojů bylo v témže roce uhrazeno 63,2 mld. Přímé výdaje domácností se v letech 2010–2019 průměrně zvyšovaly o 4,48 % a výdaje ostatních soukromých zdrojů se ve stejném období průměrně zvyšovaly o 8,63 %. Z těchto zdrojů bylo v témže roce uhrazeno 63,2 mld. Kč na zdravotní péči občanů ČR, což je o 3,2 mld. Kč více, než v roce 2015. Roky 2017–2019 jsou ve znamení dalších nárůstu výdajů, jak z veřejných zdrojů, tak i soukromých. Z veřejných zdrojů byla hrazena zdravotní péče v průměrné výši 359,9 mld. Kč a ze soukromých zdrojů 73,5 mld. Kč. Z plateb na zdravotním pojištění byly uhrazeny výdaje v průměrné výši 281,9 mld. Kč, z veřejných rozpočtů se pak jednalo o průměrnou částku ve výši 77,9 mld. Kč. Domácnosti se v tomto období podílely na výdajích za zdravotní péči průměrnou částkou 58,6 mld. Kč. Z ostatních soukromých zdrojů činily průměrnou výši výdajů částku 14,8 mld. Kč. V těchto letech platby ze zdravotního pojištění se poměrově podílely na celkových průměrných platbách za zdravotní péči v ČR 65,07 %, veřejné rozpočty 17,98 %, přímé výdaje domácnosti 13,53 % a ostatní soukromé zdroje 3,42 %.

4.2 Výdaje na rehabilitační péči a srovnání s výdaji na ostatními druhy péče (ambulantní a lůžková)

Rehabilitační péče se řadí mezi jednotlivé druhy péče poskytované péče občanům České republiky. Rehabilitační péče je oborem v systému poskytování zdravotní péče v ČR, které je zajištěna formou ambulantní a lůžkové péče.

V Tabulce 7 jsou zaneseny výdaje, které byly ČR v letech 2010–2019 poskytnuty na jednotlivé hlavní druhy zdravotní péče.

Tabulka 7 Výdaje na poskytovanou péči dle hlavních druhů v ČR v letech 2010–2019 (v mld. Kč)

rok	výdaje celkem mld. Kč	hlavní druhy poskytnuté péče					podíl rehab. péče na CV (%)
		léčebná péče	dlouhodobá péče	rehabilitační péče	preventivní péče	ostatní	
2010	334,5	138,0	52,7	12,5	10,0	121,1	3,74
2011	338,5	139,1	52,4	13,5	10,4	123,1	3,99
2012	342,8	139,8	52,3	13,5	10,6	126,7	3,94
2013	346,6	143,6	55,0	13,9	10,8	123,4	4,01
2014	350,4	139,4	61,3	14,1	11,4	124,1	4,02
2015	353,3	143,8	59,9	15,0	9,0	125,6	4,25
2016	363,4	144,8	64,1	15,5	9,7	129,2	4,27
2017	388,2	153,9	70,8	18,0	10,5	135,0	4,64
2018	434,1	176,0	78,6	19,9	10,8	148,8	4,58
2019	477,7	190,4	88,5	22,8	11,3	164,8	4,77

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2021a)

Výdaje za zdravotní péči jsou rozděleny do následujících kategorií – léčebná péče, dlouhodobá péče, preventivní péče, rehabilitační péče a ostatní. Do skupiny ostatní spadají výdaje na léčiva a ostatní zdravotnický zboží, laboratorní, zobrazovací a dopravní služby a v neposlední řadě nerozlišené výdaje, které nebyly zařazeny do žádné z kategorií. Výdaje na rehabilitační péči jsou dalším ekonomickým ukazatelem, který vypovídá o celkových výdajích na zdravotní péči.

Mezi výdaje léčebné péče jsou zahrnuty výdaje na denní, ambulantní a domácí péči spolu s péčí lůžkovou. Dlouhodobá péče zahrnuje nejen výdaje na péči dlouhodobou, ale i výdaje na sociální dlouhodobou péči. Výdaje na očkování, preventivní programy pro včasné odhalení nemoci, preventivní prohlídky jsou výdaji na preventivní péči. Výdaje za rehabilitační péči zahrnují veškeré výdaje na péči o pacienty, které byly prováděny jak v lázeňských zařízeních, tak v ostatních zařízeních, které jsou specializovány na poskytování rehabilitační péče.

V letech 2010–2019 na léčebnou péči bylo vydáno 1 508,7 mld. Kč, na dlouhodobou péči 635,7 mld. Kč, na rehabilitační péči 158,8 mld. Kč a na preventivní péči 104,5 mld. Kč. Rehabilitační péče je tak v pořadí třetí poskytovanou péčí podle vynaložených nákladů. Výdaje za léčebnou, dlouhodobou, rehabilitační a preventivní péči se v letech 2010–2019 průměrně v tomto pořadí zvyšovaly o 3,75 %, 6,07 %, 7,04 % a 1,76 %. V roce 2010 činily

výdaje na rehabilitační péči vůči celkovým výdajům 3,74 %. V porovnání s rokem 2019 došlo k navýšení o necelé jedno procento. I přes to se výdaje spojené s rehabilitační péčí zvýšili téměř dvojnásobně.

V letech 2010–2016 bylo vynaloženo na rehabilitační péči vynaloženo celkem 98,0 mld. Kč. Průměrná výše nákladů za toto období činila 14,0 mld. Kč. V roce 2016 činily výdaje na rehabilitační péči 15,5 mld. Kč. Od roku 2017 dochází k mírnému navýšení výdajů za tento druh péče. Nárůst činil 2,5 mld. Kč. Meziroční nárůst výdajů byl ve výši 16,77 %.

V roce 2018 výdaje za rehabilitační péči i nadále mírně rostly, a to na celkovou částku 19,9 mld. Kč. Navýšení výdajů proběhlo o 1,9 mld. Kč. Meziroční nárůst na objemu výdajů na rehabilitační péči v letech 2017 a 2018 činil 11,55 %. Rok 2019 je rokem dalšího nárůstu výdajů na tento druh péče. V roce 2019 byly hrazeny výdaje v celkové hodnotě 22,8 mld. Kč. Opět ve srovnání s rokem 2018 dochází k jejich mírnému navýšení, a to o 2,9 mld. Kč. Meziroční nárůst těchto výdajů činil 14,57 %.

Dne 1. března v roce 2020 byly potvrzeny první případy onemocnění virové nemoci COVID-19, které byly způsobené koronavirem SARS-CoV-2 na území České republiky. Do výdajů za rok 2020 a i v následujících letech budou tak nově vstupovat výdaje na rehabilitační péči o pacienty, kteří trpěli či stále trpí post-COVID syndromem.

V Tabulce 8 jsou vyjádřeny průměrné roční výdaje přepočtené na 1 obyvatele ČR v letech 2010–2019 a zároveň rozpočítány dle jednotlivých druhů poskytované zdravotní péče.

Tabulka 8 Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele v ČR dle druhů poskytnuté péče v letech 2010–2019 (v Kč)

rok	celkem	hlavní druhy poskytnuté péče v průměru na 1 obyvatele v ČR				
		léčebná péče	dlouhodobá péče	rehabilitační péče	preventivní péče	ostatní
2010	26 829	11 750	5 012	1 007	864	8 196
2011	27 137	11 877	4 987	1 063	901	8 309
2012	27 458	11 907	4 970	977	925	8 679
2013	27 786	12 137	5 225	1 025	929	8 470
2014	27 703	11 624	5 813	997	861	8 408
2015	27 825	11 947	5 675	1 062	769	8 372
2016	28 415	11 953	6 057	1 072	803	8 530
2017	30 411	12 744	6 675	1 248	828	8 916
2018	34 052	14 660	7 386	1 336	902	9 768
2019	37 093	15 833	8 284	1 544	941	10 491

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2021a)

Průměrná výše výdajů na 1 obyvatele rehabilitační péče byly v letech 2010–2016 ve výši 1 029 Kč. V letech 2017–2019 došlo k jejich mírnému nárůstu. V letech 2017–2018 byla poskytnuta rehabilitační péče na 1 obyvatele v průměrné výši 1 376 Kč. V roce 2019 šlo o částku 1 544 Kč, která byla vynaložena na rehabilitační péči na 1 obyvatele.

Průměrná výše celkových výdajů na 1 obyvatele se v letech 2010–2019 průměrně zvýšily o 4 %. Celkem došlo od roku 2010 o navýšení o 10 264 Kč. V tomto období vzrostly náklady v absolutních hodnotách na 1 obyvatele o částku 1 133 Kč. V průměru se jedná o navýšení o 113,30 Kč ročně. Výdaje vynaložené na rehabilitační péči v průměrné výši na 1 obyvatele v letech 2010–2019 průměrně rostly o 5,13 %.

V Tabulce 9 jsou zapsány výdaje spojené s lůžkovou či ambulantní rehabilitační péčí a jejich způsob financování v roce 2019.

Tabulka 9 Výdaje na vybrané druhy rehabilitační péče a jejich zdroje financování v roce 2019 (v mil. Kč)

zdroj financování X druh péče	veřejné zdroje				soukromé zdroje		celkem
	celkem	zdravotní pojišťovny	státní rozpočet	krajské a obecní rozpočty	celkem	přímé platby domácností	
Lůžková	6 442	5 921	443	78	4 471	4 471	10 913
Ambulantní	10 028	10 028	.	.	1 812	1 812	11 840
Rehabilitační péče celkem	16 471	15 950	443	78	6 283	6 283	22 754

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2021a)

Na celkovou rehabilitační péči byla vydána v roce 2019 z veřejných zdrojů částka ve výši 16,47 mld. Kč a ze soukromých zdrojů částka ve výši 6,28 mld. Kč. Výdaje ze zdravotních pojišťoven činily částku 15,95 mld. Kč. Ze státního rozpočtu bylo vydáno na celkovou rehabilitační péči 443,0 mil. Kč a z krajských a obecních rozpočtů 78,0 mil. Kč. Ze soukromých zdrojů bylo hrazeno 27,6 % výdajů vynaložených na rehabilitační lůžkovou péči a zbylých 72,4 % bylo hrazeno ze zdrojů veřejných.

Domácnosti se na přímých platbách na této péči podílely částkou ve výši 6,28 mld. Kč. V roce 2019 byly hrazeny výdaje na lůžkovou rehabilitační péči v celkové hodnotě 10,91 mld. Kč a na ambulantní péči 11,84 mld. Kč. Na úhradě lůžkové rehabilitační péči se podílely veřejné zdroje v celkové hodnotě 6,442 mld. Kč a na úhradě ambulantní péče 10,0 mld. Kč.

Zdravotní pojišťovny uhradily na výdajích za lůžkovou rehabilitační péči částku ve výši 5,92 mld. Kč. Ze státního rozpočtu se jednalo o úhradu ve výši 443 mil. Kč. Krajské a obecní rozpočty se podílely na výdajích za tento druh zdravotní péče částkou ve výši 78 mil. Kč.

V Tabulce 10 jsou zaneseny body a jejich příslušné hodnoty, které jsou přepočteny na koruny za vybrané výkony v letech 2019–2021 v porovnání s cenou pro samoplátce.

Tabulka 10 Vývoj hodnot bodů za vybrané výkony pro odbornost 902 v letech 2019–2021

ZV	2019			2020			2021			cena pro samoplátce za 2021 (Kč)
	HB	body	přepočet (Kč)	HB	body	přepočet (Kč)	HB	body	přepočet (Kč)	
21001	0,81	414	335	0,96	418	401	0,81	484	392	500
21002	0,81	167	135	0,96	169	162	0,81	190	154	450
21221	0,81	524	424	0,96	528	507	0,81	617	500	450
21315	0,81	117	95	0,96	118	113	0,81	128	104	100
21413	0,81	84	68	0,96	85	82	0,81	95	77	600
21415	0,81	175	142	0,96	176	169	0,81	206	167	600

Zdroj: vlastní zpracování, ČLK (2018, 2019, 2021b), psp.cz (2021a), VZP (2021a), MZČR (2021c), OK REHABILITACE

Přepočet stanovených hodnot bodů na koruny je ve sledovaných letech pouze orientační. Každá z pojišťoven má s provozovateli zdravotnických zařízení uzavřené vlastní smlouvy a je tedy možné, že se nasmlouvaná hodnota bodu za vykázaný výkon pro různé poskytovatele zdravotnických služeb i v rámci poboček jednoho poskytovatele liší.

V případě, že se jedná o pacienta, který je pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou zdravotnické zařízení spolupracuje, je výkon plně hrazen (konkrétně tedy u vybraných výkonů v tabulce, lze se setkat i s výkony, které jsou pojišťovny hrazeny částečně) pojišťovnou a rehabilitačnímu zařízení je poté proplacena smluvená částka za výkon. Pacient může zvolit variantu samoplácovství a vyšetření či proceduru si plně hradí sám. Výši ceny si poté určují individuální zdravotnická zařízení.

U výkonu 21315, který odpovídá proceduře vodoléčby, bude při hodnotě bodu stanovené kompenzační vyhláškou pro rok 2021 vyplaceno ZZ 104 Kč včetně režijních nákladů. Pro srovnání jako samoplátce si u vybraného ZZ tuto proceduru může zajistit za 100 Kč, přičemž ZZ nabízí často využívanou službu – přísada do koupele za 50 Kč.

4.3 Výdaje za lázeňskou rehabilitační péči

Lázeňská rehabilitační péče může být buď plně či částečně doporučena lékařem, a to v případě úhrady z veřejných prostředků. Tento typ zdravotní péče může být pak plně hrazen zdravotní pojišťovnou nebo pouze částečně. Za plně hrazené výdaje zdravotní pojišťovnou lze chápat veškeré výdaje za samotnou léčbu pacienta spolu s výdaji spojenými s jeho ubytováním v daném lázeňském zdravotnickém zařízení. V případě, že zdravotní pojišťovna

hradí pouze výlohy s léčením pacienta nikoliv jeho ubytování, jedná se o příspěvkovou lázeňskou péči. U obou typů léčení doporučených lékařem je nezbytné, aby navrhovaná lázeňská péče prošla schvalovacím řízením zdravotní pojišťovny pacienta. Další formou úhrad tohoto typu léčby je forma samoplátcovství, kdy veškeré výlohy jsou hrazeny pacientem.

Vytíženost zdravotnických zařízení zaměřující se na poskytování lázeňské rehabilitační péče, počty pacientů a provedené výkony v letech 2010–2019 jsou evidovány v Tabulce 11.

Tabulka 11 Vytíženost lázeňských zdravotnických zařízení v ČR v letech 2010–2019

rok	počet lázeňských ZZ	počet ošetřených pacientů	počet provedených výkonů	počet výkonů na 1 pacienta
2010	86	375 866	18 062 373	48
2011	88	360 178	20 389 664	57
2012	88	360 537	19 234 951	53
2013	85	377 552	18 594 547	49
2014
2015	87	347 377	15 344 035	44
2016	92	364 648	16 066 080	44
2017	92	366 264	16 952 448	46
2018	93	349 306	16 044 310	46
2019	94	366 512	15 136 263	41
2020	93	196 307	9 769 328	50

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020a, 2021)

V roce 2010 působilo v České republice celkem 86 zdravotnických zařízení, které poskytovaly lázeňskou rehabilitační péči, což je o 7 méně v porovnání s rokem 2020. Tato lázeňská zařízení disponovala 26 432 lůžky. Téměř 60 % pacientům byly hrazeny výdaje Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, na zbývajících výdajích se podílely ostatní zdravotní pojišťovny.

V roce 2011 poskytovalo lázeňskou rehabilitační péči 88 poskytovatelů. Komplexní lázeňská rehabilitační péče byla poskytnuta 98 323 pacientům, což bylo o 8 669 pacientům méně než v roce předchozím. V roce 2011 bylo celkově vykázáno na zdravotních pojišťovnách celkem 20 389 664 provedených výkonů. Meziroční nárůst tak činil 11,41 % na celkově provedených výkonech.

V roce 2012 byl tento typ zdravotní péče využit 80 424 pacienty komplexní rehabilitační péče. V meziročním srovnání byla využita komplexní lázeňská rehabilitační péče 17 899 pacienty méně než v roce předchozím. Do lázeňských zařízení byli přijati nejčastěji pacienti s nemocemi pohybového ústrojí, a to v 73 210 případech. V tomto roce bylo poskytnuto pacientům více výkonů vodoléčby a masáží, téměř o 15,71 % z celkově provedených léčebných výkonů. Na rehabilitaci se jednalo o 14,86 % z celkově provedených výkonů. Počty na elektrofyzikálních výkonech poklesly na 11,87 % z celkové bodové produkce.

V roce 2013 dochází k úbytku pacientů, kteří využili komplexní lázeňskou péči. Těchto pacientů bylo v tomto roce jen 59 590. Všeobecná zdravotní pojišťovna se podílela na úhradách celkem u 54,1 % pacientů. Poskytovatelé lázeňské léčebné rehabilitační péče nejčastěji provedli léčebné výkony u nemocí pohybového ústrojí. V lázeňské péči bylo zdravotnickými pracovníky v roce 2013 vykázáno celkem 18 594 547 léčebných výkonů. V meziročním srovnání s rokem 2012 opět dochází ke snížení provedených léčebných výkonů zdravotnickým personálem v odbornosti lázeňská rehabilitační péče o 640 404.

Údaje v roce rok 2014 nejsou dle sdělení Ústavu zdravotnických informací a statistiky srovnatelné s údaji s předešlými roky. Z tohoto důvodu nebyly informace ke sledovanému roku zpracovány.

V roce 2015 působí v České republice celkem 87 registrovaných poskytovatelů lázeňské rehabilitační péče. Komplexní lázeňská péče byla hrazena 88 503 pacientům z veřejného zdravotního pojištění. Mezi nejčastěji indikované nemoci, které byly léčeny, patřily nemoci pohybového ústrojí, nemoci nervové a nemoci oběhového ústrojí. Zdravotnickými pracovníky bylo v rámci lázeňské rehabilitační péče celkem provedeno 15 344 035 léčebných výkonů v roce 2015. V rehabilitaci bylo provedeno 2 680 388 výkonů, vodoléčby a masáží bylo provedeno 2 670 698 výkonů.

V roce 2016 byl léčebný pobyt hrazen jako komplexní lázeňská rehabilitační péče 84 537 pacientům. Prvenství stejně jako v předchozích letech v indikovaných skupinách pro dospělé pacienty v komplexní léčebné péči zaujímaly nemoci pohybového ústrojí, dále pak nemoci nervové a nemoci dýchacího ústrojí. Vodoléčby a masáží bylo poskytnuto 19,08 % z celkově poskytnutých výkonů lázeňské rehabilitační péče. V rehabilitaci bylo poskytnuto o 55 674 výkonů než v roce předchozím.

V roce 2017 byl komplexní léčebný rehabilitační pobyt poskytnut 99 099 pacientům a příspěvková lázeňská léčebná péče celkem 7 844 pacientům. Ve sledovaném roce bylo

zdravotnickými pracovníky provedeno celkem 16 952 448 léčebných výkonů v lázeňské péči, což je ve srovnání s rokem předchozím o 5,89 % více. Nárůst opět zaznamenaly i počty výkonů poskytnutých terapií vodoléčby a masáží o 1,42 %.

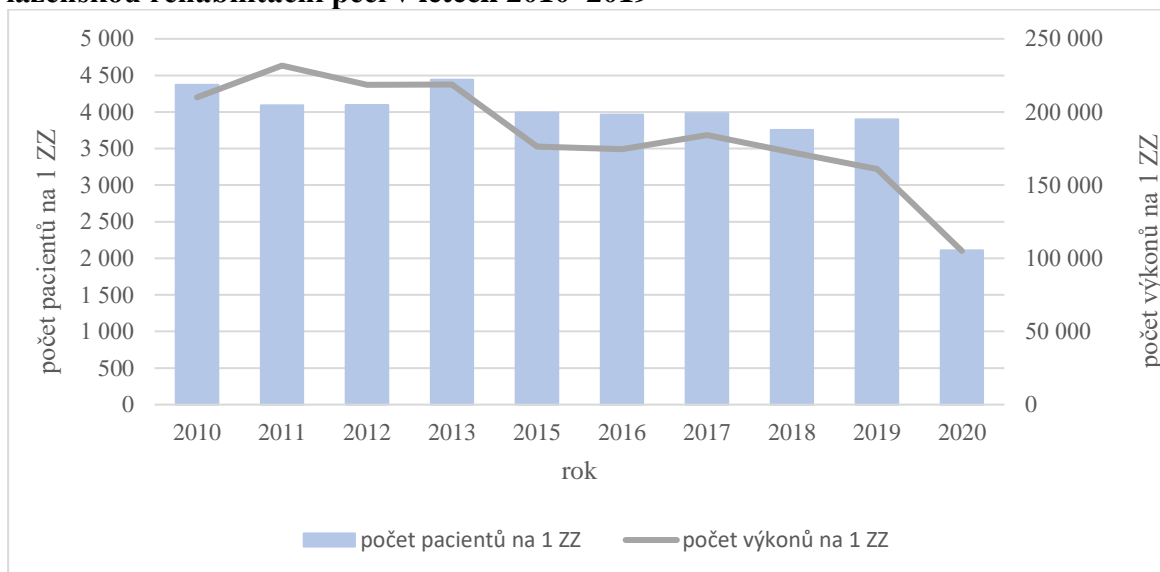
V roce 2018 bylo na náklady z veřejného zdravotního pojištění léčeno celkem 109 171 pacientů, z celkového počtu 370 573 klientů. Komplexní léčebná péče byla poskytnuta a hrazena 101 509 pacientům. V meziročním nárůstu s rokem předchozím bylo dosaženo mírného nárůstu v počtu poskytované komplexní léčebné péče. V roce 2018 bylo poskytnuto celkem 16 044 310 léčebných výkonů. Z tohoto počtu byla nejvíce zastoupena rehabilitace, a to 17,97 % z celkového počtu provedených léčebných výkonů. I v tomto roce proběhl nárůst v počtu nemocí pohybového aparátu.

V roce 2019 bylo registrováno v České republice 94 poskytovatelů lázeňské péče. Na náklady z veřejného zdravotního pojištění bylo léčeno 114 006 pacientů, z celkového počtu 366 512 klientů. Komplexní lázeňská péče byla využita 106 776 pacienty. V roce 2019 bylo poskytnuto v lázních celkem 15 136 263 léčebných výkonů. Ve sledovaném roce dochází k poklesu o 908 047 provedených léčebných výkonů proti roku 2018. Z celkového počtu provedených léčebných výkonů byly nejvíce zastoupeny rehabilitace 17,84 % a vodoléčba a masáže 17,77 %.

Lázeňství v roce 2020 a i v následujících letech ovlivnila pandemie způsobená nemocí COVID-19. Díky pandemii došlo ke snížení návštěvnosti lázní právě z důvodu pandemických opatření. Lázně navštívilo ve sledovaném období 196 307 klientů. Komplexní lázeňská péče byla využita 78 058 pacienty, příspěvková péče jen 4 210 pacienty. Dochází tak ve srovnání s rokem 2019 k poklesům poskytnuté lázeňské péče. V roce 2020 bylo pacientům v lázeňských zařízeních poskytnuto celkem 9 769 328 léčebných výkonů této odbornosti. Z tohoto počtu byly nejvíce zastoupeny rehabilitace 21,17 % a vodoléčba a masáže 17,63 %.

V Grafu 1 je na časové ose v letech 2010–2019 znázorněn vývoj počtu ošetřených pacientů a počtu vykázaných výkonů na zdravotních pojišťovnách na 1 zdravotnické zařízení, která poskytují lázeňskou rehabilitační péči. Data z roku 2014 dle ÚZIS nejsou srovnatelná s předchozími roky, a proto nejsou zahrnuta do následujícího grafu.

Graf 1 Vývoj počtu pacientů a počtu provedených výkonů na 1 ZZ poskytující lázeňskou rehabilitační péči v letech 2010–2019



Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020a, 2021)

Z grafu 1 je patrné, že počet ošetřených pacientů na 1 ZZ se v letech 2010–2013 a 2015–2018 pohyboval průměrně okolo 4 066 pacientů ročně. V roce 2020 se průměrně v jednom zdravotnickém zařízení ošetřilo téměř o polovinu méně pacientů, konkrétně 2 111.

Průměrný počet provedených výkonů na 1 ZZ za jeden rok v letech 2010–2019 byl 194 208 výkonů. V roce 2020, kde lze zaznamenat dopad COVID-19, připadalo na 1 ZZ pouze 105 047 vykázaných výkonů, což je téměř o 90 000 méně než průměr v minulých letech.

4.4 Dostupnost zdravotnických zařízení poskytující rehabilitační péči podle odborností

Dostupnost a vlastní zajištění poskytované rehabilitační péče je úzce spojena s kvalitou zdravotní péče. Aspekty této péče lze však částečně zhodnotit na základě srovnání počtu zařízení, kde je tato péče poskytována podle personálního obsazení. V České republice se nachází 14 krajů včetně hlavního města Prahy. Pražští poskytovatelé zdravotní péče jsou velmi dobře dostupní také pro obyvatelstvo ze Středočeského kraje.

Podle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (2021a) je evidováno ke dni 16. 12. 2021 v České republice celkem 37 911 poskytovatelů napříč všemi

poskytovanými odbornostmi v rámci zdravotní péče o obyvatelstvo. Je nutné dodat, že jedno zdravotnické zařízení může poskytovat výkony z více odborností.

V Tabulce 12 je vyjádřen počet zdravotnických zařízení registrovaných v roce 2021 pod odborností 902 a počet obyvatel jednotlivých krajů, ze kterých lze vyvodit, kolik obyvatel v daném kraji spadá na jedno zdravotnické zařízení.

Tabulka 12 Počet obyvatel na zdravotnické zařízení pro odbornost 902 – fyzioterapie dle krajů v ČR v roce 2021

kraj	počet ZZ Odbornost 902 (fyzioterapie)	počet obyvatel
Hlavní město Praha	532	1 335 084
Jihočeský kraj	163	643 551
Jihomoravský kraj	303	1 195 327
Karlovarský kraj	239	293 311
Kraj Vysočina	100	508 852
Královéhradecký kraj	160	550 803
Liberecký kraj	141	442 476
Moravskoslezský kraj	336	1 192 834
Olomoucký kraj	187	630 522
Pardubický kraj	126	522 856
Plzeňský kraj	168	591 041
Středočeský kraj	322	1 397 997
Ústecký kraj	198	817 004
Zlínský kraj	168	580 119
(prázdné)	1	
Celkový součet	3 144	10 701 777

Zdroj: vlastní zpracování, NRPZS (2021b) a ČSÚ (2021b)

V České republice bylo ke dni 2. 12. 2021 registrováno celkem 3 144 poskytovatelů oboru fyzioterapie. V hlavním městě Praha je ke shora uvedenému dni registrováno celkem 532 poskytovatelů zdravotních služeb v oboru fyzioterapie. Mezi další velmi dobře pokryté kraje co do počtu poskytovatelů zdravotních služeb s dostupnou péčí v odbornosti 902 – fyzioterapie patří Moravskoslezský kraj, Středočeský kraj a Jihomoravský kraj.

Poměr registrovaných poskytovatelů v odbornosti 902 – fyzioterapie ke dni 2. 12. 2021 činil 8,29 % z celkového počtu všech poskytovatelů zdravotních služeb v rámci celé České republiky.

S dostupnými údaji o počtu obyvatelstva České republiky a při počtu poskytovatelů zdravotních služeb v odbornosti 902 – fyzioterapie lze zjistit dostupnost této zdravotní péče. Lze tak stanovit přepočtený počet pacientů na 1 pracoviště v daném kraji.

Nejnižší průměrný počet obyvatel připadá na jednoho poskytovatele zdravotních služeb v Karlovarském kraji. Na jedno pracoviště v tomto kraji připadá průměrný počet 1 227 obyvatel. Dalším krajem s nejnižším průměrným počtem obyvatel je hlavní město Praha, a to s průměrným počtem 2 510 obyvatel na jedno pracoviště. Ve srovnání jednotlivých krajů je na tom s průměrným počtem obyvatel na jedno pracoviště nejhůře kraj Vysočina. Na jedno pracoviště s odborností 902 – fyzioterapie zde připadá v průměru 5 089 obyvatel.

V Tabulce 13 je vyjádřen počet zdravotnických zařízení registrované v roce 2021 pod odborností 201 a počet obyvatel jednotlivých krajů.

Tabulka 13 Počet obyvatel na zdravotnické zařízení pro odbornost 201 – fyzikální a rehabilitační medicína dle krajů v ČR v roce 2021

kraj	počet ZZ – Odbornost 201 (fyzikální a rehabilitační medicína)	počet obyvatel
Hlavní město Praha	200	1 335 084
Jihočeský kraj	66	643 551
Jihomoravský kraj	76	1 195 327
Karlovarský kraj	187	293 311
Kraj Vysočina	22	508 852
Královéhradecký kraj	69	550 803
Liberecký kraj	37	442 476
Moravskoslezský kraj	127	1 192 834
Olomoucký kraj	90	630 522
Pardubický kraj	44	522 856
Plzeňský kraj	51	591 041
Středočeský kraj	89	1 397 997
Ústecký kraj	65	817 004
Zlínský kraj	77	580 119
(prázdné)	1	
Celkový součet	1201	10 701 777

Zdroj: vlastní zpracování, NRPZS (2021b) a ČSÚ (2021b)

V odbornosti 201 – fyzikální a rehabilitační medicína je v České republice registrováno ke dni 2. 12. 2021 celkem 1 201 poskytovatelů zdravotní péče v této odbornosti.

V hlavním městě Praha tento druh péče poskytuje 200 specializovaných zařízení. Druhým krajem, co do počtu poskytovatelů zdravotní péče působících v daném kraji v odbornosti 201 – fyzikální a rehabilitační medicína, je kraj Karlovarský, a to zejména z důvodu poskytování lázeňské péče.

Z provozních důvodů je smysluplné pro poskytovatele zdravotní péče spojit právě tyto dvě odbornosti. Jak odbornost 201 – fyzikální a rehabilitační medicínu, tak odbornost 902 – fyzioterapeut. Lékař pacienta nejprve vyšetří, následně vystaví FT poukaz dle dané diagnózy pacienta, rozepíše plánované terapie a fyzioterapeut je posléze pacientovi aplikuje. Bodová produkce daného zdravotnického zařízení se dá díky tomuto způsobu modifikovat.

Poměr registrovaných poskytovatelů v odbornosti 201 – fyzikální a rehabilitační medicína ke dni 2. 12. 2021 činil 3,17 % z celkového počtu všech poskytovatelů zdravotních služeb poskytované občanům v České republice.

Česká lékařská komora ke dni 14. 12. 2021 registruje 180 lékařů pro oblast hlavní město Praha v odbornosti 201 – fyzikální a rehabilitační medicína.

Nejnižší průměrný počet obyvatel připadne na jednoho poskytovatele zdravotních služeb v Karlovarském kraji. Na jednoho poskytovatele odbornosti fyzikální a rehabilitační medicína v Karlovarském kraji připadá průměrný počet 1 569 obyvatel. Dalším krajem s nejnižším průměrným počtem obyvatel je hlavní město Praha, a to s průměrným počtem 6 675 obyvatel na jedno pracoviště. Ve srovnání jednotlivých krajů je na tom s průměrným počtem obyvatel na jedno pracoviště nejhůře kraj Vysočina. Na jedno pracoviště tak s odborností 201 – fyzikální a rehabilitační medicína zde připadá v průměru 23 130 obyvatel.

V Tabulce 14 je vyjádřen počet zdravotnických zařízení, které byly registrované v roce 2021, a to pod odborností 917 a počet obyvatel jednotlivých krajů.

Tabulka 14 Počet obyvatel na zdravotnické zařízení pro odbornost 917 – ergoterapeut dle krajů v ČR v roce 2021

kraj	počet ZZ – Odbornost 917 (ergoterapeut)	počet obyvatel
Hlavní město Praha	36	1 335 084
Jihočeský kraj	7	643 551
Jihomoravský kraj	20	1 195 327
Karlovarský kraj	5	293 311
Kraj Vysočina	2	508 852
Královéhradecký kraj	6	550 803
Liberecký kraj	2	442 476
Moravskoslezský kraj	62	1 192 834
Olomoucký kraj	5	630 522
Pardubický kraj	10	522 856
Plzeňský kraj	9	591 041
Středočeský kraj	12	1 397 997
Ústecký kraj	21	817 004
Zlínský kraj	4	580 119
Celkový součet	201	10 701 777

Zdroj: vlastní zpracování, NRPZS (2021b) a ČSÚ (2021b)

Ke dni 14. 12. 2021 je aktivních 201 poskytovatelů v oboru ergoterapeut. V hlavním městě Praha je v současné době registrováno 36 poskytovatelů péče v odbornosti 917 – ergoterapeut. V Praze je registrovaných 17,39 % poskytovatelů odbornosti ergoterapeut z celé České republiky.

Nejnižší průměrný počet obyvatel připadá na jednoho poskytovatele zdravotních služeb v Moravskoslezském kraji. Na jednoho poskytovatele odbornosti 917 – ergoterapeut v Moravskoslezském kraji připadne průměrný počet 19 239 obyvatel. Dalším krajem s nejnižším průměrným počtem obyvatel je hlavní město Praha, a to s průměrným počtem 37 086 obyvatel na jedno pracoviště. Ve srovnání jednotlivých krajů je na tom s průměrným počtem obyvatel na jedno pracoviště nejhůře kraj Vysočina. Na jedno pracoviště tak s odborností 917 – ergoterapeut zde připadá v průměru 254 426 obyvatel.

V České republice je dle MZČR (2021b) ke dni 10. 9. 2021 celkem 91 registrovaných poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče. Ve Františkových lázních je registrováno 18 poskytovatelů léčebně rehabilitační péče, v Karlových Varech je registrováno 27 subjektů, v Mariánských lázních 8 zdravotnických zařízení této odbornosti. Posledním vícečetným místem poskytování lázeňské péče jsou Luhačovice se 4 poskytovateli zdravotní péče ve jmenované odbornosti.

4.5 Poskytnutá rehabilitační péče v ČR

Dalším aspektem pro vyhodnocení dostupnosti lékařské péče v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny spolu s oborem fyzioterapeut, jsou absolutní počty obsazenosti pozic lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut spolu s ostatními pracovníky tohoto oboru ve sledovaných letech 2010–2019 spolu s výčtem provedených výkonů ve sledovaném období.

V Tabulce 15 jsou zaznamenány počty zdravotnických pracovníků pracujících v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny, a to v letech 2010–2019.

Tabulka 15 Počty zdravotnických pracovníků v oboru rehabilitační a fyzikální medicína a fyzioterapeut v letech 2010–2019

absolutní počty vždy k 31. 12. daného roku						
rok	lékař	fyzioterapeut	zdravotnický pracovník bez odborného dohledu	všeobecné sestry	ergoterapeut	ostatní odborní pracovníci
2010	872	5 859	956	677	212	469
2011	899	6 068	970	659	229	457
2012	905	6 270	974	651	251	433
2013	905	6 467	986	668	220	544
2014	955,5	6 495,5	1 362	740,5	238,5	555
2015	1 006	6 524	1 738	813	257	566
2016	1 018	6 426	1 672	788	271	562
2017	1 072	6 715	1 806	835	315	640
2018	1 112	6 777	2 039	1 007	341	714
2019	1 054	6 583	2 015	1 055	348	633
	2,18 %	1,33 %	9,42 %	5,29 %	5,94 %	3,91 %

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

Z tabulky 15 lze vyvodit obecně patrný nárůst pracovníků na všech pozicích těchto oborů. V roce 2017 a 2018 působilo na pozicích fyzioterapeut a ergoterapeut přes 7 000 pracovníků. I přes zvyšující se počty obsazenosti pozice fyzioterapeut, jsou v mnoha zdravotnických zařízeních v současné době dlouhé čekací lhůty.

Absolutní počty lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů se v letech 2010–2019 průměrně v tomto pořadí zvyšovaly o 2,18 %, 1,33 % a 5,94 %.

V Tabulce 16 jsou zaznamenány provedené výkony, které jsou dále rozděleny podle typu výkonu, provedené zdravotnickými pracovníky v letech 2010–2014.

Tabulka 16 Počet provedených vyšetření a výkonů v oboru rehabilitační a fyzikální medicína v letech 2010–2014

výkon/vyšetření	rok				
	2010	2011	2012	2013	2014
Lékař vyšetření	1 425 704	1 452 553	1 468 053	1 487 707	1 497 833
Lékař – výkony celkem	2 316 797	2 301 765	2 275 890	2 399 974	2 171 878
Lékař – LTV	153 832	139 987	146 731	209 810	234 620
Lékař – FT	56 804	62 058	74 490	86 542	100 089
Lékař – ergo	2 909	20 019	9 369	17 008	9 933
Lékař – ostatní	2 103 252	2 079 701	2 045 300	2 086 614	1 827 237
Fyzioterapeut, ergoterapeut – vyšetření	1 525 116	1 723 014	1 745 246	2 017 909	2 685 447
Fyzioterapeut, ergoterapeut – výkony celkem	44 542 654	44 932 536	46 103 998	46 789 267	45 026 792
Fyzioterapeut, ergoterapeut – LTV	22 518 623	22 618 767	23 086 476	22 930 467	21 907 568
Fyzioterapeut, ergoterapeut – FT	17 079 798	17 075 157	17 129 854	17 233 798	16 440 006
Fyzioterapeut, ergoterapeut – ergo	662 975	675 928	680 858	850 553	827 225
Fyzioterapeut, ergoterapeut – ostatní	4 281 258	4 562 684	5 206 810	5 774 449	5 851 994

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

V roce 2010 připadlo v průměru na 1 lékaře celkem 1 634 provedených vyšetření. V tomto roce provedl průměrně 1 lékař celkem 2 656 výkonů. Ve stejném roce fyzioterapeuti spolu s ergoterapeuty provedli v průměru 251 vyšetření na 1 pracovníka. Výkonů bylo provedeno těmito pracovníky v průměru na 1 pracovníka 7 336. V praxi to znamenalo při 253 pracovních dnech v roce 2010 téměř 29 výkonů provedených jedním fyzioterapeutem či ergoterapeutem za 1 pracovní den.

V letech 2011–2014 dochází k neustálému navyšování počtu provedených vyšetření lékařem. Naopak na provedených výkonech lékaři v letech 2011–2014 dochází k jejich poklesu. Rok 2015 je rokem zlomovým, kdy lékaři provedli méně než 2 mil. výkonů. Výkony lékařů byly v letech 2010–2015 v průměru sníženy o 62 169 výkonů ročně.

Fyzioterapeuti spolu s ergoterapeuty provedli v roce 2013 více jak 2 mil. vyšetření. Počty vyšetření a i výkonů, které byli provedeny, měly v letech 2010–2014 stoupající tendenci. I pro ně byl rok 2015 zlomovým. V tomto roce provedli více jak 3,35 mil.

vyšetření. Ve srovnání s rokem 2010 je v roce 2015 provedeno fyzioterapeuty a ergoterapeuty při 251 pracovních dnech v roce denně v průměru 25 výkonů provedených jedním fyzioterapeutem či ergoterapeutem.

Tabulka 17 navazuje na předchozí tabulku, doplňuje ji o vyšetření a výkony provedené v letech 2015–2019.

Tabulka 17 Počet provedených vyšetření a výkonů v oboru rehabilitační a fyzikální medicína v letech 2015–2019

výkon/vyšetření	Rok				
	2015	2016	2017	2018	2019
Lékař vyšetření	1 507 958	1 556 721	1 556 412	1 497 400	1 534 585
Lékař – výkony celkem	1 943 781	2 263 367	2 028 408	1 869 440	2 022 618
Lékař – LTV	259 429	243 303	267 509	284 305	244 055
Lékař – FT	113 636	168 056	176 707	126 590	181 606
Lékař – ergo	2 857	11 715	4 011	1 019	4 109
Lékař – ostatní	1 567 859	1 648 818	1 580 181	1 457 525	1 592 848
Fyzioterapeut, ergoterapeut – vyšetření	3 352 985	3 794 629	3 851 797	4 253 097	3 375 430
Fyzioterapeut, ergoterapeut – výkony celkem	43 264 316	44 807 444	44 961 509	42 630 149	51 178 775
Fyzioterapeut, ergoterapeut – LTV	20 884 668	21 730 401	21 469 932	20 577 115	25 611 647
Fyzioterapeut, ergoterapeut – FT	15 646 213	15 735 078	16 415 401	15 315 639	16 987 402
Fyzioterapeut, ergoterapeut – ergo	803 896	760 926	832 158	763 504	836 779
Fyzioterapeut, ergoterapeut – ostatní	5 929 539	6 581 039	6 244 018	5 973 891	7 149 604

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

V roce 2016 bylo v průměru vykázáno 1 529 vyšetření a 2 223 výkonů provedených 1 lékařem. Fyzioterapeuty spolu s ergoterapeuty bylo v průměru provedeno 566 vyšetření a 6 690 výkonů. Při 261 pracovních dnech průměrně 1 pracovník vykázal 27 výkonů, což ve srovnání s rokem 2010 je stále o 2 výkony denně méně.

V roce 2017 dochází k mírnému úbytku na výkonech i vyšetřeních provedených lékaři. Narůstá však počet výkonů a vyšetření provedených fyzioterapeuty a ergoterapeuty.

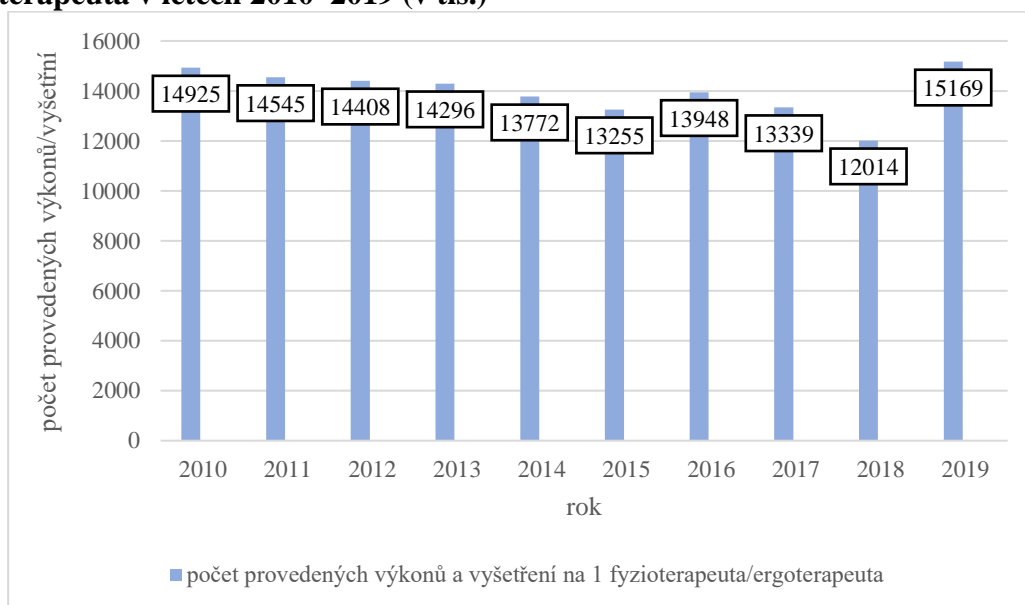
V tomto roce průměrně 1 pracovník na pozici fyzioterapeut či ergoterapeut provedl celkem 547 vyšetření a 6 395 výkonů. Při 250 pracovních dnech v roce 2017 to znamená, že 1 pracovník provedl průměrně denně 25 výkonů. Nárůst výkonů v letech 2016 a 2017 byl jak na provedených výkonech, tak na celkovém počtu fyzioterapeutů a ergoterapeutů, který přesáhl 7 tis. pracovníků. Z toho důvodu není nárůst tak patrný.

V roce 2018 opět dochází k dalšímu poklesu výkonů a vyšetření, které byly provedeny lékaři. Oproti poklesu výkonů u lékařů ergoterapeuti s fyzioterapeuty provedli o 401 300 výkonů více. Počet vyšetření těmito pracovníky také v tomto roce klesl. Při 250 pracovních dnech v roce 2018 připadá na tuto skupinu průměrně 24 výkonů. Oproti roku 2017 působilo v tomto oboru o 88 pracovníků více, než v roce 2017.

Rok 2019 je výrazným rokem nárůstu pro provedené výkony ergoterapeuty a fyzioterapeuty, kdy počet pracovníků na těchto pozicích klesl ze 7 118 na 6 931. Meziroční rozdíl činil v absolutním počtu pracovníků na těchto pozicích 187. Došlo tak k poklesu absolutního počtu o 2,67 %. Tato skupina zdravotnických pracovníků provedla v tomto roce v průměru 29 výkonů denně.

V Grafu 2 je přepočítaný celkový počet vykázaných výkonů a vyšetření na jednoho fyzioterapeuta či ergoterapeuta, a to v letech 2010–2019.

Graf 2 Počet provedených vyšetření a výkonů na jednoho fyzioterapeuta či ergoterapeuta v letech 2010–2019 (v tis.)



Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

Průměrný počet provedených výkonů a vyšetření jedním fyzioterapeutem či ergoterapeutem v letech 2010–2019 činil 13 967. Oproti roku 2010 došlo v roce 2019 k navýšení o 244 výkonů či vyšetření na jednoho zdravotnického pracovníka.

Tabulka 18 vyjadřuje v průměru potřebný čas na provedení jednoho výkonů rozdělený podle jednotlivých odborností.

Tabulka 18 Průměrný čas potřebný k provedení výkonu v oblasti rehabilitační péče dle jednotlivých odborností (dle Seznamu zdravotních výkonů z roku 2021)

odbornost	průměrný čas výkonu (min)
201 – rehabilitační a fyzikální medicína	33,5
902 – fyzioterapeut	20,3
917 – ergoterapeut	30,9

Zdroj: vlastní zpracování, SZV MZČR (2021)

Průměrný čas potřebný na provedení jednoho výkonu je pro odbornost 201 a 917 téměř totožný. V průměru fyzioterapeut potřebuje o 10 minut méně na jeden výkon v porovnání s odbornostmi 201 a 917.

Tabulka 19 vyjadřuje nečastější ošetřované nemoci soustav u mužů a žen, a to v letech 2010–2019.

Tabulka 19 Počet ošetřovaných mužů a žen dle vybraných diagnózy v letech 2010–2019

rok	nemoci svalové a kosterní			nemoci nervové soustavy			nemoci oběhové soustavy		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
2010	1 401 761	560 003	841 758	162 904	70 228	92 676	105 008	51 733	53 275
2011	1 379 436	549 972	829 464	164 131	72 408	91 723	106 236	53 263	52 973
2012	1 408 082	559 024	849 058	158 794	68 349	90 445	106 453	53 231	53 222
2013	1 468 107	580 521	887 586	154 616	67 239	87 377	104 690	51 575	53 115
2014	1 482 199	594 673	887 526	177 494	80 604	96 891	99 565	48 640	50 925
2015	1 496 291	608 825	887 466	200 372	93 968	106 404	94 439	45 704	48 735
2016	1 540 327	613 569	926 758	196 586	87 604	108 982	102 398	48 781	53 617
2017	1 637 478	665 847	971 631	190 301	81 748	108 553	94 016	46 345	47 641
2018	1 520 591	613 920	906 671	179 361	81 571	97 790	98 300	46 230	52 070
2019	1 449 632	582 916	866 716	190 865	86 114	104 750	85 206	43 278	41 928
	0,46 %	0,55 %	0,40 %	2,02 %	2,69 %	1,57 %	- 2,09 %	-1,87 %	-2,23 %

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

Mezi nejčastěji ošetřované diagnózy patří nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivových tkání podle Mezinárodní klasifikace nemocí. V letech 2010–2019 bylo v této době klasifikováno 14 783 904 těchto nemocí, z toho 40,11 % bylo diagnostikováno mužům z celkového počtu všech diagnóz nemocí svalové a kosterní soustavy a 59,89 % ženám. Další velmi častou diagnózou stanovenou u pacientů byly v oboru rehabilitační a fyzikální medicína nemoci nervové soustavy. Častěji opět tyto nemoci byly diagnostikovány ženám, a to u 55,51 % případů. Celkově bylo v letech 2010–2019 klasifikováno 1 775 424 těchto nemocí. Nemocí oběhové soustavy bylo ve sledovaném období klasifikováno celkem 996 311, z toho 49,06 % mužům.

K nejvyššímu nárůstu onemocnění dochází u mužů u nemocí spojených s nervovou soustavou, a to o 2,69 % v roce 2019 ve srovnání s rokem 2010. Naopak byl v roce 2019 zaznamenán pokles u celkových onemocnění oběhové soustavy v porovnání s rokem 2010.

Tabulka 20 zachycuje počty pacientů ošetřených pomocí dílčích poskytovatelů zdravotní péče v letech 2010–2019.

Tabulka 20 Počty ošetřených pacientů pomocí dílčích poskytovatelů zdravotní péče v letech 2010–2019

rok	ZZ		domácí ambul. péče		lůžková reh. péče		hospitalizace na dal. nem. odděl.	
	počet pacientů	míra růstu	počet pacientů	míra růstu	počet pacientů	míra růstu	počet pacientů	míra růstu
2010	1 782 387		11 998		55 085		396 688	
2011	1 747 807	-0,2	16 700	0,39	49 206	-0,11	399 758	0,01
2012	1 766 057	0,01	9 434	-0,44	52 988	0,08	411 848	0,03
2013	1 860 087	0,05	12 732	0,35	55 736	0,05	400 225	-0,03
2014	1 907 421	0,03	9 965	-0,22	70 409	0,26	393 770	-0,02
2015	1 954 755	0,02	7 197	-0,28	85 081	0,21	387 315	-0,02
2016	1 989 844	0,02	7 282	0,01	71 539	-0,16	400 884	0,04
2017	2 099 584	0,06	14 499	0,99	67 528	-0,06	405 458	0,01
2018	1 972 054	-0,06	19 762	0,36	72 974	0,08	379 250	-0,06
2019	1 872 329	-0,05	17 072	-0,14	64 292	-0,12	374 464	-0,01
celkem	18 952 325		126 641		644 838		3 949 660	

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

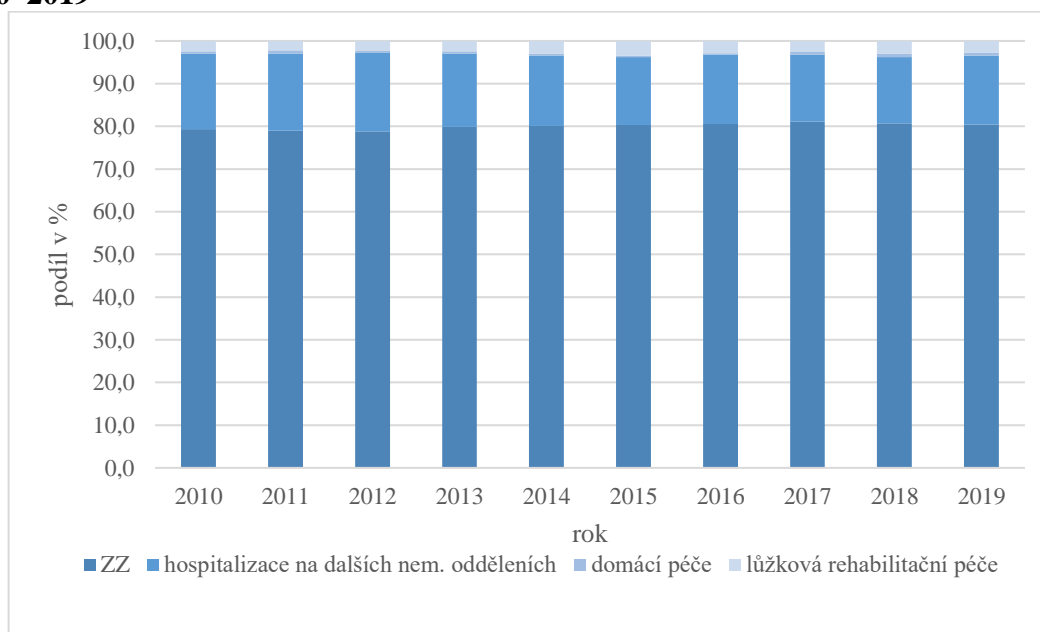
V absolutních počtech bylo v letech 2010–2019 ošetřeno celkem 23 673 464 pacientů ve zdravotnickém zařízení, formou ambulantní domácí péče, na lůžkových oddělení

rehabilitační péče a na jiných nemocničních odděleních. Průměrně ve sledovaném období bylo ošetřeno každoročně v průměru 2 367 364 pacientů. Ve zdravotnických zařízeních bylo v letech 2010–2019 ošetřeno 80,06 % pacientů, na domácí ambulantní péči připadlo 0,53 % ošetření, v rámci lůžkové rehabilitační péče bylo ošetřeno 2,73 % pacientů a na dalších odděleních v nemocnicích bylo ošetřeno 16,68 % pacientů z celkového počtu sledovaného období. Počty ošetřených pacientů v letech 2010–2019 za domácí péči, lůžkovou rehabilitační péči a hospitalizace na dalších nemocničních odděleních se průměrně zvyšovaly v tomto pořadí o 11,57 %, 2,67 % a – 0,60 %.

Ve zdravotnických zařízeních absolutní počty ošetřených pacientů v oboru rehabilitační a fyzikální medicína narůstají od roku 2013. V roce 2017 byla překročena hranice počtu ošetřených pacientů 2 miliony. V letech 2018–2019 dochází k mírnému poklesu. Meziroční pokles v těchto letech je o 99 725 ošetřených pacientů méně, což je o 5,05 % méně. V letech 2010–2019 bylo průměrně ročně ošetřeno 12 664 pacientů v domácí péči, na lůžkové rehabilitační péči 64 484 pacientů a na jiných odděleních v nemocničních zařízeních bylo v průměru ošetřeno 394 966 pacientů v absolutních počtech.

V Grafu 3 jsou zaneseny počty ošetřených pacientů pomocí jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, a to v letech 2010–2019.

Graf 3 Podíl zastoupení dílčími poskytovateli péče na počtu ošetřených pacientů 2010–2019



Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2020b)

Z grafu 3 je zřejmé, že největší podíl na počtu ošetřených pacientů, zaujímají zdravotnická zařízení, tedy v průměru 80 %. Dále se nejvíce podílí na ošetření hospitalizace na dalších nemocničních odděleních v průměru 15–18,5 %. Nejméně ošetřených pacientů poté připadá na lůžkovou rehabilitační péči a domácí ambulantní péči, které dohromady zaujímají podíl okolo 3 %.

Domácí ambulantní péče v letech 2010–2019 ošetřila celkem 126 641 pacientů. V porovnání se zdravotnickými zařízeními, která ve stejném časovém období ošetřila 18 952 325 pacientů, tak domácí ambulantní péče ošetřila přibližně 0,67 %, tedy necelé jedno procento klientely zdravotnických zařízení.

5 Zhodnocení výsledků

Fyzioterapeuti a ergoterapeuti jsou za odvedenou práci hodnoceni zdravotními pojišťovнами kombinací fixní složky a za provedené výkony. Hodnoty bodů za vykázané výkony a vyšetření jsou podle jednotlivých odborností zapsány v Seznamech zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. V návaznosti na pandemii COVID-19 musela vláda reagovat a od roku 2019 pomocí kompenzačních vyhlášek měnila hodnotu bodů za provedené výkony a vyplácela odměny za nasazení zdravotnických pracovníků.

Výdaje na zdravotní péči se v České republice tvoří kombinací veřejných a soukromých zdrojů. Celkové výdaje v roce 2019 činily 477,7 mld. Kč, přičemž z veřejných zdrojů, tedy z plateb zdravotních pojišťoven a výdajů z veřejných rozpočtů, bylo hrazeno 395,8 mld. Kč, což je téměř 83 % celkových výdajů. Zbylé výdaje, které jsou tvořeny přímými výdaji domácností a ostatními soukromými zdroji, tvořily částku 81,9 mld. Kč. Suma výdajů, která byla vynaložena na zdravotní péči se v letech 2010–2019 v průměrné výši zvyšovala o 4,12 %. Od roku 2010 do roku 2019 bylo vynaloženo na zdravotní péči v České republice více než 3,73 bil. Kč.

Výdaje na zdravotní péči jsou určeny na léčebnou péči, dlouhodobou péči, preventivní péči, rehabilitační a ostatní, kam spadá např. zdravotnické zboží či laboratorní služby. Nejvíce výdajů je každoročně vynaloženo na péči léčebnou, konkrétně v roce 2019 činily výdaje částku 190,4 mld. Kč. Poté nejvíce výdajů spadá pod skupinu ostatní, tedy v roce 2019 164,8 mld. Kč. Přibližně polovina předchozí částky byla v roce 2019 vydána na péči dlouhodobou. Na rehabilitační a preventivní péči je v porovnání s dalšími segmenty zdravotní péče vynaloženo nejnižší množství výdajů.

Na rehabilitační péči bylo v roce 2019 vydáno 22,8 mld. Kč, což je necelých 5 % z výdajů celkových určené pro zdravotnictví. Z veřejných zdrojů bylo uhrazeno 16,47 mld. Kč, kdy konkrétně zdravotní pojišťovny se podílely částkou ve výši 15,95 mld. Kč, státní rozpočet 443 mil. Kč a krajské a obecní rozpočty 78 mil. Kč. Ze soukromých zdrojů, tedy plateb přímých domácností, bylo hrazena částka ve výši 6,28 mld. Kč. Z veřejných zdrojů bylo tedy hrazeno 72,4 % výdajů vynaložených na rehabilitační péči a zbylých 27,6 % ze zdrojů soukromých. Od roku 2010 se suma 22,8 mld. Kč navýšila téměř dvojnásobně. Průměrná výše výdajů na 1 obyvatele ČR dosahovala celkové výše 37 093 Kč v roce 2019, na rehabilitační péči bylo na 1 obyvatele v průměru vynaloženo 1 544 Kč za léčbu.

Zdravotnická zařízení, která se specializují na lázeňskou rehabilitační péči, v letech 2010–2019 ročně ošetřila v průměru 363 138 pacientů a vykázala 17 313 852 výkonů. V porovnání s rokem 2020, počet ošetřených pacientů klesl na 196 307 a vykázáno bylo pouze 9 769 328 výkonů. Na 1 ZZ se v letech 2010–2013 a 2015–2018 připadalo v průměru okolo 4 066 pacientů ročně, přičemž v roce 2020 v důsledku vládou vyhlášeným opatřením proti šíření nákazy spojené s COVID-19, bylo ošetřeno pouze 2 111 pacientů.

V České republice je k roku 2021 registrováno celkem 37 911 poskytovatelů zdravotních služeb napříč odbornostmi. Zdravotnická zařízení mohou poskytovat služby z více odborností a rehabilitační péče často tuto propojenost vyžaduje. Dle ČSÚ ke 2021 žije v ČR 10 701 777 občanů. Pro odbornost 902 je registrováno celkem 3 144 poskytovatelů. Na jedno ZZ, které poskytuje služby z odbornosti 902, tak připadá poptávka 3 404 lidí napříč ČR. Za stejných podmínek tak musí 1 ZZ poskytující služby v odbornosti fyzikální a rehabilitační medicíny zajistit služby pro 8 911 pacientů a ZZ zajišťující odbornost ergoterapie pro 53 243 pacientů v rámci ČR. Mezi nejlépe zajištěné kraje v rámci odborností fyzioterapie a fyzikální a rehabilitační medicíny patří hlavní město Praha a Karlovarský kraj. Nejhůře dostupná péče napříč vybranými odbornostmi připadá kraji Vysočina.

K roku 2019 bylo registrováno 6 583 fyzioterapeutů a 348 ergoterapeutů. Absolutní počty lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů se v letech 2010–2019 průměrně v tomto pořadí zvyšovaly o 2,18 %, 1,33 % a 5,94 %. I přes to, že od sledovaného roku 2010 počet všech zdravotnických pracovníků, roste, čekací lhůty jsou v mnoha ZZ dlouhé. Dohromady bylo v roce 2019 vykázáno 105 139 637 vyšetření a výkonů, přičemž jedním fyzioterapeutem či ergoterapeutem bylo vykázáno 15 169 výkonů a vyšetření. Průměrně vykázal fyzioterapeut či ergoterapeut 29 výkonů a vyšetření denně.

Dle výkonů uvedených v Seznamu zdravotních výkonů z roku 2021 lze spočítat průměr potřebný na jeden výkon či vyšetření u vybraných odborností. Pro odbornost 201 – rehabilitační a fyzikální medicína je v průměru potřebný čas 33,5 min na jeden výkon. Obdobný čas je třeba u odbornosti 917 – ergoterapeut, tedy téměř 31 minut. O 10 minut méně v průměru poté vyžaduje jeden výkon či vyšetření provedený fyzioterapeutem.

Mezi nejčastěji ošetřované diagnózy dle Mezinárodní klasifikace nemocí v ČR patří nemoci svalové a kosterní soustavy. V letech 2010–2019 bylo klasifikováno 14 783 904 těchto nemocí, přičemž 40,11 % bylo diagnostikováno mužům a zbylých 59,89 % ženám. Další velmi častou diagnózou stanovenou u pacientů byly nemoci nervové soustavy a opět byly tyto nemoci diagnostikovány více ženám, a to u 55,51 % z celkových 1 775 424.

Nemoci oběhové soustavy bylo celkem v letech 2010–2019 klasifikováno celkem 996 311, z toho 49,06 % mužům.

V absolutních počtech bylo v letech 2010–2019 ošetřeno celkem 23 673 464 pacientů ve zdravotnických zařízeních, formou ambulantní domácí péče, na lůžkových oddělení rehabilitační péče a pomocí hospitalizace na dalších nemocničních odděleních. Každoročně bylo v průměru ošetřeno 2 367 364 pacientů. Nejvyšší podíl na počtu ošetřených pacientů zaujímají zdravotnická zařízení, tedy v průměru 80 %. Dále se nejvíce podílí na ošetření hospitalizace na dalších nemocničních odděleních v průměru 15–18,5 %. Nejméně ošetřených pacientů poté připadá na lůžkové rehabilitační péči a domácí ambulantní péči, které dohromady zaujímají podíl okolo 3 %.

6 Závěr

Mezi nejdůležitější prameny práva, které souvisejí se zdravotní péčí, patří Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR. Dále Zákon č. 282/2018 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který dále upravuje činnost zdravotních pojišťoven a Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který definuje, za jakých podmínek může být zdravotní péče poskytována. Zdravotnický i nezdravotnický personál se poté musí řídit i etickými kodexy, např. Etickým kodexem Práv pacientů, Etickým kodexem fyzioterapeuta či Etickým kodexem České lékařské komory.

Finanční ohodnocení fyzioterapeutů a ergoterapeutů hrazené zdravotními pojišťovnami závisí na kombinaci fixní složky a počtu provedených výkonů uvedených v Seznamu zdravotnických výkonů. V tomto seznamu lze pod jednotlivými odbornostmi a konkrétním pětimístným kódem najít informace o výkonu, jako kdo daný výkon smí provádět, jaká je doba potřebná pro jeho provedení či samotné bodové hodnocení. V důsledku pandemie onemocnění COVID-19 musela vláda reagovat na pracovní vytížení ve zdravotnictví a pomocí kompenzačních vyhlášek měnila hodnotu bodu výkonů a vyplácela odměny za pracovní nasazení v dílčích hodnocených obdobích.

V roce 2019 byly celkové výdaje na zdravotní péči z veřejných a soukromých zdrojů 477,7 mld. Kč, přičemž na rehabilitační péči, která je jedním ze segmentů poskytovaných zdravotních služeb v České republice, bylo vydáno pouhých 22,8 mld. Kč. Tato částka tvoří 4,77 % z celkových výdajů a patří tak k nejméně financovaným druhům zdravotní péče spolu s péčí preventivní. Rehabilitační péče je i přesto ze 72,4 % hrazena z veřejných zdrojů, tedy ze zdravotních pojišťoven a státních či krajských rozpočtů. Tato bakalářská práce je uzavřena statistikami k roku 2019, nelze tedy blíže popsat vliv pandemie na financování zdravotnictví v následujících letech a reakci státu a společnosti na změny, které sebou onemocnění přineslo.

Nedostatečné zajištění rehabilitační péče souvisí i s počtem zdravotnických pracovníků, konkrétně fyzioterapeutů a ergoterapeutů, zaměstnaných v této oblasti zdravotnictví. V Tabulce 21 je zobrazena vytíženost jednotlivých zdravotnických pracovníků za jeden den.

Tabulka 21 Vytíženost fyzioterapeutů a ergoterapeutů v roce 2019

zdravotnický pracovník	průměrný čas výkonu (min)	počet výkonů/den	potřebná doba (hod)
ergoterapeut	20	29	9,7
fyzioterapeut	30	29	14,5
průměr (ergo + fyzio)	25	29	12,1

Zdroj: vlastní zpracování, SZV MZČR (2021), ÚZIS (2020b)

ÚZIS, ze kterého jsou čerpána data pro množství výkonů vykázaných jedním zdravotnickým pracovníkem, slučuje počet provedených výkonů jedním ergoterapeutem a fyzioterapeutem do jedné skupiny. Hodnota je tedy pro obě odbornosti stanovena stejně.

Podle zákoníku práce má zaměstnanec na hlavním pracovním poměru stanovenou pracovní dobu 40 hodin týdně (zpravidla 8 hodin/den, pokud zaměstnanec nepracuje ve směnném pracovním režimu) a po nejdéle po 6 hodinách má nárok na půlhodinovou přestávku. Doba potřebná pro provedení výkonů jedním fyzioterapeutem či ergoterapeutem za den je dle dostupných dat minimálně o téměř 2 hodiny vyšší.

Rok 2019 měl 251 pracovních dnů a zaměstnanec na HPP měl ve svém zaměstnání odpracovat 2 008 hodin za rok. Fyzioterapeut či ergoterapeut by podle daných statistik (25 minut na 29 výkonů) odpracoval 3 032 hodin, což je o 1 024 hodin nebo také 25,6 týdnů více. Fyzicky je tedy nemožné pro pracovníky splnit normu provedených výkonů a vyšetření za jeden den.

Vytíženost zdravotnických zařízení, která je v porovnání s dalšími formami poskytování péče vysoká, je dalším problémem zajištění rehabilitační péče. Mnoho ošetřovaných pacientů vyžaduje služby pomocí vodoléčby, parafinu atd., které nemají k dispozici doma. Pokud se ovšem jedná o fyzioterapii, jejímž hlavním cílem je opakování zadaných cviků, mohla by se část pacientů přeložit do domácí rehabilitační péče. Je ovšem nutné předem uložené cviky opakovat správně, aby nedošlo k dalším zdravotním problémům, a v určité frekvenci tak, aby výsledky byly pro léčeného pacienta co nejvíce přívětivé.

Velmi podceněným faktorem, který by mohl předejít návštěvám rehabilitačních zařízení, je prevence. Mnohdy se totiž jedná o zlovyky z dětství, např. nesprávné sezení a držení těla za stolem, které nebyly zavčas podchyceny a napraveny. Došlo by tedy poté k uvolnění kapacit pro pacienty s post-covidovým syndromem.

7 Seznam použitých zdrojů

Literární zdroje

- ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha : Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. 204 s. ISBN 9788024638096.
- DOSBABA, F. a kol. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 2021. 172 s. ISBN 9788027110506
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Praha : Grada Publishing, 2015. 648 s. ISBN 9788024798547
- HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha : Grada Publishing, 2019. 132 s. ISBN 9788027128266
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání*. Praha : Galén, 2015. 226 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd.* Praha : Portál, 2012. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- KAZIMOUR, I. *Historie Českého zdravotnictví*. E-knihy jedou, 2016. 460 s. ISBN 978-80-7512-593-4.
- LENDEROVÁ, M., JIRÁNEK, T., MACKOVÁ, M. *Z dějin české každodennosti: život v 19. století*. Praha : Karolinum, 2009. 472 s. ISBN 9788024616834.
- MAAYTOVÁ, A. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti. 1. vyd.* Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 164 s. ISBN 978-807-3579-128.
- NAVRÁTIL, L. a kol. *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2019. 200 s. ISBN 9788027110971.
- NEŠČÁKOVÁ, L. *Pracovní právo pro neprávniky: rozbor vybraných ustanovení, praktická aplikace, vzory a příklady*. Praha : Grada Publishing, 2012. 272 s. ISBN 9788024776514.
- NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- PILÁTOVÁ, J. a kol. *Daňová evidence 2014: komplexní řešení problematiky daňové evidence pro OSVČ*. ANAG, 2014. 344 s. ISBN 9788072638635
- PLEVOVÁ, I. *Ošetřovatelství I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha : Grada Publishing, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-2326-1.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha : Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
- RŮČKOVÁ, P., ROUBÍČKOVÁ, M. 2012. *Finanční management*. Praha : Grada Publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-4047-8
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I - Interna: 2.,*

- doplněné vydání*. Praha : Grada Publishing, 2012. 211 s. ISBN 978-80-247-3601-3
- SVEJKOVSKÝ, J. VOJTEK, P. a ARNOŠTOVÁ, L. *Zdravotnictví a právo*. Praha : C. H. Beck, 2016. 488 s. ISBN 978-80-7400-619-7.
- SYNEK, M., KOPKÁNĚ, H., KUBÁLKOVÁ, M. 2009. *Manažerské výpočty a ekonomická analýza*. Praha : C.H. Beck. 320 s. ISBN 978-80-7400-154-3.
- ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha : Grada Publishing, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠVESTKOVÁ, O. a kol. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné pokusy*. Praha : Grada Publishing, 2017. 320 s. ISBN 9788027197972
- ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J.: *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

Internetové zdroje

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITA KARLOVA. *Historie oboru rehabilitace*. [online]. [cit. 2021-07-27]. Dostupné z: <https://rehabilitace.lf1.cuni.cz/historie-oboru-rehabilitace>
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. [cit. 2021-05-26]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2018. *Úhradová vyhláška pro rok 2019*. [online]. [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/aktuality-322.html/clk2.html?do%5bloadData%5d=1&itemKey=cz_99795
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2019. *Vyhláška č. 268/2019 Sb.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/268-2019-o-stanoveni-hodnot-bodu-vyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a-regulacnich-omezeni-pro-rok-2020-101055.pdf
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2021a. *Etický kodex České lékařské komory*. [online]. (PDF). [cit. 2021-05-26]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2021b. *Vyhláška č. 172/2021 Sb.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/172-2021-kompenzacni-vyhlaska-101590.pdf
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2021c. *Odměny pro zdravotníky – kompenzační vyhláška 2021*. [online]. [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_100227](https://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_100227)
- ČPZP. *Informace pro zaměstnavatele*. [online]. [cit. 2021-08-21]. Dostupné z: <https://cpzp.cz/clanek/71-0-Informace-pro-zamestnavatele.html>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021a. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2019*. [online]. [cit. 2021-08-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021b. *Počet obyvatel v obcích – k 1.1.2021*. [online]. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-k-112021>
- EPRAVO.CZ. *Zákon č. 90/2012 Sb. Zákon o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích)*. [online]. [cit. 2021-07-24]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-21-ledna-2020-kterym-se-meni-zakon-c-902012-sb-o-obchodnich-spolecnostech-a-druzstvech-zakon-o-obchodnich-korporacich-ve-zneni-zakona-c-4582016-sb-a-dalsi-souvisejici-zakony-22886.html>
- FINANCE.CZ, Bureš Michal, 2021. *Jak se zrušení superhrubé mzdy projeví ve vaší mzdě?*

- [online]. [cit. 2021-07-14]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/533638-zruseni-superhrube-mzdy/>
- FYZIOTERAPIEPRO. Procházková Eva. *Jaký je rozdíl mezi fyzioterapií a rehabilitací?* [online]. [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: <http://www.fyzioterapiepro.cz/jaky-je-rozdil-mezi-fyzioterapii-a-rehabilitaci/>
- MINISTERSTVO KULTURY ČESKÉ REPUBLIKY. *Listina základních práv a svobod.* [online]. [cit. 2021-08-19]. Dostupné z: <https://www.mkcr.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod-395.html>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Práva pacientů ČR.* [online]. [cit. 2021-05-26]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. *Zdravotní pojišťovny.* [online]. [cit. 2021-08-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021a. *Přehled oborů a vzdělání nelékařských zdravotních pracovníků.* [online]. [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#F-24>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021b. *Seznam registrovaných poskytovatelů lázeňské léčebné rehabilitační péče.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/07/seznamy-Dovolen%C3%A1-v-%C4%8Cesku-poskytovatel%C3%A9-LLRP_10_9_2021.pdf
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021c. *Seznam zdravotních výkonů.* [online]. [cit. 2021-10-15]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vyhlaska?cislovyhlasky=2020-2-vyhlaska-1-1&kodvykonu=21415&nazevvykonu=&odbornost=&aktivni=true>
- NÁRODNÍ REGISTR POSKYTOVATELŮ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, 2021a. *Pro veřejnost.* [online]. [cit. 2021-12-16]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?q=fyzioterapeut&Submit=Vyhledat&kraj=&okres=&obec=&ulice=&obvod=&obor=&forma=&druh=¢rum=&pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-verejnost&token=3bd8ef3d28afbd2917d5127219886764c4b05a42cf93519b4090c155ff685f3c>
- NÁRODNÍ REGISTR POSKYTOVATELŮ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, 2021b. *Místa poskytování ke dni 2. 12. 2021.* [online]. [cit. 2021-12-16]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=home--download>
- OK REHABILITACE. *OK REHABILITACE Praha – Budějovická.* [online]. [cit. 2021-12-16]. Dostupné z: <https://www.okrehabilitace.cz/ok-rehabilitace-praha-budejovicka/>
- PORTÁL EVROPSKÉ E-JUSTICE. *Vnitrostátní právní předpisy.* [online]. [cit. 2021-06-01]. Dostupné z: https://e-justice.europa.eu/content_member_state_law-6-cz-maximizeMS-

cs.do?member=1

POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY, 2021a. *Předpis 201/2018*

Sb.[online]. [cit. 2021-10-15]. Dostupné z:

<https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=201&r=2018>

POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY, 2021b. *Předpis 301/2018*

Sb.[online]. [cit. 2021-08-15]. Dostupné z:

<https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=301&r=2018>

PŘÍRUČKA PRO PERSONÁLNÍ AGENDU A ODMĚŇOVÁNÍ ZAMĚSTNANCŮ.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. [online]. [cit. 2021-08-19]. Dostupné z:

https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011

SAGIT. *Zákon č. 282/2018 Sb.* [online]. [cit. 2021-07-14]. Dostupné

z: <https://www.sagit.cz/info/sb18282>

SZV MZČR. *Seznam zdravotních výkonů.* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné

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

UNIFY ČR. *Etický kodex fyzioterapeuta.* [online]. [cit. 2021-05-26]. Dostupné z:

<http://www.unify-cr.cz/eticky-kodex-fyzioterapeuta>

ÚZIS ČR, 2011. *Lázeňská péče 2010.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2010.pdf>

ÚZIS ČR, 2012. *Lázeňská péče 2011.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2011.pdf>

ÚZIS ČR, 2013. *Lázeňská péče 2012.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2012.pdf>

ÚZIS ČR, 2014. *Lázeňská péče 2013.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2013.pdf>

ÚZIS ČR, 2015. *Lázeňská péče 2014.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2014.pdf>

ÚZIS ČR, 2016. *Lázeňská péče 2015.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/007521/lazne2015.pdf>

ÚZIS ČR, 2017. *Lázeňská péče 2016.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2016.pdf>

ÚZIS ČR, 2018. *Lázeňská péče 2017.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lazne2017.pdf>

ÚZIS ČR, 2019. *Lázeňská péče 2018.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008267/lazne2018.pdf>

ÚZIS ČR, 2020a. *Lázeňská péče 2019.* [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].

- Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008361/lazne2019.pdf>
- ÚZIS ČR, 2021. *Lázeňská péče 2020*. [online]. (PDF). [cit. 2021-12-21].
Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008366/lazne2020.pdf>
- ÚZIS ČR, 2020b. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru rehabilitační a fyzikální medicína (FBLR) za období 2007-2019. [online]. (PDF). [cit. 2021-12-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008334/nzis-rep-2020-k22-a052-rehabilitacni-a-fyzikalni-medicina-2019.pdf>
- VZP, 2021a. *Číselník výkonů v. 01227 (platnost od 1. 1. 2020)*. [online]. (PDF) [cit. 2021-10-15].
Dostupné z: https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony_01227.pdf
- VZP, 2021b. *Informace pro OSVČ*. [online]. [cit. 2021-08-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/osvc>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. [online]. [cit. 2021-07-14]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>