

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

**Zajištění a financování zdravotní péče poskytované
praktickými lékaři v České republice**

Zuzana Hajná

© 2021 ČZU v Praze

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zuzana Hajná

Hospodářská politika a správa
Podnikání a administrativa

Název práce

Zajištění a financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři v České republice

Název anglicky

Ensuring and funding of health care by general practitioners in the Czech Republic

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zhodnotit zajištění a financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři v České republice. V rámci práce budou rozebrány podmínky poskytování zdravotní péče a zdroje jejího financování. Budou hodnoceny výdaje na tuto péči.

Metodika

Teoretická východiska řešené problematiky budou zpracována na základě literární rešerše. Bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány nejen z českých materiálů, některé i ze zahraničních. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat jsou především databáze Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Bude využita metoda deskripce. 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

financování, kapitační platba, ordinace, pacient, pojištění, praktický lékař, preventivní prohlídka, výdaje, výkony, zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojišťovna

Doporučené zdroje informací

- BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- JANEČKOVÁ, 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 efektivnosti*. Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8
- PRŮŠA, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1. vyd. Praha : VÚPSV, 2011. 60, 6 s. ISBN 978-80-7416-097-4.
- 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 ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

Předběžný termín obhajoby

2020/21 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 20. 11. 2019

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 20. 11. 2019

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 15. 03. 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci Zajištění a financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři v ČR 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 15. 3. 2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích bakalářské práce. Mé poděkování patří i všeobecné praktické lékařce za spolupráci, vstřícnost, konzultaci problematiky a poskytnuté podklady pro zpracování bakalářské práce.

Zajištění a financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři v ČR

Abstrakt

Bakalářská práce představuje systémy zdravotní péče a způsoby jejího financování. Cílí především na zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři v České republice, její zajištění a financování. Zabývá se výdaji na zdravotní péči a poměrem vynaložených výdajů z veřejných a soukromých zdrojů. Výdaje na poskytovanou zdravotní péči a jejich vývoj řeší v letech 2010 až 2018. Zohledňuje počet zdravotnických zařízení a výdajů na ně vynaložených se zaměřením na samostatné ordinace praktických lékařů poskytující ambulantní péči. Dále zkoumá počet praktických lékařů, jejich věkovou strukturu, geografické rozložení praktických lékařů v krajích ČR a vytíženost praktických lékařů v podobě průměrného počtu obyvatel připadajících na jednoho praktického lékaře. Představuje také počty vyšetření, preventivních prohlídek a registrovaných pacientů praktickými lékaři v ročním srovnání v letech od roku 2007 do roku 2017. Zaměřuje se na financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři, které je zajišťováno především z veřejných zdrojů zdravotních pojišťoven. Uvádí způsoby financování zdravotní péče praktických lékařů záviselých na počtu registrovaných pacientů, jejich podmínky a možnosti navyšování. Také demonstruje reálné měsíční příjmy a výdaje vybrané praktické lékařky v roce 2020.

Klíčová slova: financování, kapitační platba, ordinace, pacient, pojištění, praktický lékař, preventivní prohlídka, výdaje, výkony, zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojišťovna

Ensuring and Funding of Health Care by General Practitioners in Czech Republic

Abstract

The bachelor thesis presents health care systems and methods of its financing. It primarily targets health care provided by general practitioners in the Czech Republic, its provision and financing. It deals with health care expenditures and the ratio of expenditures from public and private sources. Expenditures on provided health care and their development solves in the years 2010 to 2018. It takes into account the number of medical facilities and expenditures on them with a focus on an independent practice of general practitioners providing outpatient care. Thesis also examine the number of general practitioners, their age structure, the geographical distribution of general practitioners in the regions of the Czech Republic and the occupancy of general practitioners in the form of the average number of inhabitants per general practitioner. It also presents the numbers of treatments, preventive examinations and registered patients by general practitioners in an annual comparison from 2007 to 2017. It focuses on financing health care provided to general practitioners, which are provided mainly from public resources of health insurance companies. It presents ways of financing the health care of general practitioners depending on the number of registered patients, their conditions and the possibility of increase. Thesis also demonstrates the real monthly income and expenses of the selected general practitioner in 2020.

Keywords: capitalization payment, doctor's office, doctor's services, expenses, financing, general practitioner, healthcare, health care, health insurance company, insurance, patient, preventive examination

Obsah

1 Úvod.....	9
2 Cíl a metodika práce	10
2.1 Cíl práce	10
2.2 Metodika	10
3 Teoretická východiska	13
3.1 Zdraví a veřejné zdravotnictví	13
3.1.1 Systémy zdravotního pojištění a jejich financování	14
3.1.2 Zajištění zdravotní péče	18
3.1.3 Financování zdravotní péče	20
3.1.4 Systém zdravotní péče v České republice.....	22
3.2 Činnost praktického lékaře.....	27
3.2.1 Zdravotní péče praktického lékaře a její zajištění	29
3.2.2 Financování zdravotní péče praktického lékaře v České republice	34
4 Vlastní práce	40
4.1 Výdaje na zdravotní péči v České republice	40
4.2 Péče praktického lékaře.....	49
4.3 Financování zdravotní péče praktického lékaře	66
4.4 Ordinance vybraného praktického lékaře.....	69
4.4.1 Příjmy a výdaje vybraného praktického lékaře.....	70
4.4.2 Aktuality vybrané ordinace praktického lékaře v roce 2020	74
5 Výsledky a diskuze	77
6 Závěr.....	86
7 Seznam použitých zdrojů	87
8 Přílohy	93

Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristiky modelů statutárního/veřejného a privátního/soukromého pojištění.....	16
Tabulka 2 Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů či služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní péče	19
Tabulka 3 Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů či služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče.....	20
Tabulka 4 Koefficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném kraji ČR poskytujícím lékařskou pohotovostní službu pro rok 2020.....	36
Tabulka 5 věkové skupiny a jejich indexy pro rok 2020	37
Tabulka 6 Celkový počet zdravotnických zařízení v ČR v letech 2010-2018.....	50
Tabulka 7 Počet lékařů podle typu zdravotního zařízení v ČR v letech 2010-2018 (v zaokrouhleném přepočteném počtu).....	52
Tabulka 8 Věkové skupiny a jejich indexy v ČR v letech 2011-2021.....	68
Tabulka 9 Výdaje na zdravotní péči dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč).....	I
Tabulka 10 Výdaje na zdravotní péči z veřejných rozpočtů dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč).....	II
Tabulka 11 Tempo růstu výdajů na zdravotní péči z veřejných rozpočtů v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	II
Tabulka 12 Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v Kč).....	III
Tabulka 13 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč).....	IV
Tabulka 14 Tempo růstu výdajů zdravotních pojišťoven v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	IV
Tabulka 15 Výdaje na léčebnou péči dle jejích forem v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč).....	V
Tabulka 16 Tempo růstu výdajů na léčebnou péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	V
Tabulka 17 Výdaje na ambulantní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč).....	VI
Tabulka 18 Tempo růstu výdajů na ambulantní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	VI
Tabulka 19 Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč).....	VII
Tabulka 20 Tempo růstu výdajů zdravotních pojišťoven na ambulantní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	VII
Tabulka 21 Počet lékařů samostatných ambulantních primární péče v ČR v letech 2010-2018 (v přepočtených počtech lékařů na 1 plný úvazek).....	VIII

Tabulka 22 Počty vyšetření v regionálním srovnání ČR na tisíc osob v daném kraji v roce 2017	IX
Tabulka 23 Počty registrovaných pacientů v regionálním srovnání ČR na tisíc osob v daném kraji v roce 2017.....	X
Tabulka 24 Počet praktických lékařů v okrese	XI
Tabulka 25 Ceník pro registrované pacienty s dokumentací	XIII
Tabulka 26 Ceník pro neregistrované pacienty v rámci pracovnělékařských služeb	XIII
Tabulka 27 Ceník pro zaměstnavatele za pracovnělékařské služby	XIII
Tabulka 28 Seznam hrazených výkonů a nákladů na ně vynaložených v odbornosti 001 všeobecné praktické lékařství	XIV
Tabulka 29 Seznam hrazených výkonů a nákladů na ně vynaložených v odbornosti 002 praktické lékařství pro děti a dorost.....	XV

Seznam grafů

Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	40
Graf 2 Podíly výdajů na zdravotní péči dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v %)	41
Graf 3 Výdaje na zdravotní péči z veřejných rozpočtů a jejich podíly dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)	42
Graf 4 Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele a jejich podíly dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v Kč, v %).....	43
Graf 5 Počet pojištěnců v ČR v letech 2010-2018.....	44
Graf 6 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a jejich podíly dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)	45
Graf 7 Výdaje na zdravotní léčebnou péči a jejich podíly dle forem léčebné péče v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	46
Graf 8 Výdaje na zdravotní péči a jejich podíly dle poskytovatelů ambulantní péče v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	47
Graf 9 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a jejich podíly dle typu poskytovatele ambulantní péče v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %).....	48
Graf 10 Počet samostatných ambulantních ordinací primární péče dle poskytovatele v ČR v letech 2010-2018.....	51
Graf 11 Podíl lékařů samostatných ambulantních ordinací primární péče v ČR v letech 2010-2018 (v přepočtených zaokrouhlených počtech, v %).....	54
Graf 12 Počet praktických lékařů v ČR v letech 2010-2013 a 2020	55
Graf 13 Věková struktura praktických lékařů v ČR v letech 2010-2013	56
Graf 14 Počet obyvatel připadajících na 1 praktického lékaře v ČR v letech 2010-2013 a 2020.....	57
Graf 15 Počet praktických lékařů v krajích ČR v roce 2020	58

Graf 16 Počet obyvatel na 1 praktického lékaře v krajích ČR v roce 2020	59
Graf 17 Počty ošetření – vyšetření u praktického lékaře v ČR v letech 2007–2017	61
Graf 18 Podíly počtů ošetření – vyšetření v regionálním srovnání ČR na tisíc v daném kraji v roce 2017	62
Graf 19 Počty preventivních prohlídek u praktického lékaře v ČR v letech 2007–2017	63
Graf 20 Počty registrovaných pacientů u praktického lékaře v ČR v letech 2007–2017	64
Graf 21 Podíl registrovaných pacientů v regionálním srovnání ČR na tisíc osob v daném kraji v roce 2017 (v %)	65
Graf 22 Vývoj základní kapitační sazby v letech 2011-2021	67
Graf 23 Počet vyšetření a telefonních konzultací vybrané praktické lékařky v roce 2020 a lednu roku 2021	75

Seznam použitých zkratk

ČLK Česká lékařská komora

ČSÚ Český statistický úřad

MZČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

VPL všeobecný praktický lékař

PLDD praktický lékař pro děti a dorost

1 Úvod

Téma zdraví a zdravotnictví je považované za aktuální a každý den skloňované a řešené vládami, organizacemi i médii. Význam zdravotní péče je více než zřejmý zejména v oblasti financování a poskytování kvalitní zdravotní péče.

Veřejné zdravotnictví tvoří základ řady medicínských a společenských oborů, jež přispívají k chápání zdraví jako hodnoty individuální, ale také společenské, jako veřejného statku, který hraje významnou stabilizující roli v rámci celého socioekonomického systému. Role zdravotnictví ve společnosti je významná již z pohledu snahy vlády o jeho reformy, kde hraje velkou roli uspokojování zdravotních potřeb občanů v kontextu sociální solidarity, rovnosti a spravedlnosti v rámci dostupné péče a vytvoření zdrojů pro její financování ze zdravotního pojištění, státního rozpočtu nebo soukromých zdrojů.

S úrovní zdraví souvisí kvalita života, která stále více rozděluje společnost zejména v mezinárodním měřítku. Moderní veřejné zdravotnictví se zabývá zdravím obyvatelstva ve všech možných oblastech. S důrazem na rozvoj celkového zdravotního potenciálu společnosti a pozitivních prvků zdraví. Zejména sleduje uspokojování zdravotních potřeb veškerého obyvatelstva a věnuje se problematice nerovností ve zdraví.

2 Cíl a metodika práce

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zhodnotit zajištění a financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři v České republice. V rámci práce budou rozebrány podmínky poskytování zdravotní péče a zdroje jejího financování. Budou hodnoceny výdaje na tuto péči.

2.2 Metodika

Teoretická východiska práce řešené problematiky jsou zpracována na základě literární rešerše. Využita je metoda studia odborné literatury. Aktuální informace jsou čerpány především z internetových zdrojů, ze kterých významné zdroje tvoří databáze Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Pro zpracování vlastní práce byly použity metody deskripce a komparace pro popis a vzájemné porovnání a vyhodnocení výsledků. Došlo ke zpracování tempa růstu a konstrukci vlastních vzorců a postupů potřebných výpočtů.

Při vyhledávání informací o věkové struktuře lékařů dle jejich oboru působení bylo možné dohledat tyto informace do roku 2013 ve Zdravotnických ročenkách České republiky vydávaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. V novějších vydání ročenek od Zdravotnické ročenky 2014 až po nejnovější vydanou ročenku za rok 2018 se informace o věkové struktuře lékařů neuvádějí. Počet lékařů se vykazuje pouze v počtech lékařů, bez zohlednění odbornosti.

Z důvodu nemožnosti dohledání počtu praktických lékařů a jejich věkové struktury po roce 2013, do kterého bylo možné počet praktických lékařů dohledat jako celkový počet lékařů věkových skupin lékařů, uvedeného ve Zdravotnických ročenkách, pro aktuální informace o počtu praktických lékařů byl proveden jejich součet dle seznamu lékařů na webových stránkách České lékařské komory. Seznam lékařů není seznamem klasickým, ale vyhledávacím, kdy při zadání informací k vyhledávání zobrazí lékaře dle zadaných požadavků. V seznamu lze zadat příjmení, jméno, obor a okres. Výpočet počtu praktických lékařů zahrnoval zadání oboru, kterým byl zvolen obor všeobecného lékařství a následovně obor praktického lékařství pro děti a dorost, a zadání okresu. Počty lékařů v daném oboru

daného okresu byly zobrazeny na jedné či více stranách o rozsahu 20 řádků. Jeden řádek se nerovnal jednomu lékaři, ale jednomu přihlášenému místu působení praktického lékaře, proto musely být stránky zkontrolovány a počet lékařů v daném oboru daného okresu ponížěn o počet řádků, které představovaly duplicitu stejného lékaře. Tento postup byl opakován u všech okresů České republiky u obou oborů praktického lékařství. Výsledné počty lékařů byly zapsány do tabulky, která je přiložena k práci jako příloha 11, ze které byly počty praktických lékařů jednotlivých oborů daných okresů převedeny na počty v krajích, zařazením okresů do krajů ČR a jejich součtem.

Další vlastní výpočet tvořil výpočet tempa růstu výdajů na zdravotní péči v %, který byl vypočten dle vzorce:

$$\text{Tempo růstu výdajů v \%} = \left(\frac{V_t - V_{t-1}}{V_{t-1}} \right) \times 100$$

Ve vzorci tempa růstu výdajů V představuje celkové výdaje a t představuje daný rok.

Dále byly pro zpracování grafů použity výpočty podílů, jednotlivých objektů vůči celkovému počtu.

Pro práci byly zpracovány také výpočty minimálních kapitační plateb a příjmů praktických lékařů.

Vzorce pro minimální kapitační platbu praktického lékaře s průměrným počtem pacientů bez zohlednění indexů věkových skupin a možností navýšení.

$$\text{VPL} = \emptyset \text{ počet pacientů} \times \text{minimální sazba pro VPL}$$

$$\text{PLDD} = \emptyset \text{ počet pacientů} \times \text{minimální sazba pro PLDD}$$

Vzorec pro minimální kapitační platbu praktického lékaře s průměrným počtem pacientů bez zohlednění indexů věkových skupin a možností navýšení při splnění podmínky 30 ordinačních hodin týdně, z nichž jednou jsou ordinační hodiny prodlouženy minimálně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu je umožněno objednání na určitou hodinu, pro maximální navýšení kapitační sazby.

$$\text{VPL/PLDD} = \emptyset \text{ počet pacientů} \times \text{maximální sazba pro VPL/PLDD}$$

Vzorce pro minimální kapitační platbu praktického lékaře s průměrným počtem pacientů bez zohlednění indexů věkových skupin při splnění podmínek pro navýšení základní sazby a jejího maximálního navýšení.

$$VPL = \emptyset \text{ počet pacientů} \times (\text{maximální sazba} + \text{navýšení za celoživotní vzdělání} + \text{navýšení za vykázané výkony 01021, 01022} + \text{navýšení za udělenou a uznanou akreditace})$$

$$PLDD = \emptyset \text{ počet pacientů} \times (\text{maximální sazba} + \text{navýšení za celoživotní vzdělání} + \text{navýšení za udělenou a uznanou akreditace})$$

Vzorce pro minimální kapitační platbu praktického lékaře s průměrným počtem pacientů při splnění podmínek pro navýšení základní sazby a jejího maximálního navýšení se zohledněním průměrných indexů věkových skupin.

$$VPL = \emptyset \text{ počet pacientů} \times (\text{maximální sazba} + \text{navýšení za celoživotní vzdělání} + \text{navýšení za vykázané výkony 01021, 01022} + \text{navýšení za udělenou a uznanou akreditace}) \times \emptyset \text{ věkový index pro osoby starší 19 let}$$

$$PLDD = \emptyset \text{ počet pacientů} \times (\text{maximální sazba} + \text{navýšení za celoživotní vzdělání} + \text{navýšení za udělenou a uznanou akreditace}) \times \emptyset \text{ věkový index pro osoby mladší 19 let}$$

Vzorce pro kapitační platbu byly použity k jejímu výpočtu za rok 2020 v minimální výšce dle splnění podmínek a s použitím hodnot stanovených dle vyhlášky č. 268/2019 Sb.

Vzorec pro reálné příjmy praktického lékaře.

$$\text{Čisté průměrné měsíční příjmy} = \emptyset \text{ příjmy} - \emptyset \text{ výdaje}$$

Tento vzorec byl použit na výpočet reálných průměrných měsíčních příjmů vybrané praktické lékařky za rok 2020.

3 Teoretická východiska

V první polovině je popsáno zdraví a veřejné zdravotnictví, jsou zde představeny zdravotní systémy, financování zdravotní péče a systém a financování zdravotní péče v České republice včetně veřejných a soukromých zdravotních pojišťoven. V druhé části je představen praktický lékař, jím poskytovaná zdravotní péče, jeho povinnosti a práva a způsob financování zdravotní péče praktického lékaře.

3.1 Zdraví a veřejné zdravotnictví

Hamplová (2020, s. 156) uvádí, že právo na zdraví a jeho ochrana jsou zakotveny v Listině základních práv a svobod a představují jedno ze základních lidských práv. Zdraví je obtížné měřit a definovat, což je snadnější s nemocemi. Úroveň zdraví obyvatelstva je obvykle vyjadřována nemocností a úmrtností populace. Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění v různých historických obdobích a v průběhu života lidí. Ale i v závislosti na jejich kultuře a náboženství, ekonomice, rozvoji lékařství a celého širokého spektra zdravotní péče v návaznosti na další faktory. Ústava Světové zdravotnické organizace (WHO) ze dne 7. dubna 1948 definuje zdraví takto: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemocí nebo vady“. Definice stanovuje tři základní aspekty zdraví, a to fyzické či tělesné zdraví, jenž souvisí s nepřítomností nemoci nebo vady, psychické nebo také duševní zdraví, které tvoří základní kritérium pro kvalitu života a sociální zdraví, jenž umožňuje lidem navazovat sociální kontakty a zvládat jejich sociální role.

Determinanty zdraví představují podle Hamplové (2020, s. 156) komplex jevů a podmínek, jež určují a výrazně ovlivňují individuální i veřejné zdraví. Determinanty zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů ale i faktorů životního a pracovního prostředí. K základním determinantům, které ovlivňují zdraví, patří také životní styl, hygiena, péče o zdraví fyzické i duševní, kvalita zdravotnické péče či genetické faktory. Ovšem nejvýznamnější determinantou je životní styl, jenž působí na zdraví člověka z 50 %, faktory životního prostředí z 15-20 %, genetické faktory z 10-15 % a zdravotní péče má vliv jen z 10-15 %. Determinanty zdraví mohou zdraví člověka ovlivňovat, jak pozitivně např. oddálením výskytu onemocnění, tak i negativně vznikem a rozvojem onemocnění. Zdravotní stav každého člověka je ovlivněn jeho vědomostmi, chováním a aktivní péčí o vlastní zdraví.

Veřejné zdravotnictví je podle Janečkové a Hnilicové (2012, s. 13) možné definovat podle C.E.A. Winslowa jako: „umění a vědu o předcházení nemocem, prodlužování života, posilování zdraví a výkonnosti, pomocí organizovaného úsilí komunity, které spočívá v ochraně životního prostředí, kontrole přenosných nemocí, výchově lidí ke zdraví, organizování lékařských a ošetrovatelských služeb, zajištění včasné diagnostiky a preventivní léčby a rozvoji společenských mechanismů, které umožní každému členu komunity dosažení životní úrovně potřebné k udržení zdraví“. Veřejné zdravotnictví dále zahrnuje teorie, porozumění jevům, jež se odehrávají ve vztahu mezi společností a zdravím, ale také praxi, tedy konkrétní zdravotně politická rozhodnutí, hygienické nařízení, výchovu ke zdraví, plánování zdravotní péče, řízení zdravotních služeb a další. Podstatu veřejného zdravotnictví také tvoří oblasti hygieny a epidemiologie, sociální medicíny, organizace a řízení zdravotnictví a podpory zdraví.

Janečková a Hnilicová (2012, s. 14) doplňují, že veřejné zdravotnictví využívá vědní disciplíny jako je věda o řízení, ekonomika a financování, právní vědy, filozofie a etika, historie, sociální psychologie a sociologie, demografie, statistika a informatika, ovšem s ohledem na aplikaci ve zdravotnictví a rozpoznání determinantů zdraví v návaznosti na zlepšení stavu obyvatelstva.

3.1.1 Systémy zdravotního pojištění a jejich financování

Zdravotnictví dle Němce (2008, s. 18) představuje nejdůležitější pilíř každého státu a vychází z historického a politického vývoje země a jejich zakořeněných tradic. Zdravotnické systémy se rozdělují podle účasti státu na způsobu financování na centralizované, koordinačně pluralitní a pluralitní. Centralizovaný zdravotní systém představuje státem dodávanou službu, kde občan nemá možnost svobodného výběru zdravotního zařízení nebo lékaře. Zdravotnictví je ve státním vlastnictví. Koordinovaně pluralitní systém garantuje stát a občan má možnost svobodného výběru zdravotního zařízení. V koordinovaně pluralitním systému existuje soukromé i státní vlastnictví, kam se řadí Bismarckův a Beveridgův model zdravotnictví. Pluralitní systém představuje systém, kde přístup ke zdravotní péči není rovný. Zdraví se stává předmětem prodeje a koupě. Tento druh systému je uplatňován zejména v USA. Dále je možné nahlížet na systémy zdravotní péče podle míry dobrovolné účasti na zdravotním pojištění na statutární neboli veřejné a privátní neboli soukromé.

Veřejné pojištění

Statutární nebo také veřejné pojištění podle Němce (2008, s. 17) je na základě zákona povinné pro všechny občany konkrétního státu nebo pro určitou skupinu obyvatel, která může být vymezena věkem, zaměstnaneckým statutem nebo výší příjmů. Pojištění realizují veřejné i soukromé subjekty.

Němec (2008) a Ducháčková (2005) vymezují čtyři modely statutárního zdravotního pojištění:

- Semaškův model;
- Beveridgeův model;
- Douglasův model;
- Bismarckův model.

Semaškův model se dle Ducháčkové (2005, s. 178) vyznačuje úplným postátněním správy a financováním při poskytování zdravotní péče. Tento model je uplatňován zejména v bývalých socialistických zemích. Zdravotní péče je financována ze státního rozpočtu a pojistné krytí je dostupné pro celé obyvatelstvo země. V Semaškově modelu se nevyskytují soukromé instituce poskytující zdravotnické služby a není zde možné výběru mezi poskytovateli zdravotní péče.

Dle Němce (2008, s. 19) pro Beveridgeův model je charakteristické, že je zdravotní péče financována ze státního rozpočtu. Jedná se o univerzální pojistné krytí obyvatelstva, kdy je zdravotní péče poskytována ve veřejných zdravotních zařízeních. Hlavním představitelem zmíněného modelu je National Health Service, která byla založena ve Velké Británii jako odezva na nespokojenost obyvatelstva se zdravotní péčí. Beveridgeův model je modelem státního zdravotnictví, kde zdrojem financování jsou daně. Hlavním charakteristickým znakem je solidárnost a zdravotní péče je garantovaná pro všechny obyvatele státu. Uplatňuje se zde princip ekvivalence, neboť všichni obyvatelé mají rovný a bezplatný přístup k zdravotní péči. National Health Service je plátcem zdravotní péče a také zaměstnavatelem, neboť zaměstnává všechny nemocniční personál ve státě. Občané se podílejí na zdravotních službách nízkou finanční účastí, která je tvořena poplatky za recepty či zubní péči. Skupiny obyvatel jako jsou důchodci, děti, matky na mateřské a rodičovské dovolené či nízkopříjmové skupiny obyvatel poplatky nehradí. Většina nákladů je hrazena z veřejného rozpočtu. Tento model je uplatňován v řadě

evropských zemí např. ve Skandinávii, Portugalsku, Španělsku, Řecku ale také v Mexiku či na Novém Zélandě.

Podle Němce (2008, s. 20) Douglasův model představuje národní zdravotní pojištění, které je založené na daňových příjmech (státní dotace jednotlivým provinciím k odpovědnosti za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelům na svém území). Tento model je uplatňován zejména v Kanadě a Austrálii. Bismarckův model charakterizuje model sociálního zdravotního systému pojištění, který je financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozují ho zdravotní pojišťovny. Dochází k vytváření veřejných fondů, do nichž jsou odváděny příspěvky určené na sociální a zdravotní potřeby. Přímé platby plátců tvoří jen malé procento. Bismarckův model uplatňuje např. Francie, Německo či Česká republika.

Němec (2008, s. 21) shrnuje modely statutárního a privátního zdravotního pojištění v tabulce 1.

Tabulka 1 Charakteristiky modelů statutárního/veřejného a privátního/soukromého pojištění

	Bismarckův model	Beveridgeův model	Semaškův model	Model privátního pojištění
Financování	Příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	Daně, státní či municipální rozpočet	Státní rozpočet	Pojistné privátní pojištění
Řízení	Samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	Stát a jeho úřady	Centrální vláda, ministerstvo financí	Privátní organizace – pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	Zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	Stát a jeho úřady	Centrální vláda	Práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné pokrytí obyvatelstva	Veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	Veškeré obyvatelstvo	Veškeré obyvatelstvo	Svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	Určená konstrukcí pojistného	Určená daňovým systémem	Určená daňovým systémem	Neexistuje nebo je velmi omezená
Plánování sítě	Stát a zdravotní pojišťovny	Stát	Stát	Neexistuje

Zdroj: NĚMEC, (2008, s. 21) J. Principy zdravotního pojištění

Soukromé pojištění

Privátní či soukromé pojištění tvoří podle Kukalové a Moravce (2019, s. 85) nadstavbu veřejného pojištění. Hlavní odlišnost představuje dobrovolnost. Pojištění je sjednáno občanem podle jeho uvážení a potřeb u vybraných komerčních pojišťoven. Soukromé zdravotní pojištění je nabízeno jako samostatný produkt nebo jako doplněk k jinému pojistnému produktu. Soukromé pojištění se snaží vyplnit mezery veřejného zdravotního pojištění a uzavírají jej movitější občané, kteří si uvědomují riziko výpadků příjmů v důsledku nemoci nebo úrazu.

Givan (2016, s. 216) jako možný příklad uvádí systém v USA, kde doposud není vytvořena garantovaná zdravotní péče pro všechny obyvatele. Soukromé zdravotní pojištění zde uzavírají převážně ekonomicky aktivní obyvatelé. Typické je také uzavírání kolektivních smluv u zaměstnavatelů. Zde je možné spatřovat nepatrný prvek solidarity, neboť pojišťovna zde vybírá určitou skupinu osob s podobnými charakteristickými znaky a také zde dochází ke snižování nákladů. Pozitivní je, že pojištění vyplývající z kolektivní smlouvy zahrnuje i členy rodiny zaměstnance, negativním prvkem je to, že je upřednostňována léčba před prevencí.

Pro soukromé pojištění podle Kukalové a Moravce (2019, s. 85) je typické, že pojištění čerpá hrazenou péči nikoliv podle své potřeby, ale podle pojistných podmínek. Zdravotní stav pojištěného je rozhodující při uzavírání smlouvy, neboť má vliv na výši pojistné částky, která nemá vazbu na výši platu, jelikož je stanovena absolutní částkou. Pojištěnci, kteří mají horší zdravotní stav, platí také vyšší pojistné, neboť je zde vyšší pravděpodobnost vzniku onemocnění.

Němec (2008, s. 21) dále uvádí typy privátního pojištění. Náhradní nebo také substituční pojištění je veřejné zdravotní pojištění, které je hrazené soukromým zdravotním pojištěním. Jedná se o situaci, kdy veřejné zdravotní pojištění nepokrývá osoby s vyšším příjmem nebo konkrétní pracovní pozicí. Doplnkové zdravotní pojištění představuje služby, kdy dochází k nepokrytí veřejného zdravotního pojištění např. stomatologická péče, léky nehrazené zdravotní pojišťovnou atd. Zbytkové nebo také reziduální zdravotní pojištění podporuje získávání dalších zdrojů financování zdravotních služeb. Alternativní zdravotní pojištění využívají osoby, které nejsou spokojeny s veřejným zdravotním pojištěním. Jedná se především o komerční poskytovatele zdravotního pojištění.

3.1.2 Zajištění zdravotní péče

Dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. (2012) Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb v aktuálním znění je místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění určena dojezdovou dobou, která má pro jednotlivé obory či služby stanovenou nejzazší možnou délku. Dojezdová doba je stanovena v minutách, po skupinách a podle oboru nebo služby. Určené dojezdové doby jsou uvedeny v tabulkách 2 a 3.

Tabulka 2 Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů či služeb poskytovaných poskytovateli ambulanti péče

Skupina	Dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
2	45	diabetologie chirurgie urologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření) rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
3	60	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie psychologie logopedie dermatovenerologie
4	90	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodoncie počítačová tomografie
5	120	dětská gynekologie foniatrie a audiologie radiační onkologie magnetická rezonance nukleární medicína kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie infekční lékařství lékařská genetika plastická chirurgie geriatrie sexuologie

Zdroj: Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (2013)

Tabulka 3 Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů či služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče

Skupina	Dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	neurologie ortopedie pneumologie a ftizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
3	120	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
4	180	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie

Zdroj: Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (2013)

Pro poskytovatele ambulantní primární péče, do které patří lékaři oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví a zubní lékařství, společně s lékárnami byla dojezdová doba určena na 35 minut (nařízení vlády č. 307/2012 Sb).

3.1.3 Financování zdravotní péče

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) uvádí typy financování zdravotnických služeb do následujících modelů:

- veřejně integrovaný model;
- model veřejných kontraktů;
- model soukromých pojišťoven a poskytovatelů.

Veřejně integrovaný model podle Bartáka (2010) v praxi představuje rozpočtové financování v kombinaci s poskytováním zdravotní péče v nemocnicích, jež jsou součástí

veřejného sektoru. Model se zakládá na sjednocení funkcí financování a poskytování péče. Do daného systému je zahrnuta celá populace konkrétního státu. Model veřejných kontraktů je charakterizován uzavíráním kontraktů mezi veřejnými plátcí, což jsou státní agentury, fond sociálního zabezpečení atd. a soukromými poskytovateli, kteří poskytují zdravotní péči. Tento model je citlivější k potřebám pacientů než model předcházející, nicméně je také méně úspěšný při snižování nákladů na sektor zdravotnictví. Model soukromých pojišťoven a poskytovatelů se týká soukromého zdravotního pojištění, které existuje u soukromých poskytovatelů. V některých zemích např. Švýcarsko a Nizozemsko je model uplatňován povinně, v USA je model dobrovolný, tzn., že lidé mají možnost volby.

Dále je dle Zlámala a Bellové (2013, s. 249) možné nahlížet na modely zdravotnických systémů podle převažujícího způsobu financování na přímé a nepřímé. Přímé financování představuje situaci, kdy pacient platí přímo zdravotnickému zařízení za poskytnuté služby. Nepřímé financování zobrazuje situaci, kdy mezi pacientem a zdravotnickým zařízením stojí zprostředkovatel, tedy pojišťovna. Následně jsou finance na zdravotnictví čerpány z veřejných rozpočtů, z povinného, dobrovolného nebo zaměstnaneckého pojištění.

Barták (2010) ve své publikaci uvádí pět základních způsobů financování zdravotní péče:

- přímá platba pacienta;
- daně odváděné státu nebo menšímu samosprávnému celku;
- veřejné zdravotní pojištění;
- soukromé zdravotní pojištění;
- zaměstnanecké pojištění.

Podle Bartáka (2010) je přímá platba pacienta také nazývána jako systém přímých úhrad a představuje jeden z nejstarších používaných systémů a v dnešní době je aplikován v převážně méně rozvinutých zemích např. v Africe. Princip spočívá na tom, že pacient hradí poskytovateli za péči přímo finančními prostředky, v některých případech v naturáliích nebo protislužbou. Daně odváděné státu nebo menšímu samosprávnému celku představuje situaci, kdy občané dané země mají povinnost odvádět státu daně, z nichž je pak financováno poskytování zdravotnických služeb. Jedná se zejména o daň z příjmu a spotřební daň.

Dle Bartáka (2010) je veřejné zdravotní pojištění povinné pro většinu obyvatel konkrétního státu. Princip je založen na hrazení příspěvků zaměstnanci, zaměstnavateli a státem. Systém funguje na principu solidarity, tzn. každý má právo na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. V rámci veřejného zdravotního pojištění dochází k výběru příspěvků od státu, zaměstnanců a zaměstnavatelů. Placení pojistného na zdravotní pojištění je povinné a jeho neplacení vede k udělování sankcí. Při řízení rizika je uplatňován princip solidarity, který chrání jedince před velkými výdaji na zdravotní péči. Riziko je řízeno podle věku či pohlaví a je rozděleno mezi pojištěnce všech veřejných zdravotních pojišťoven. Nakupování zdravotní péče probíhá prostřednictvím smluvních vztahů s poskytovateli zdravotních služeb nebo vybírání příspěvků přímo určitými organizacemi. Rozsah nabízených služeb je závislý na zdravotnických zařízeních. Poskytování zdravotní péče probíhá prostřednictvím služeb smluvních zařízení a zdravotníky, kde cena a rozsah jsou předem určeny. Soukromé a zaměstnanecké pojištění představuje princip, kdy jsou pacienti pojištěni u soukromých zdravotních pojišťoven a výše pojistného se odvíjí od zdravotního stavu a naděje na dožití člověka. Soukromé zdravotní pojištění není dostupné pro všechny zejména kvůli své finanční náročnosti. Zaměstnavatelé často sjednávají pojištění kolektivní po své zaměstnance.

Dále Barták (2010) uvádí, že výběr prostředků u soukromého zdravotního pojištění platí pojištěnec vyměřené pojistné pojišťovně, kterou si určil. Přispívat může i zaměstnavatel pojištěnce. Riziko je řízení v rámci pojistného kmene. Nakupování zdravotní péče probíhá prostřednictvím výběru pojištěnce poskytovatele zdravotnických služeb. Poskyvatelé zdravotní péči si vzájemně konkurují a odlišují se kvalitou, rozsahem a cenou zdravotních služeb. Hlavní podstatou financování zdravotní péče je to, jakým způsobem jsou vytvářeny, alokovány a následně spotřebovány finanční prostředky. K hlavním funkcím financování zdravotní péče patří zvolení prostředků, řízení rizik, nakupování péče o zdraví a poskytování zdravotnických služeb. Tyto funkce se odlišují podle toho, zda se jedná o veřejné zdravotní pojištění nebo soukromé zdravotní pojištění.

3.1.4 Systém zdravotní péče v České republice

Model současné zdravotní péče v České republice je podle Janečkové a Hnilicové (2012, s. 125) založený na povinnosti každého občana platit definovaný podíl ze svého příjmu do fondů zdravotních pojišťoven. Platit zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany, za ekonomicky neaktivní občany hradí zdravotní pojištění stát podle zákonem

stanovených pravidel. V českém zdravotnictví je zachována významná úloha státu, která je zakotvena v ústavě.

Ústava České republiky v Listině základních práv a svobod (1992, článek 31) definuje ochranu zdraví následovně: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“. Dostupnost zdravotní péče a naplňování ústavního práva je zajištěna v Zákoně č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění. Zákon je uplatňován na principu solidarity, kdy občané přispívají do fondu zdravotního pojištění podle výše svého příjmu a následně čerpají zdravotní péči podle svých aktuálních potřeb.

Obecnou právní úpravu zdravotních služeb a zdravotní péče zobrazuje dle Svejkovského a kol. (2016) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Základní definice a popis jednotlivých zdravotních služeb a zdravotní péče stanovuje §2 odst. 2, 3 a 4 výše uvedeného zákona. Zdravotní služby podle zákona představují poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky na základě zákona o zdravotních službách a činnosti odborných pracovníků, pokud vykonávají zdravotní péči, konzultační služby, dopravní služby, přepravu pacientů atd. Zdravotní péče představuje celou řadu činností a opatření, preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, ošetrovatelskou péči a další. Zákon č. 65/2017/ Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek definuje v § 5–10 druhy a formy zdravotní péče.

Podle Ducháčkové (2005) za základní vlastnosti veřejného zdravotního pojištění je možné uvést neexistenci vazeb mezi zdravotním stavem a velikostí pojistného, čerpání péče je prováděno na základě objektivní potřeby a zdravotního stavu pojištěnce, výše příspěvku je odvozena podle velikosti příjmů a vazba výdajů a příjmů zdravotních pojišťoven na národohospodářské veličiny.

Maaytová (2012, s. 164) uvádí, že účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou osoby s trvalým pobytem na území České republiky a osoby, které zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má v České republice sídlo podnikání. Za účastníky veřejného zdravotního pojištění je možné považovat pojištěnce, tedy plátce zdravotního pojištění, poskytovatele zdravotní péče a zdravotní pojišťovny. Plátcí pojistného jsou podle Zákonu č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění pojištěnci, mezi které patří zaměstnanci, OSVČ a osoby bez zdanitelných příjmů, zaměstnavatelé a stát, který hradí pojistné za nezaopatřené děti, poživatele důchodu vyplývající z důchodového

pojištění, ženy na mateřské a rodičovské dovolené a uchazeče o zaměstnání. Téměř všechna zdravotní zařízení mají zřízené smlouvy se zdravotními pojišťovnami a poskytují tak pojištěncům zdravotní péči bez přímé úhrady. Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávními institucemi, jenž hradí náhrady za poskytnutou zdravotní péči na základě smluv se zdravotnickými zařízeními. Pojištěnci mají volný výběr při výběru pojišťovny a pojišťovny musí přijmout veškeré žadatele o pojištění.

Dle Maaytové (2012, s. 164) je zabezpečení dostupné zdravotní péče pro většinu obyvatelstva záležitostí regulace především pomocí vládních nařízení daného státu, jenž spočívá v rozhodování, které služby je potřebné zajistit pomocí veřejného sektoru a co je možné ponechat soukromému sektoru. Regulace má zpravidla tři úrovně. V první úrovni je regulace realizována prostřednictvím zákonů nebo soudí moci. Druhá úroveň prostřednictvím fungování institucí, kde je vyžadována existence patřičných úřadů, které budou dohlížet nad záležitostmi zdravotního pojištění a institucí, jež budou kontrolovat kvalitu zdravotní péče, jako jsou lékařské, stomatologické a lékárenské komory. Třetí úroveň bude zajištěna prostřednictvím institucí, jejichž úkolem je přerozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění na účty jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Ústředním orgánem státní správy v oblasti zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví je dle Janečkové a Hnilicové (2012, s. 143) Ministerstvo zdravotnictví, jehož hlavní úlohou je plánování zdravotní politiky, dohled nad zdravotnickým systémem a legislativou. Ministerstvo zdravotnictví řídí další zdravotní instituce a orgány jako je Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), Státní zdravotní ústav (SZÚ) nebo Krajské hygienické stanice (KHS). Součástí zdravotnického systému je také soukromý sektor, jenž neposkytuje zdravotní péči na základě smluv s pojišťovnami, ale formou přímých plateb za jednotlivé služby od plátců. Soukromý sektor představuje většinou nadstandardní služby, jako jsou estetické zákroky nebo zubní péče.

Veřejné zdravotní pojišťovny

Veřejné zdravotní pojišťovny dle Svejkovského a kol. (2016) představují specializované zdravotní a finanční instituce, jejichž hlavním cílem je provádění všeobecného zdravotního pojištění na základě platných právních norem. Zřízení zdravotních pojištění je upraveno zákonem č. 551/1991 Sb. O Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 280/1992 Sb. O resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní

péče je poskytována na základě veřejného zdravotního pojištění a úhrady z prostředků tohoto pojištění zahrnuje ambulantní a lůžkovou léčebnou péči, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispenzární péči, poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotní techniky a přístrojů, léčebné a pomocné prostředky a stomatologické výrobky, lázeňskou péči, péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péči, dopravu nemocných, náhradu cestovních nákladů, posudkovou činnost a prohlídku zemřelého vč. pitvy.

Podle MZČR (2020) od vzniku České republiky roku 1993 na jejím území působilo 29 zdravotních pojišťoven. Během let se jejich počet snížil na 7 pojišťoven, jedná se o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) s kódem 111, Vojenskou zdravotní pojišťovnu České republiky (VoZP) s kódem 201, Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu (CPZP) s kódem 205, Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) s kódem 207, Zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda (ZPS) s kódem 209, Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra České republiky (ZPMV) s kódem 211 a Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu (RBP) s kódem 213. Tyto zdravotní pojišťovny jsou samostatnými právními subjekty, které zajišťují veřejné zdravotní pojištění. Jde o rozsáhlou činnost zahrnující výběr pojistného, úhradu zdravotních služeb poskytovatelům, vedení evidence pojištěnců a poskytovatelů zdravotní péče, kontrolní činnost a zajištění poskytování hrazených služeb svým pojištěncům prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Hospodaření a činnost zdravotních pojišťoven podléhá kontrolám Ministerstva zdravotnictví spolu s Ministerstvem financí a Nejvyšším kontrolním úřadem.

Zákon č. 592/1992 Sb. (2021) upravuje výši pojistného a vyměřovací základ pro jeho výpočet. Výše pojistného je 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období, kterým je kalendářní měsíc, s výjimkou osoby samostatně výdělečně činné, u které tvoří rozhodné období kalendářní rok. Výši pojistného je povinen vypočítat plátce a pojistné zaokrouhlit na koruny nahoru. Vyměřovací základ je určen podle způsobu příjmů osoby povinné k pojištění nebo jeho plátcem. Vyměřovací základ je určen pro:

- zaměstnance;
- OSVČ (osoby samostatně výdělečně činné);
- osoby bez zdanitelných příjmů;
- státní pojištěnce.

Dle zákona č. 592/1992 Sb. (2021) je vyměřovacím základem pro zaměstnance úhrn příjmů ze závislé činnosti s určenými výjimkami či sníženími, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu určeného minimální mzdou. Za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel. Zaměstnanec hradí část pojistného ve výši 4,5 % společně se zaměstnavatelem, který hradí část ve výši 9 %. Vyměřovacím základem pro OSVČ je 50 % daňového základu, kterým je dílčí základ daně z příjmů ze samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu, kterým je u OSVČ dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy. Osoby samostatně výdělečně činné odvádí pojistné formou měsíčních záloh a doplatku. V případě, že je OSVČ zároveň zaměstnancem a zaměstnavatel za ni odvádí pojištění ze zaměstnání alespoň z minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro zaměstnance, neplatí pro ni minimální vyměřovací základ pro osoby samostatně výdělečně činné, a naopak pokud odvádí zdravotní pojištění minimálně z vyměřovacího základu stanoveného pro OSVČ, neplatí pro ni minimální vyměřovací základ pro zaměstnance. Pokud je za OSVČ nebo zaměstnance plátcem určený stát, neplatí pro ni žádný minimální vyměřovací základ. Vyměřovacím základem pro osoby bez zdanitelných příjmů, tedy osoby, která nemá za kalendářní měsíc příjmy ze zaměstnání, ze samostatné činnosti a není státním pojištěncem, je minimální mzda. Pojištění hradí sama na účet příslušné pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem je určeno měsíční částkou pro určitý rok, kterou může vláda změnit nařízením do 30. června s účinností od 1.1. následujícího kalendářního roku.

Stát je podle Zákona č. 48/1997 Sb. (2020) plátcem pojistného za nezaopatřené děti jejichž nezaopatřenost se posuzuje dle zákona o státní sociální podpoře, poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, osoby na rodičovské dovolené či pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeče o zaměstnání zařazeného do evidence uchazečů o zaměstnání, osoby pobírající dávku v hmotné nouzi, osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II., III. a IV. (středně těžké, těžké a úplné závislosti) nebo ve stupni I. (lehké závislosti) do 10 let věku, včetně pečujících osob o závislé osoby, osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ústavního

ochranného léčení, osoby přijímající dávky nemocenského pojištění, osoby ve 3. stupni invalidity nebo dosahující věku potřebného pro nárok na starobní důchod, které nesplňují podmínky pro přiznání uvedených důchodů a nemají příjmy nebo nepobírají důchod z jiného státu, osoby celodenně pečující o jedno dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let věku, mladistvé ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu v rozsahu překračujícím průměrně 20 hodin kalendářního týdne, manžele nebo registrované partnery státních zaměstnanců nemají-li příjmy, cizince s oprávněním k pobytu za účelem ochrany podle zvláštního předpisu, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo jako OSVČ a osob starších 26 let prezenčně studujících poprvé v doktorském studijním programu vysoké školy v České republice, pokud není zaměstnancem nebo osobou samostatně výdělečně činnou.

Minimální výše pojistného podle Bureše (2020) je u zaměstnanců 13,5 % z minimální mzdy, která pro rok 2020 byla 14 600 Kč, minimální výše zálohy na zdravotním pojištění činí 1 971 Kč. U osob samostatně výdělečně činných tvoří 13,5 % z 50 % průměrné měsíční hrubé mzdy, která byla 34 835 Kč. Zaokrouhlený minimální vyměřovací základ tvořil 17 418 Kč a minimální výše pojistného 2 352 Kč. Osoby bez zdanitelných příjmů odvádí měsíční zálohy 13,5 % z minimální mzdy a jejich výše pro rok 2020 činí 1 971 Kč stejně jako minimální zálohy u zaměstnanců. U státních pojištěnců je stanoven vyměřovací základ pro rok 2020 7 903 Kč pro první polovinu roku a 11 607 Kč pro druhou polovinu roku a výše pojistného činila 1 067 Kč a 1 567 Kč (VZP ČR, 2021).

3.2 Činnost praktického lékaře

Podle Košty (2013, s. 112) všeobecné praktické lékařství představuje základní obor, který zajišťuje léčebnou a preventivní péči o svěřenou populaci, které je otevřeno všem kategoriím problémů, jež souvisí se zdravím, s důrazem na sociálně ekonomické faktory a prostředí, v němž lidé pracují. Praktický lékař je nejbližší pacientům z hlediska místa, času ale i ekonomické a kulturní dostupnosti. Hlavním cílem praktického lékařství je zprostředkovat občanům lékařskou a zdravotní péči, která odpovídá praxi dosažitelným současným poznatkům věci a poskytovat ji takovým způsobem, jenž odpovídá kulturní vyspělosti společnosti.

Seifert a kol. (2012, s. 194) uvádí, že praktický lékař poskytuje komplexní léčebně-preventivní péči, která zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí, rehabilitaci, posudkovou

činnost, ale také podpůrnou péči pacientům za předpokladu respektování bio-psycho-sociálního hlediska. Humánní a etické aspekty vztahu lékař – pacient zahrnuje do svého klimatického rozhodovacího procesu. Praktický lékař je lékařem prvního kontaktu pacienta se zdravotními službami. Poskytování základních i specializovaných služeb je výrazně ovlivňováno tím, co pacienti lékaři prezentují. Praktický lékař představuje pro své pacienty rádce a koordinátora při využívání specializovaných zdravotních a sociálních služeb. Praktický lékař také může zajišťovat včasné konziliární vyšetření nebo předání pacienta do specializované péče a zajišťuje návaznost odborných doporučení.

Podle Seiferta a kol. (2012, s. 194) by si měl být praktický lékař vědom potřeb populace a měl by spolupracovat s ostatními profesionály z oblasti zdravotní, sociální i laické, k podpoře pozitivního působení na zdraví. Celá řada oblastí spojuje zájmy lékaře i komunity, ve které pracuje. Jedná se zejména o podporu zdraví, prevenci úrazů, komunální hygienu, sociální problematiku, závislost na kouření, alkoholu a drogách atd. Pro roli, kterou praktický lékař ke svým pacientům zastává, je podstatný věk a zkušenosti, životní styl, pohlaví a profesionální preference. Oblast všeobecné praxe spoluurčuje faktory jako je urbanizace, hustota obyvatelstva, geografické podmínky, zaměstnanost a charakteristika populace její fluktuace, etnika, způsob života a věkový průměr. Podstatná je také úroveň infrastruktury a služeb.

Dle Arnoldové (2012, s. 352) hrazenými službami zdravotního pojištění v zákonném rozsahu je zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebná rehabilitace, lázeňská rehabilitace, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách. Dále poskytování léčebných přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků, přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů. Dále odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů, které jsou určeny pro transplantaci a nezbytné nakládání s nimi, tj. uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření. Přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče, která souvisí s odběrem, včetně náhrady cestovních nákladů. Přeprava zemřelého dárce do místa odběru, přeprava tkání, buněk a orgánů. Dále také prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva. Hrazený je také pobyt pojištěnce v nemocnici a zdravotní péče spojená s těhotenstvím a porodem.

3.2.1 Zdravotní péče praktického lékaře a její zajištění

Zdravotní péče je dle zákona č. 372/2011 Sb. v upraveném znění novelou č. 165/2020 Sb. (2020) rozdělena dle druhů a forem zdravotní péče. Druhy zdravotní péče jsou rozděleny podle časové naléhavosti poskytnutí na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou péči. Podle účelu jejího poskytnutí na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní a lékárenskou a klinickofarmaceutickou péči. Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, lůžková péče, jednodenní péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Ambulantní péče nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo jednodenní přijetí pacienta na lůžko, je poskytována jako primární ambulantní péče, specializovaná ambulantní péče nebo stacionární péče. Primární ambulantní péči poskytuje registrující poskytovatel a jejím účelem je preventivní, léčebná, diagnostická a posudková péče spojená s konzultacemi. Její součástí v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.

Způsobilost praktického lékaře

Podmínky k získání a uznání způsobilosti k povolání lékaře a celoživotní vzdělání lékaře jsou upravovány v zákoně č. 95/2004 Sb. (2004), zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v němž je ustanoven pojem zdravotnické povolání jako souhrn činností a znalostí při výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zdravotnický pracovník jako fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta.

Zákon č. 95/2004 Sb. (2004) vymezuje způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, jenž má osoba, která je odborně a zdravotně způsobilá a je bezúhonná. Odbornou způsobilost lékař získává absolvováním minimálně šestiletého prezenčního studia v akreditovaném zdravotnickém studijním programu všeobecného lékařství, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku. Všeobecné praktické lékařství patří mezi devatenáct základních kmenů specializačního vzdělání lékařů. Specializační vzdělání v základním kmeni trvá 30 měsíců. Vzdělání je ukončeno zkouškou, která patří k podmínkám pro přihlášení k atestaci.

Zdravotní služby praktického lékaře

Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování jsou upravovány zákonem č. 372/2011 Sb. (2011), zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Poskytovatel ambulanti péče v oboru všeobecného praktického lékařství, praktického lékařství pro děti a dorost, v oboru gynekologie a porodnictví a v oboru zubní lékařství, který přijal do své péče pacienta kvůli poskytnutí primární ambulanti péče je registrujícím poskytovatelem. Je povinen vyplnit registrační list pacienta, který ho potvrdí svým podpisem. Součástí primární ambulanti péče, kterou poskytuje registrující poskytovatel registrovanému pacientovi v oboru praktického lékařství, je návštěvní služba.

Podle zákona č. 372/2011 Sb. (2011) poskytovatel v oboru praktického lékařství může odmítnout přijetí pacienta do péče v případech, kdy jeho přijetím by bylo překročeno únosné pracovní zatížení, kterým by došlo u pacienta ke snížení kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotnických služeb, když vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňuje výkon návštěvní služby nebo pokud pojištěnec není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu dle zákona o veřejném pojištění, to se však nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace a států, se kterými má Česká republika uzavřenou smlouvu o sociálním zabezpečení s nárokem na zdravotní péči. Poskytovatel může ukončit péči o pacienta, pokud předá pacienta s oboustranným souhlasem jinému poskytovateli nebo pokud pacient odmítne poskytování všech zdravotních služeb. Díky ukončení péče však nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození jeho zdraví. Poskytovatel v případě odmítnutí či ukončení péče o pacienta, musí pacientovi vydat zprávu, ve které je tato akce zdůvodněna. Důvody odmítnutí či ukončení zdravotní péče o pacienta posuzuje poskytovatel.

Dle zákona č. 372/2011Sb. (2011) je praktický lékař povinen poskytnout zdravotní službu v jeho odborné či specializované způsobilosti v odpovídajícím rozsahu zdravotního stavu pacienta, své způsobilosti a odborné úrovni. Má povinnost řídit se etickými principy, zachovat mlčenlivost a poskytnout odbornou první pomoc každému, kdo by bez jeho pomoci byl přímo ohrožen na životě nebo by bylo vážně ohroženo jeho zdraví. Praktický lékař má zároveň právo být pacientem informován, v případě, kdy je pacient nosičem infekční nemoci dle zákona o ochraně veřejného zdraví a dalších závažných

skutečnostech, které se týkají pacientovo zdravotního stavu. V případě přímého ohrožení vlastního života nebo zdraví má právo neposkytnout zdravotní službu. V případě, kdy by poskytnutí zdravotní služby odporovalo jeho svědomí či náboženskému vyznání může lékař odmítnout její poskytnutí, ale poskytovatel musí zajistit jiného zdravotnického pracovníka, který mu zdravotní službu poskytne, pokud to pacient neodmítne, v takovém případě musí poskytovatel vystavit záznam o odmítnutí zajištění jiného zdravotnického pracovníka, který obě strany stvrdí podpisem.

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Podle zákona č. 48/1997 Sb. (1997) zdravotní služby, které jsou poskytnuty pojištěnci s cílem zlepšit či udržet jeho zdravotní stav nebo snížit jeho utrpení, pokud existují důkazy o účinnosti zdravotních služeb, shodují se se současnými poznatky lékařské vědy a které odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, kterým má být zdravotní službou dosaženo podmíněno přiměřenému bezpečí pojištěnce, jsou hrazené ze zdravotního pojištění. Mezi tyto hrazené služby patří preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská klinickofarmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňsky léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská a paliativní zdravotní péče, také zdravotní péče o dárce, tedy dárce krve, tkání a buněk či orgánů. Dále přeprava pojištěnců a náhrada nákladu za cestování, přeprava žijícího či mrtvého dárce do místa odběru a přepravu z místa odběru, přeprava odebraných orgánů, tkání či buněk, odběr krve, tkání či orgánů určených k transplantaci, poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků, speciálních potravin pro zvláštní lékařské účely, stomatologických výrobků, pobyt průvodce pojištěnce v lůžkové péči ve zdravotnickém zařízení, zdravotní péče těhotné pojištěnkyně a porod v případě utajovaného porodu na základě žádosti pojištěnce nebo prohlídka a pitva zemřelého pojištěnce včetně dopravy. Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění jsou poskytnuty na území České republiky, v případě neodkladné zdravotní péče pojištěnce v zahraničí, může být poskytnuta náhrada vynaložených nákladů ze zdravotního pojištění na tuto péči na základě jeho žádosti, avšak pouze do výše určené pro tuto náhradu. Mezi hrazené zdravotní služby patří preventivní prohlídka, které se v oboru všeobecné praktické lékařství provádějí jedenkrát za dva roky, nejdříve však 18 měsíců po poslední provedené preventivní prohlídce, v oboru zubního lékařství u dětí do 18 let dvakrát ročně, u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství a u dospělých jedenkrát ročně a v oboru gynekologie a porodnictví je pravidelná preventivní prohlídka zahájena po dovršení 15 let

jedenkrát ročně. Mezi hrazené služby dále patří vyšetření a prohlídky dělané kvůli opatření proti infekčním nemocem a určitá očkování. Hrazené jsou očkování a léčivé přípravky pro pravidelná očkování dle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví a v nejméně ekonomicky náročném provedení, tedy očkování proti vzteklině, proti tetanu v případě poraněních a nehojících se ran, proti tuberkulóze při splnění podmínek, proti chřipce u pojištěnců starších 65 let věku, proti pneumokokovým infekcím v případě splnění podmínek, proti lidskému papilomaviru v případě 13-14 let pojištěnce, proti invazivním meningokokovým infekcím, pneumokokovým infekcím, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae* typu b a proti chřipce v případě splnění podmínek nebo proti invazivním meningokokovým infekcím v případě splnění podmínek. Také očkování proti pneumokokovým infekcím pro pojištěnce starší 65 let a očkování proti nemoci COVID-19. Mezi hrazené služby nepatří poskytování očkování, která nejsou vyjmenované jako hrazená.

Preventivní prohlídka

Preventivní prohlídky hrazené veřejnými pojišťovnami včetně jejich obsahu a časového rozpětí jsou upraveny vyhláškou č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

Druhy preventivních prohlídek dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.:

- všeobecná preventivní prohlídka;
- zubní preventivní prohlídka;
- gynekologická preventivní prohlídka.

Ve vyhlášce č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách jsou samostatně upraveny obsahy všeobecné preventivní prohlídky, kterou poskytuje všeobecný praktický lékař, a všeobecné preventivní prohlídky dětí, kterou poskytuje praktický lékař pro děti a dorost. Všeobecná preventivní prohlídka se provádí jednou za dva roky, a to zpravidla po uplynutí 23 měsíců od poslední provedené preventivní prohlídky. Jejím hlavním obsahem je doplnění anamnézy včetně sociálních aspektů, kontrola očkování, kompletní fyzikální vyšetření, vyšetření moči a kontrola a zhodnocení výsledků dalších preventivních vyšetření, jako je laboratorní vyšetření koncentrace cholesterolu, laboratorní vyšetření glykemie, vyšetření EKG, stanovení okultního krvácení ve stolici u osob starších 50 let, u žen starších 45 ověření dispozice výsledku screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let

nebo laboratorní vyšetření sérového kreatinu a odhad glomerulární filtrace u pacientů trpící diabetem, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi starších 50 let.

Všeobecná preventivní prohlídka dětí je dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách obsahově a četností prohlídek členěna podle věku dítěte. Od narození do 18 měsíců věku je obsahem preventivních prohlídek založení zdravotnické dokumentace při přijetí dítěte do péče, anamnéza a zjištění změn zdravotního stavu dítěte od poslední kontroly, kontrola očkování, fyzikální vyšetření, diagnostická rozvaha, poučení rodiče o výživě a režimu dítěte a psychoterapeutický rozhovor s rodičem. Během prvních 18 měsíců je dohromady devět preventivních prohlídek, a to ve věku 14 dní věku, 6 týdnech věku, 3 měsících věku, 4-5 měsících věku, 6 měsících věku, 8 měsících věku, 10-11 měsících věku, 12 měsících věku a v 18 měsících věku. Od 3 let věku je preventivní prohlídka dětí stejně jako u dospělých jednou za dva roky. Tyto prohlídky obsahují kompletní fyzikální vyšetření, vyšetření moči, krevního tlaku a pulzu, zraku spolu s barvocitem, sluchu, řeči a hlasu, vyšetření dutiny ústní a zhodnocení psychosociálního vývoje a motorických dovedností. V 17 letech věku poučení o chráněném sexu a u dívek doporučení na gynekologické vyšetření. Před ukončení péče poskytovatelem praktického lékařství pro děti a dorost je provedena poslední preventivní prohlídka, nejdéle však den před dovršení 19 let věku, která navíc obsahuje závěrečné zhodnocení zdravotního stavu před ukončením péče.

Dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách se zubní preventivní prohlídka u dětí a dorostu do 18 let věku provádí dvakrát ročně a u dospělých osob jedenkrát ročně s výjimkou těhotných žen, které v době těhotenství mají nárok na dvě preventivní prohlídky. Obsahem zubní preventivní prohlídky je vyšetření stavu chrupu, onkologicky zaměřená prevence, poučení o správné ústní hygieně a u dětí anamnéza s ohledem na vývoj orofaciální soustavy ve věku 3, 6, 12 a 15 let.

Dále dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách se gynekologická preventivní prohlídka provádí v 15 letech věku poté jedenkrát ročně. Obsahem gynekologické preventivní prohlídky je anamnéza a její aktualizace, klinické vyšetření prsů od 25 let věku, prohlídka kůže a palpační vyšetření mizních uzlin, vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření, odběry z děložního čípku, palpační bimanuální vyšetření, poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky, doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření u žen starších 45 let a stanovením

okultního krvácení ve stolici u žen starších 50 let, pokud již tyto vyšetření nebyla provedena praktickým lékařem.

3.2.2 Financování zdravotní péče praktického lékaře v České republice

Financování zdravotní péče praktických lékařů je pro rok 2020 upraveno vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro určitý rok, pro rok 2020 vyhláškou č. 268/2019.

Vyhláška č. 268/2019 Sb. (2019) o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení určuje úhradu služeb poskytované poskytovateli včetně poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost. Služby jsou hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapítace nebo podle seznamu výkonů. Stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad a regulační omezení.

Kombinovaná kapacitně výkonová platba

Kombinovaná kapacitně výkonová platba je dle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) kombinací kapitační platby a výkonů, které do ní nejsou zahrnuty. Výše kapitační platby se určuje dle počtu přepočtených pojištěnců určité zdravotní pojišťovny, který je násoben základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce. Počet přepočtených pojištěnců je součin počtu registrovaných pojištěnců rozdělených do skupin podle věkové kategorie s indexem příslušným k věkové skupině. Pro každou zdravotní pojišťovnu se přepočítává kapitační platba každý kalendářní měsíc.

Základní kapitační sazba je podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) stanovena v korunách českých a je rozdílná dle oboru praktického lékaře (pro dospělé či pro děti a dorost) nebo splnění stanovených požadavků týkajících se počtu a délky ordinačních hodin a možnosti se objednat na určitou hodinu. Při splnění poskytování hrazené péče na pracovišti v rozsahu minimálně 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, z nichž jsou alespoň jeden den v týdnu ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň dva dny v týdnu je umožněno pojištěncům objednat se na smlouvenou hodinu je kapitační sazba 56 Kč. Při splnění poskytování hrazené péče na pracovišti v rozsahu minimálně 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, z nichž jsou alespoň jeden den v týdnu ordinační hodiny nejméně do 18 hodin, pokud místní podmínky nevyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, ty by pak byly stanovené ve smlouvě poskytovatele s určitou

pojišťovnou, je kapitační sazba 50 Kč. Minimální kapitační sazba při nesplnění podmínek počtu a prodloužení ordinačních hodin je stanovena dle oboru. V oboru všeobecného lékařství činí 48 Kč. V oboru praktického lékařství pro děti a dorost je 50 Kč.

Ve vyhlášce č. 268/2019 Sb. (2019) je uvedeno, že základní kapitační platba je tvořena ze základní kapitační sazby, která může být navyšována při splnění stanovených podmínek. Toto zvýšení je stanoveno v pevných částkách v korunách českých. V případě splnění podmínky, kdy nejpozději do 31. ledna roku, ke kterému se výpočet vztahuje, doloží nejméně 50 % lékařů, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům určité zdravotní pojišťovny, doklad o celoživotním vzdělávání lékařů pro celý tento rok je navýšení základní kapitační sazby 0,60 Kč. V případě, že poskytovatel předloží zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, před rokem, ke kterému se výpočet váže, nebo během něj, se kapitační sazba navýší o 1 Kč, od prvního dne následujícího měsíce po předložení do konce platnosti akreditace, nejdéle však do konce určitého roku. V případě poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kdy poskytovatel v hodnoceném období provedl preventivní prohlídku vykázanou výkony 01021 nebo 01022, tedy komplexním vyšetřením praktickým lékařem nebo opakovaným komplexním vyšetřením praktického lékaře, alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců určité zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let se kapitační sazba navyšuje o 0,50 Kč.

Dále podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) poskytovateli praktického lékařství, který do 26. února následujícího roku předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení, že se poskytovatel účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách se zvýší roční úhrada násobkem koeficientu poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v určitém kraji se 40 000 Kč. Výši koeficientu poměru počtu pojištěnců dle veřejné zdravotní pojišťovny a kraje ČR lze určit podle tabulky 4.

Tabulka 4 Koefficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném kraji ČR poskytujícím lékařskou pohotovostní službu pro rok 2020

Koefficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji							
kraj / ZP	VZP	VoZP	CPZP	OZP	ZPS	ZPMV	RBP
Hlavní město Praha	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Jihočeský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Jihomoravský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Karlovarský	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Kraj Vysočina	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Královéhradecký	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Liberecký	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Moravskoslezský	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
Olomoucký	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Pardubický	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Plzeňský	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Středočeský	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Ústecký	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Zlínský	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

Zdroj: Příloha č. 2 k vyhlášce č. 268/2019 Sb.

Do kapitační platby jsou dle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) zahrnuty výkony dle seznamu výkonů v odbornosti 001 (všeobecné praktické lékařství) a 002 (praktické lékařství pro děti a dorost). Mezi ně patří cílené či kontrolní vyšetření praktickým lékařem, administrativní úkony praktického lékaře, rozhovor lékaře s rodinou, telefonická konzultace lékaře s pacientem, vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu a jiné. Výkony, které nejsou zahrnuty do kapitační platby mají stanovenou hodnotu bodu. Ta je stanovena pro výkony 01021, 01022, 01200, 01201, 01186, 01188, 02021, 02022, 02031, 02032, 02100, 02105, 02125, 02130, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů ve výši 1,20 Kč. Pro ostatní výkony, které nejsou v kapitační platbě, nebo se jednalo o výkony za neregistrované pojištěnce určité zdravotní pojišťovny, avšak byly poskytovatelem vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané, se hodnota bodu stanoví ve výši 1,19 Kč.

Hodnota bodu pro výkony nezahrnuté do kapitační platby může být dle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) také navyšována. Při doložení nejméně 50 % lékařů, kteří působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, platného dokladu celoživotního vzdělávání, účinného pro celý rok, ke kterému se výpočet váže, do 31. ledna toho roku, je hodnota bodu navýšena o 0,04 Kč. V případě, že poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu minimálně

30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, kdy alespoň jeden den v týdnu jsou ordinační hodiny minimálně do 18 hodin a zároveň umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny alespoň dva dny v týdnu se objednat na pevně stanovenou dobu, se hodnota bodu zvýší o 0,05 Kč. Hodnota bodu je také stanovena pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům ve výši 1,29 Kč, pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů ve výši 1 Kč nebo za každý kontakt a vykázanou péči u pacientů starších 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře ve výši 55 Kč.

U kombinované kapitačně výkonové platby jsou podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) stanoveny věkové skupiny a jejich indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce v určené věkové skupině 15 až 19 let. Tyto skupiny a jejich indexy, které navyšují kapacitně výkonovou platbu, jsou pro rok 2020 stanoveny v tabulce 5.

Tabulka 5 věkové skupiny a jejich indexy pro rok 2020

Věková skupina	Index
0 - 4 roky	4,10
5 - 9 let	1,90
10 - 14 let	1,45
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40

Zdroj: Vyhláška č. 268/2019 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020.

Pokud podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) poskytovatel uzavře smlouvu s pojišťovnou v oblasti, ve které je podstatně omezená možnost zajistit poskytování hrazených služeb v oboru praktického lékařství, bude navýšena celková výše úhrady základní kapitační sazby, výkonů nezahrnutých do kapitační platby a výkony přepravy v návštěvní službě koeficientem ve výši 1,3, pro ostatní složky kombinované kapacitně výkonové platby se koeficient nepoužije.

Poskytovatel praktického lékařství podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. obdrží 1,70 Kč za každou položku na jím vystaveném elektronickém receptu v hodnoceném období, která je uznaná zdravotní pojišťovnou, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků, které jsou plně nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a to nejpozději do 150 dní po skončení hodnoceného období.

Kombinovaná kapacitně výkonová platba s dorovnáním kapitace

Dle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) je tato platba kombinací kapitační platby, výkonů a dorovnání kapitace. Kapitační platba i hodnota bodu výkonů se počítá stejně jako u kombinované kapacitně výkonové platby. Dorovnání kapitace se poskytuje poskytovatelům v oboru praktického lékařství, který má díky geografickým podmínkám menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců určité zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, přičemž poskytování hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona. Celostátní průměrný počet pojištěnců je stanoven pro určený kalendářní rok dle údajů centrálního registru pojištěnců. Dorovnání kapitace je možné až do výše 90 % kapitační platby vypočtené pro daný rok na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u dané zdravotní pojišťovny. Na dorovnání kapitace se určitá zdravotní pojišťovna, která má s poskytovatelem uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílí na základě odpovídajícímu procentu počtu jejích přepočtených pojištěnců na počtu přepočtených pojištěnců registrovaných u poskytovatele.

Hrazené služby podle seznamu výkonů

Způsob hrazení služeb podle seznamu výkonů dle vyhlášky č. 268/2019 Sb. (2019) nijak nezapočítává kapitaci. Úhrada je tak přímo závislá na výkonech, které poskytne poskytovatel pojištěncům. Body jsou stanoveny dle seznamu výkonů. Hodnota bodů je stanovena na 1,02 Kč pro hrazené služby a 1 Kč pro výkony přepravy v návštěvní službě.

Regulační omezení

Ve vyhlášce č. 268/2019 Sb. (2019) jsou také stanovena regulační omezení pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku do 25 % z překročené průměrné úhrady poskytovatelem předepsaných léčivých prostředků a zdravotnických prostředků vyjímaje zdravotnických prostředků pro inkontinentní, která se váže na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů v hodnoceném období, o 20% celostátní průměrné úhrady. Při určení výše srážky zdravotní pojišťovna věnuje pozornost možnosti změny struktury ošetřených pojištěnců nebo zda zvýšená průměrná úhrada za předepsané léčivé prostředky a zdravotnické prostředky vyjímaje zdravotnických prostředků pro inkontinentní byla ovlivněna změnou výše nebo způsobu úhrady. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační poplatek do 25 % z překročení průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, vztahující se na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů v hodnoceném období, o 20% celostátní průměrné úhrady za tyto služby. Zdravotní pojišťovna je také oprávněna uplatnit regulační srážku do 25% z překročení průměrné úhrady za vyžádanou péči dle seznamu výkonů podle odbornosti, za výkony 02230 vyšetření CRP a 01443 kvantitativní stanovení krevní srážlivosti z kapilární krve, popřípadě za jiné výkony rychlé diagnostiky dle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednané mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, týkající se jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů o 20% celostátní průměrné úhrady za vyjmenované výkony.

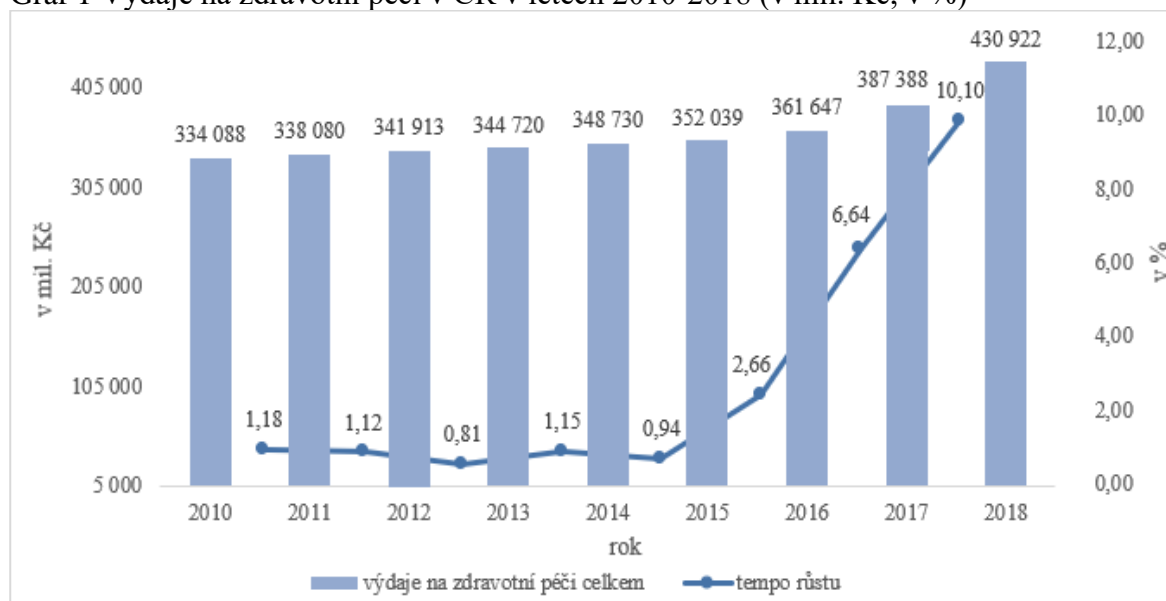
4 Vlastní práce

V rámci vlastní práce dojde k představení financování zdravotní péče a výdajů na ní vynaložených, zajištění zdravotní péče, práci praktického lékaře a financování zdravotní péče u praktického lékaře. Budou zde uvedeny nejčastější úkony praktického lékaře a jejich financování, popsány příjmy a výdaje vybrané ordinace praktického lékaře a také jejich porovnání na základě daňového priznání. Poslední část bude tvořit náhled na rok 2020 do vybrané ordinace a změnami spojenými s covid-19.

4.1 Výdaje na zdravotní péči v České republice

Zdravotní péče je v České republice financována z veřejných i soukromých zdrojů. Výdaje na zdravotní péči se časem mění. Jejich vývoj je také ovlivněn počtem obyvatel, zlepšováním kvality a délky života, změnami věkové struktury obyvatelstva, výskytem nových chorob či zdražováním léčebných výdajů. V grafu 1 je zachycen vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v České republice v letech 2010-2018.

Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)



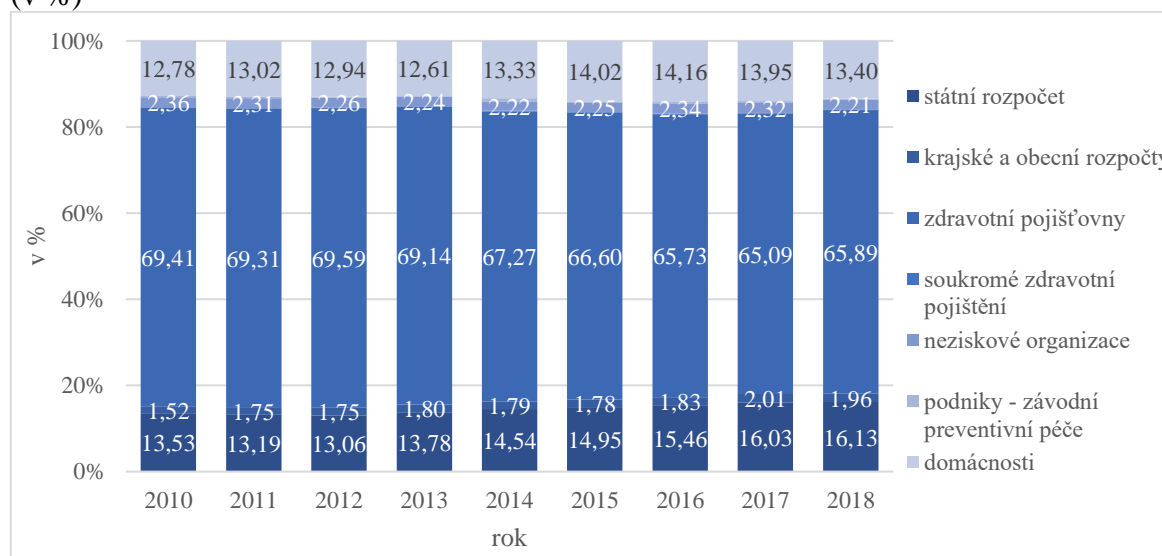
Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

V grafu 1 je zachycen vývoj výdajů na zdravotní péči v letech 2010-2018. Výdaje na zdravotní péči činily v roce 2018 430 922 milionů korun českých, zatímco v roce 2010 představovaly 334 088 milionů Kč. Výdaje na zdravotní péči v ČR v roce 2018 vzrostly o 96 834 milionů Kč vůči výdajům v roce 2010. Meziroční růst výdajů na zdravotní péči se v letech 2010-2015 pohyboval v rozmezí 3-4 tisíc milionů korun českých. Meziroční

nárůst výdajů se v roce 2016 zvýšil a do roku 2018 se dále několikanásobně zvyšoval. Tempo růstu se v letech 2010 až 2015 udržovalo kolem 1% nárůstu, avšak od roku 2015 do roku 2018 se tempo růstu výrazně zvýšilo. Nejvyšší nárůst výdajů na zdravotní péči 43 534 mil. Kč zaznamenaný v roce 2018 vůči předchozímu roku tvořil necelou polovinu celkového nárůstu výdajů, který v ročním srovnání mezi lety 2010 a 2018 činil 96 834 mil. Kč.

Výdaje na zdravotní péči je možné sledovat podle zdroje jejího financování. Zdroje financování se dělí na veřejné a soukromé. V České republice veřejné zdroje zajišťují přes 80 % výdajů na zdravotní péči, mezi ně patří zdravotní pojišťovny a veřejné rozpočty. Nejmenší podíl na financování mají soukromé zdroje bez domácností tvořící 2,62-3,06 % celkových výdajů, které tvoří soukromé zdravotní pojišťovny, neziskové organizace a podniky zajišťující závodní preventivní péči pro své zaměstnance. Dalším soukromým samostatným zdrojem jsou domácnosti, které se podíleli na financování zdravotní péče ve sledovaném období 12,78-14,02 %. Podíly zdrojů financování na výdajích na zdravotní péči jsou zobrazeny v grafu 2.

Graf 2 Podíly výdajů na zdravotní péči dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v %)



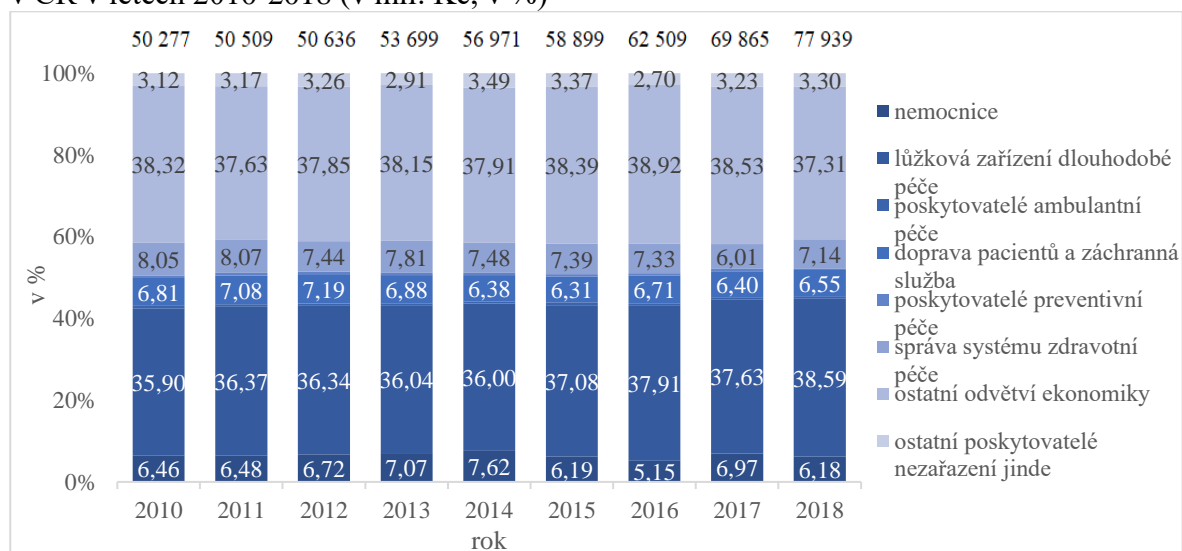
Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 2 popisuje vývoj podílů zdrojů financování zdravotní péče v České republice v letech 2010-2018. Nejvyšší podíl na financování zdravotní péče mají zdravotní pojišťovny. Výše jejich podílu se v letech 2010-2018 snížila z 69,41 % na 65,89 %, pokles podílu v roce 2018 vůči roku 2010 činil 5,07 procent. Ostatní výdaje z veřejných zdrojů rostly. Podíl

státního rozpočtu se zvýšil oproti roku 2010 o 19,22 procent na 16,13 % a podíl krajských a obecných rozpočtů o 28,95 procent na 1,96 % výdajů. Nejnižší podíly připadaly soukromým zdravotním pojišťovnám, které netvořily ani 0,20 % celkových výdajů na zdravotní péči, následované podniky se závodními lékaři, které tvořily méně než 0,5 % celkových výdajů na zdravotní péči. Společně tak s neziskovými organizacemi, u kterých došlo k poklesu o 6,36 procent, tvoří necelé 3 % celkových výdajů na zdravotní péči. Výše podílu domácností v letech 2010 až 2018 se zvyšovala i snižovala ale udržovala se v rozpětí 1,5 procentního bodu, nejméně tvořila 12,78 % v 2010 a nejvíce 14,02 % v roce 2015. Nárůst výdajů vynaložených domácnostmi mezi roky 2010 a 2018 činil 4,85 procent.

Výdaje na zdravotní péči jsou z části zajištěny z veřejných rozpočtů. Celkové výdaje z veřejných rozpočtů společně s procentuálním rozdělením dle typu poskytovatele zdravotní péče v letech 2010-2018 jsou uvedeny v grafu 3.

Graf 3 Výdaje na zdravotní péči z veřejných rozpočtů a jejich podíly dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)



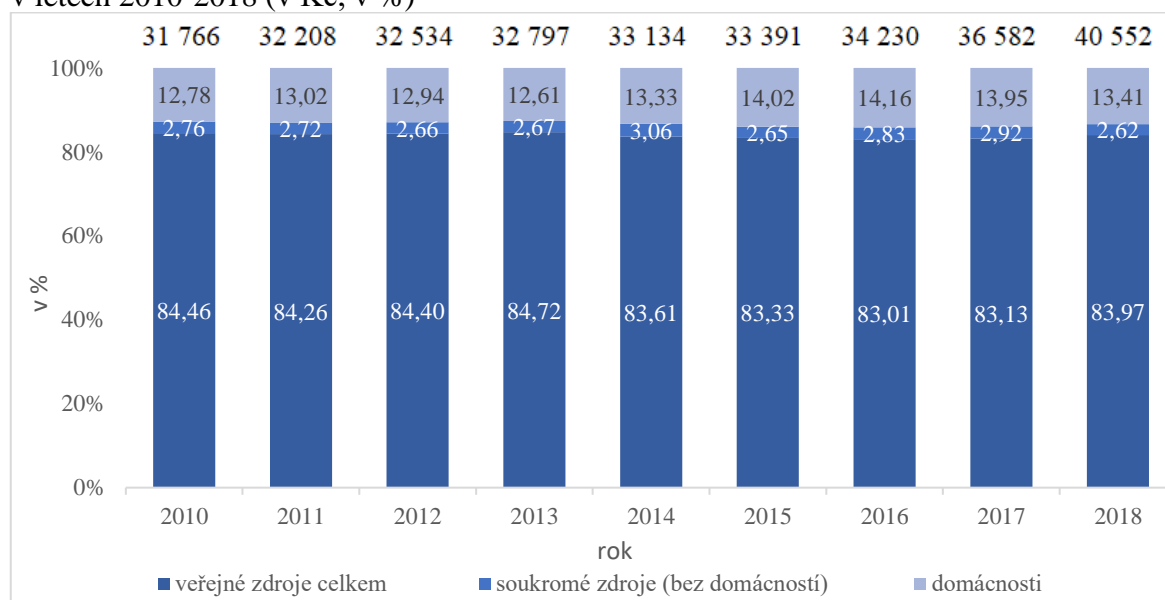
Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 3 zobrazuje výdaje na zdravotní péči hrazené z veřejných rozpočtů a jejich podíly poskytovatelů. Výdaje z veřejných rozpočtů v roce 2018 dosahovaly 77 939 mil. Kč vůči roku 2010, ve kterém činily 50 277 mil. Kč vzrostly o 55 %. V letech 2010 až 2018 rostly výdaje z veřejných rozpočtů rychleji než celkové výdaje na zdravotní péči, a proto se zvýšil jejich podíl na celkových výdajích zobrazený v grafu 2. Tempo jejich růstu se ve sledovaných letech zvyšuje. Z veřejných rozpočtů tvoří nejvyšší podíl výdajů výdaje na lůžková zařízení dlouhodobé péče a na poskytovatele preventivní péče.

Naopak mezi nejnížší patří správa systému zdravotní péče, poskytovatelé ambulantní péče, doprava pacientů se záchranou službou a nemocnice, které jsou financovány především zdravotními pojišťovnami. Výše podílů výdajů podle poskytovatele v letech 2010-2018 se výrazněji nemění. Přes navýšení celkových výdajů z veřejných rozpočtů a nepatrné navýšení podílu výdajů na lůžková zařízení dlouhodobé péče byly ve vynaložených výdajích udrženy výše podílů.

Výdaje na zdravotní péči je možné sledovat na 1 obyvatele, tedy kolik je vynaloženo veškerých výdajů na zdravotní péči poskytované jednomu obyvatele České republiky. Tyto výdaje jsou představeny spolu s podílem zdrojů jejich financování v grafu 4.

Graf 4 Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele a jejich podíly dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v Kč, v %)

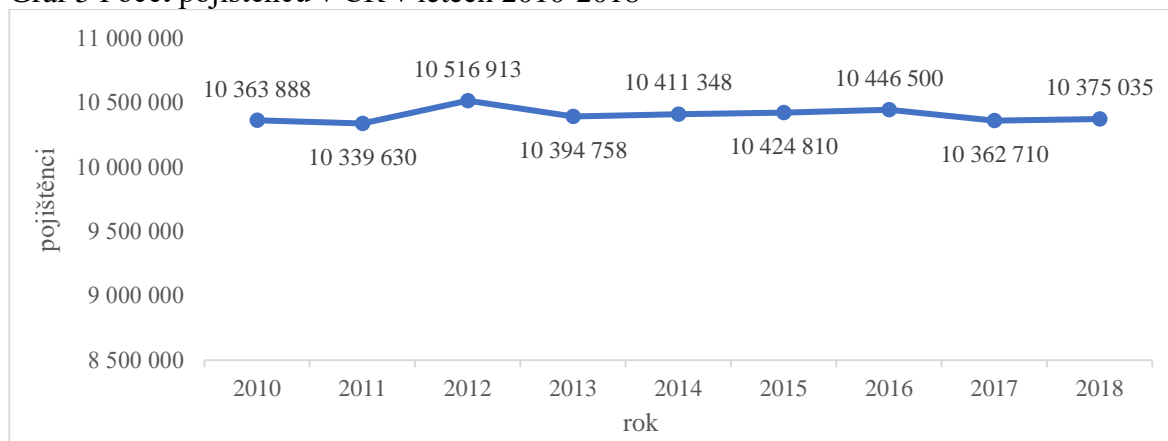


Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

V grafu 4 jsou vyobrazeny výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele ČR včetně podílů zdrojů financování. Výdaje na 1 obyvatele České republiky v roce 2018 dosahovaly 40 552 Kč, zatímco v roce 2010 činily 31 766 Kč. Výdaje na zdravotní péči v roce 2018 vzrostly o 8 756 Kč na 1 obyvatele, což představovalo nárůst o 27,56 % vůči roku 2010. Kolem 84 % výdajů tvořily výdaje hrazené veřejnými zdroji, soukromé zdroje se podílely na výdajích za zdravotní péči kolem 14 % v zástupu domácností a 2-3 % v zástupu ostatních soukromých zdrojů. Zdroje financování zdravotní péče na 1 obyvatele vykazovaly v letech 2010-2018 téměř souměrně narůstající hodnoty a jejich podíly se nijak zvlášť nelišily. Tempo meziročního růstu výdajů na 1 obyvatele odpovídá tempu růstu celkových výdajů na zdravotní péči.

Základní zdravotní péče je v České republice poskytována zdarma všem pojištěncům. Vývoj počtu pojištěnců v České republice je zachycen v grafu 5.

Graf 5 Počet pojištěnců v ČR v letech 2010-2018

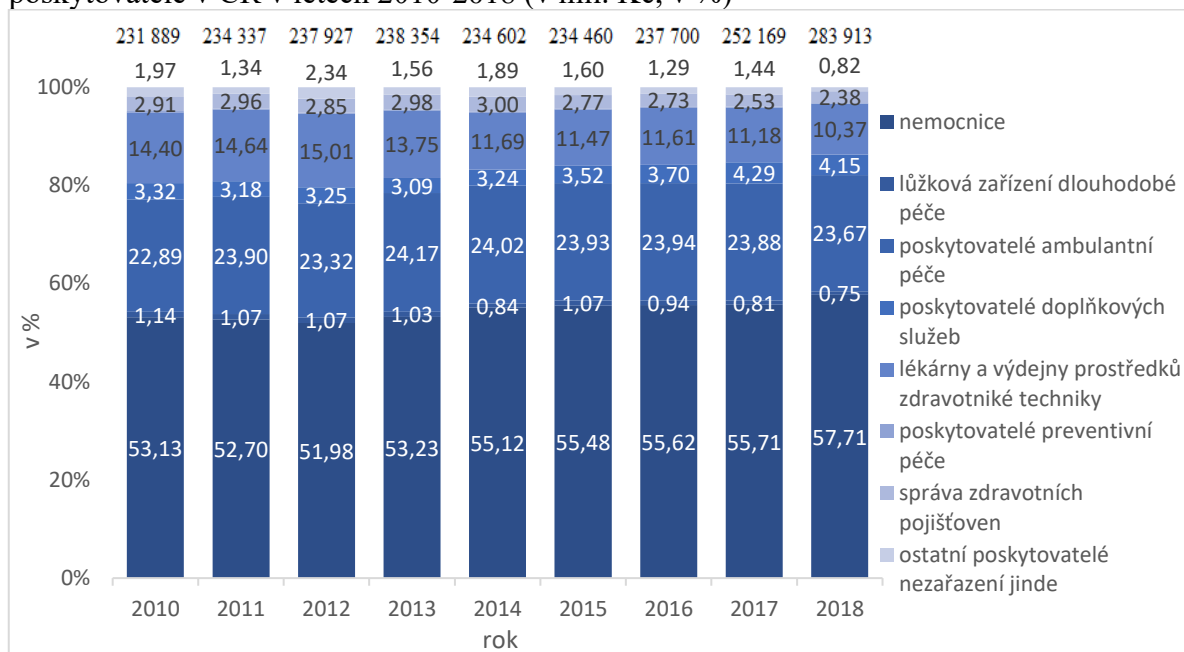


Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 5 ukazuje vývoj počtu pojištěnců v letech 2010-2018. Počet pojištěnců v ČR v roce 2018 činil 10,375 milionů pojištěnců, zatímco počet obyvatel České republiky v roce 2018 dosahoval 10,650 milionů obyvatel. Vůči nákladům na zdravotní péči, které stále rostou a jejich trend meziročního růstu se od roku 2016 zvyšuje, počet pojištěnců v České republice se nezvyšuje, naopak se od roku 2016 snížil o 71 465 pojištěnců. Výdaje na zdravotní péči tedy nejsou úměrně zvyšovány podle počtu pojištěnců ani obyvatel ČR, kteří představují vždy vyšší počet, než je počet pojištěnců a skládají se z řádně pojištěných obyvatel ve veřejném systému a ostatních obyvatel, což potvrzuje graf 4 s výdaji na zdravotní péči na 1 obyvatele.

Veřejné zdravotní pojišťovny se podstatnou částí podílejí na výdajích na zdravotní péči. Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči včetně jejich rozdělení dle typu poskytovatele jsou popsány v grafu 6.

Graf 6 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a jejich podíly dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)

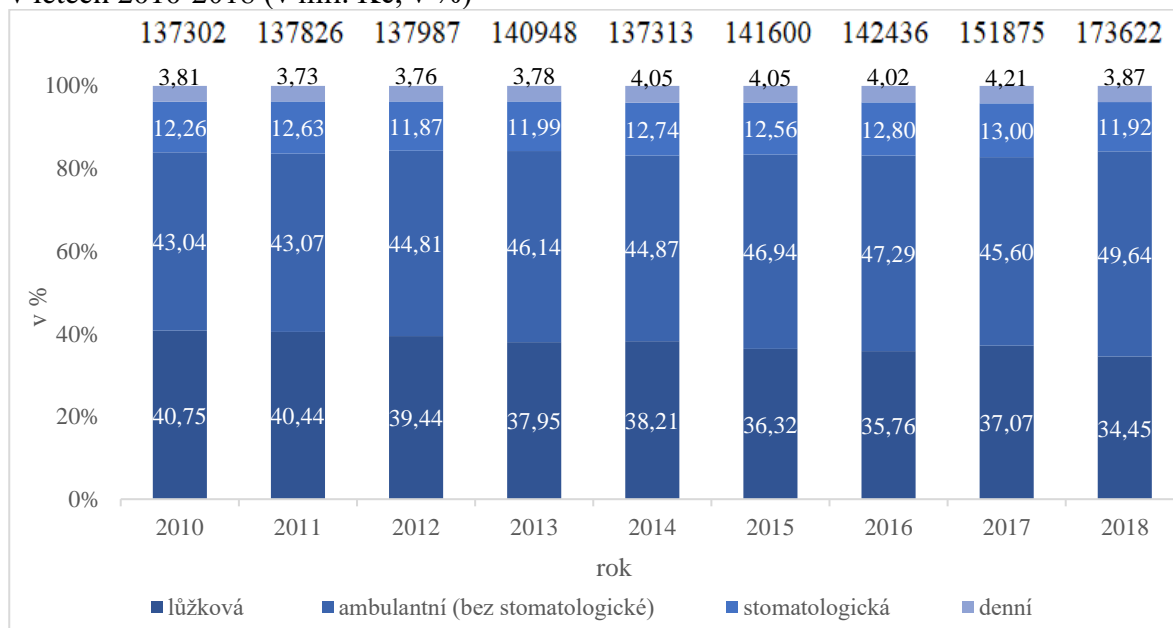


Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 6 zobrazuje vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a jejich podíly podle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven v roce 2018 dosahovaly 283 913 milionů korun českých, zatímco v roce 2010 činily 231 889 milionů Kč. V roce 2018 vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven o 52 024 milionů Kč, tedy o 22,43 % výdajů. Tempo růstu výdajů zdravotních pojišťoven téměř odpovídalo tempu růstu celkových výdajů na zdravotní péči. Nejvyšší podíl výdajů zdravotních pojišťoven tvořily nemocnice, jejichž podíl tvořil přes 50 % výdajů zdravotních pojišťoven. V roce 2018 činil podíl nemocničních zařízení na výdajích zdravotních pojišťoven 57,71 %, který vůči roku 2010 vzrostl o 4,58 procentních bodů. Výdaje zdravotních pojišťoven na lůžková zařízení dlouhodobé péče byly v letech 2010 až 2018 velmi nízké, tvořily kolem 1% podílu a postupně se snižovaly. V roce 2018 výdaje na lůžková zařízení činily pouze 0,75 %, které představovaly pokles o 34,21 procenta vůči roku 2010, ve kterém dosahovaly podílu 1,14 %. Výdaje na lůžková zařízení dlouhodobé péče byly financovány z necelých 40 % výdajů z veřejných rozpočtů, naproti nemocničním zařízením, které byly převážně financovány výdaji zdravotních pojišťoven. V podílech výdajů dochází ke zvyšování podílu výdajů na nemocnice oproti snižování podílu poskytovatelů preventivní péče a postupnému snižování podílu lůžkových zařízení dlouhodobé péče.

Léčebná péče je zdravotní péče, která se zabývá navrácením či zlepšením zdraví pacienta nebo stabilizací nemoci, jež maximálně zmírní její důsledky a vede k prodloužení či záchraně života. V rámci výdajů je rozdělena na lůžkovou péči, ambulantní péči, stomatologickou péči či denní péči. Jejich procentuální rozložení na výdajích na léčebnou péči popisuje graf č 7.

Graf 7 Výdaje na zdravotní léčebnou péči a jejich podíly dle forem léčebné péče v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)



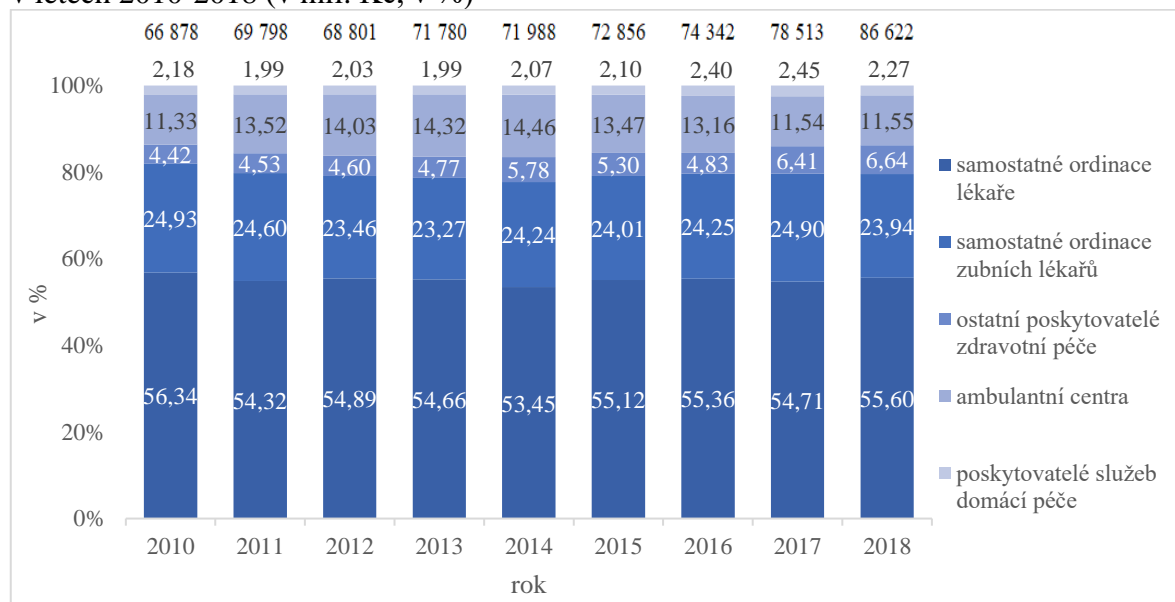
Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 7 popisuje výdaje na zdravotní léčebnou péči v ČR v letech 2010-2018 a výše podílů na lůžkovou, ambulantní, stomatologickou a denní péči. Celkové výdaje na léčebnou péči v roce 2018 dosahovaly 173 622 milionů korun českých, které vůči roku 2010, ve kterém představovaly 137 302 mil. Kč, vzrostly o 36 320 mil. Kč představující nárůst o 26,45 % výdajů na léčebnou péči. Tempo růstu výdajů na léčebnou péči bylo do roku 2016 pomalejší než tempo růstu celkových výdajů na zdravotní péči. Výdaje na lůžkovou péči mezi roky 2010 a 2018 klesaly, a to z 40,75% podílu v roce 2010 na 34,45% podíl v roce 2018. Pokles výdajů na lůžkovou péči v roce 2018 o 6,3 procentních bodů činil 15,46 procent vůči roku 2010. Naopak podíl 49,64 % ambulantní péče bez stomatologické v roce 2018 tvořil téměř polovinu výdajů na léčebnou péči. Vůči roku 2010, ve kterém podíl činil 43,04 % výdajů na léčebnou péči, podíl v roce 2018 vzrostl o 6,6 procentních bodů tvořící 15,33 procent. Podíl stomatologické péče se podílel v letech 2010 až 2018 na léčebné péči kolem 12 % výdajů, v roce 2018 dosahoval 11,92 % výdajů na léčebné péči. Nejnižším

podílem na výdajích na léčebnou péči měl podíl denní péče, který dosahoval kolem 4 %, jenž v roce 2018 činil 3,87 % výdajů.

Ambulantní péče je poskytována lékaři primární péče, tj. všeobecnými praktickými lékaři, praktickými lékaři pro děti a dorost, zubními lékaři či gynekology, u kterých je pacient registrován, a specialisty. Jedná se o péči, při které není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení. Péče ambulantní je poskytována docházejícím. Graf 8 zobrazuje výdaje na ambulantní zdravotní péči procentuálně rozdělené dle poskytovatele ambulantní péče, mezi které se řadí samostatné ordinace lékařů, samostatné ordinace zubních lékařů, ambulantní centra, poskytovatelé domácí péče a ostatní poskytovatelé ambulantní zdravotní péče.

Graf 8 Výdaje na zdravotní péči a jejich podíly dle poskytovatelů ambulantní péče v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)



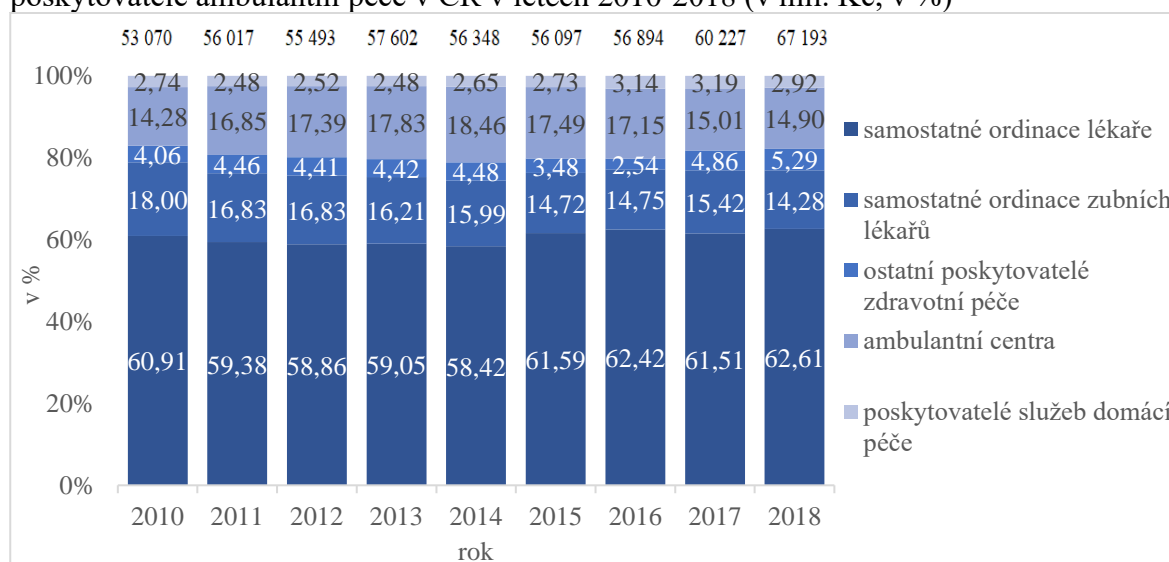
Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 8 vyobrazuje výdaje na zdravotní ambulantní péči a jejich podíly podle poskytovatelů ambulantní péče. Kromě roku 2012, ve kterém došlo k mírnému snížení výdajů, výdaje na ambulantní péči mírně ve sledovaných letech rostly. V roce 2018 dosahovaly výdaje na poskytovanou ambulantní péči 86 622 milionům korun českých, což představovalo nárůst o 19 744 mil. Kč, tedy o 29,52 % výdajů. Nejvyšší podíl tvořící přes 50 % ambulantních výdajů tvořily samostatné ordinace lékařů primární péče (bez zubních lékařů) a specialistů. Jejich podíl 55,6 % v roce 2018 se vůči roku 2010 snížil o 0,74 procentního bodu představující pokles o 1,31 procent, přičemž podíl od roku 2010 do roku 2014, ve kterém činil 53,45 % výdajů na ambulantní péči, klesal, a od roku 2015

se opět navýšil. Ordinance zubních lékařů v letech 2010 až 2018 tvořily podíl kolem 24 % na ambulantních výdajích. Podíl ambulantních center na výdajích na ambulantní péči v roce 2018 činil 11,55 % výdajů. Výše podílů ambulantních center se od roku 2010, ve kterém činila 11,33 %, do roku 2014, ve kterém tvořila 14,46 %, zvyšovala, od roku 2015 začala opět klesat. Podíly poskytovatelů domácí péče ve sledovaných letech představovaly kolem 2 % výdajů na ambulantní péči a ostatní poskytovatelé ambulantní péče tvořily kolem 24 % výdajů. Tempo růstu výdajů na ambulantní péči zcela neodpovídá tempu růstu celkových výdajů na zdravotní péči, vůči kterému výdaje na ambulantní péči v první polovině sledovaného období rostly výrazněji než celkové výdaje na zdravotní péči, a naopak v druhé polovině sledovaného období rostly pomaleji ale ve stejném poměru vůči celkovým výdajům na zdravotní péči.

Výdaje zdravotních pojišťoven z 23-24 % tvoří výdaje na ambulantní péči poskytovanou primárními lékaři. V grafu 8 je zobrazena výška výdajů na ambulantní péči včetně podílů poskytovatele, mezi které patří samostatné ordinace lékařů, samostatné ordinace zubních lékařů, ambulantní centra, poskytovatelé služeb domácí péče a ostatní poskytovatelé ambulantní zdravotní péče.

Graf 9 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a jejich podíly dle typu poskytovatele ambulantní péče v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)



Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Graf 9 představuje výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči a jejich podíly podle typu poskytovatele v letech 2010-2018. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči dosahují v roce 2018 67 193 milionů korun českých představující

77,57 % celkových výdajů na ambulantní péči. V roce 2018 vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči o 14 123 mil. Kč, tedy o 26,61 %, vůči roku 2010, ve kterém činily 53 070 mil. Kč. Nejvyšší podíl kolem 60 % tvořily ordinace samostatných lékařů primární péče (bez zubních lékařů) a specialistů, který v roce 2018 dosahoval 62,61 % a vůči roku 2010 se navýšil o 2,79 procent. Podíl samostatných ordinací zubních lékařů se ve sledovaném období snižoval, v roce 2018 tvořil 14,28 % a vůči roku 2010, ve kterém dosahoval 18 %, se snížil o 3,72 procentních bodů představující pokles podílu o 20,67 procent. Podíl ambulantních center od roku 2010, ve kterém činil 14,28 %, do roku 2014, ve kterém představoval 18,46 %, stoupal a následně od roku 2015 začal klesat, kdy v roce 2018 dosahoval podílu 14,90 %. Poskytovatelé služeb domácí péče udržují podíl výdajů na ambulantní péči kolem 3 %, ostatní poskytovatelé udržují svůj podíl kolem 4 %, s výjimkou v roce 2016, kdy jejich podíl tvořil pouze 2,54 % a v roce 2018, kdy stoupl na 5,29 %. Poskytovatelé služeb domácí péče a ostatní poskytovatelé tvoří jen malý podíl výdajů na zdravotní ambulantní péči, přesto společně tvoří výdaje přes 10 000 milionů korun.

4.2 Péče praktického lékaře

Praktický lékař poskytuje základní léčebnou, diagnostickou a preventivní péči svým registrovaným pacientům. Patří tedy mezi registrující lékaře, u kterých maximální počet registrovaných pacientů není stanoven. Na starost má léčebnou i preventivní péči včetně poradenské činnosti. Vykonává pravidelné preventivní prohlídky, očkování a jiné základní zdravotní úkony, v případě potřeby zasílá pacienta ke specialistovi a u každého pacienta vede lékařskou dokumentaci a podrobné záznamy lékařských vyšetření. Praktický lékař je tedy prvním kontaktem pacienta, který podrobně zná zdravotní situaci pacienta a jeho rodiny, ve většině případů je praktický lékař rodinným praktickým lékařem.

Zdravotní péči zajišťují zdravotnická zařízení, která se dělí na nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, samostatné ambulantní zařízení, zvláštní zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče, orgány ochrany veřejného zdraví a ostatní nezařazené zdravotnická zařízení. Jejich celkový počet v České republice v letech 2010 až 2018 je zaznamenán v tabulce 6.

Tabulka 6 Celkový počet zdravotnických zařízení v ČR v letech 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nemocnice	189	189	188	188	189	187	189	193	194
Odborné léčebné ústavy	157	160	158	158	158	161	126	118	120
Lázeňské léčebny	86	88	89	81	78	88	92	92	93
Samostatné ambulantní zařízení	24	24	24	24	26	26	27	27	27
Zvláštní zdravotnická zařízení	295	542	669	979	535	862	622	643	699
Zařízení lékárenské péče	391	383	383	368	361	355	367	370	368
Orgány ochrany veřejného zdraví	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Ostatní	870	009	201	379	524	469	603	609	537
	31	31	19	19	19	19	18	18	18
	49	48	46	46	50	47	47	37	36

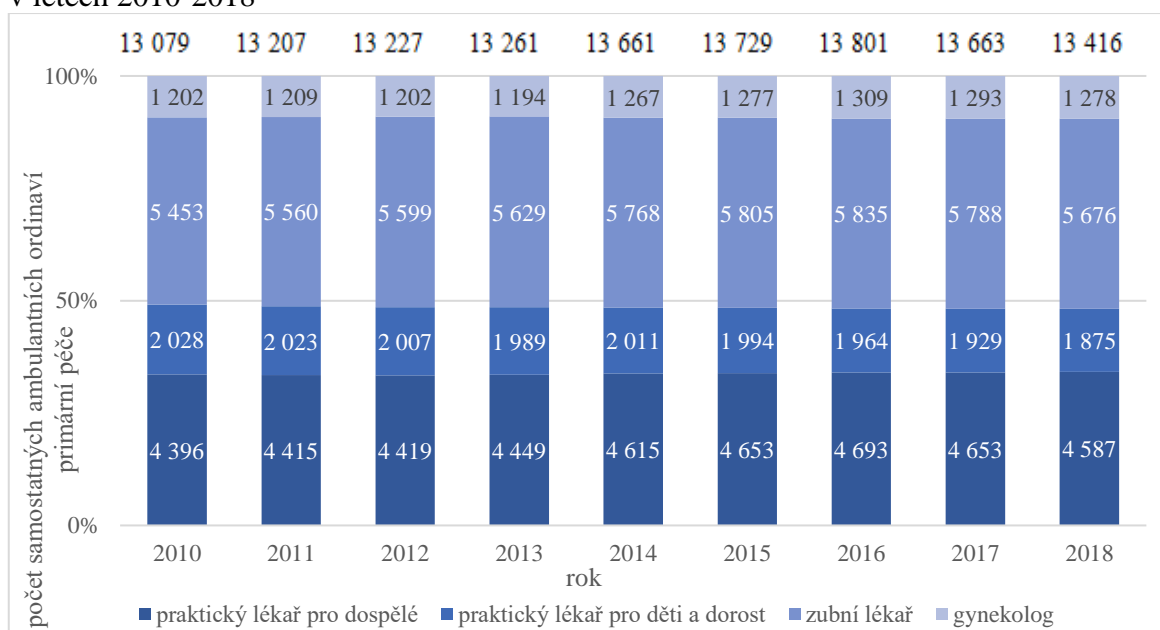
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2019, s. 104), ÚZIS ČR (2018a, s. 104), ÚZIS ČR (2017, s. 104), ÚZIS ČR (2016b, s. 106), ÚZIS ČR (2016a, s. 96), ÚZIS ČR (2014, s. 122), ÚZIS ČR (2013, s. 122), ÚZIS ČR (2012, s. 122), ÚZIS ČR (2011, s. 120)

Tabulka 6 zachycuje celkové počty zdravotnických zařízení v České republice v letech 2010-2018. Nejčetnějšími zařízeními jsou samostatné ambulantní zařízení, mezi která patří samostatné ordinace primární péče s počtem 13 tisíci ordinací, samostatné ordinace lékařů specialistů, polikliniky a sdružená ambulantní zařízení, zdravotnická střediska a ostatní ambulantní zařízení. U samostatných ambulantních zařízení nárůst zařízení, který mezi roky 2010 a 2018 činil 14 %. Druhými nejčetnějšími zařízeními jsou zařízení lékárenské péče, které tvoří lékárny včetně odloučených oddělení výdeje léčiv, výdejny zdravotnických prostředků včetně odloučených pracovišť a ostatní zařízení lékárenské péče včetně odloučených pracovišť a očních optik s optometristou. Počet zařízení lékárenské péče v letech 2010-2018 vzrostl o 23,24 %, jedná se o nejvyšší nárůst v celkovém počtu zařízení. Počet nemocnic se pohybuje okolo 190, v letech 2010-2016 byl jejich počet těsně pod 190, v roce 2017 překročil počet 190 zařízení a celkový nárůst v roce 2018 vůči roku 2010 byl 2,65 %. Počet lázeňských léčeben se zvyšoval do roku 2012, ve kterém nastal zlom a začal znovu růst v roce 2015. Celkový nárůst v letech 2010-2018 činil 8,14 %. Mezitím co počty těchto zařízení rostly, počty ostatních zařízení klesaly. Pokles byl 23,57 % u odborných léčebných ústavů, do kterých patří léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny TBC a respiračních nemocí, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny, hospice, ostatní odborné léčebné ústavy další lůžková zařízení, 5,88 % u zvláštních zdravotnických zařízení, mezi ně patří kojenecké ústavy a dětské domovy, dětská centra, stacionáře, dopravní a záchranná zdravotnická služba a ostatní, 41,94 % u orgánů ochrany veřejného

zdraví a 26,53 % u ostatních zařízení. Nejvyšší pokles počtu zařízení byl zaznamenán u orgánů ochrany veřejného zdraví.

Počet samostatných ambulantních ordinací primární péče tvoří významný podíl 41,8-46,6 % na celkovém počtu zdravotnických zařízení. Přes mírné zvýšení počtu těchto ordinací podíl soustavně klesá. Pokles mezi roky 2010 a 2014 byl 2,41 %, mezi lety 2014 a 2018 byl 2,35 % a celkový pokles činil 4,76 %. Počty samostatných ordinací primární péče jsou vyobrazeny v grafu 10.

Graf 10 Počet samostatných ambulantních ordinací primární péče dle poskytovatele v ČR v letech 2010-2018



Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2019, s. 104), ÚZIS ČR (2018a, s. 104), ÚZIS ČR (2017, s. 104), ÚZIS ČR (2016b, s. 106), ÚZIS ČR (2016a, s. 96), ÚZIS ČR (2014, s. 122), ÚZIS ČR (2013, s. 122), ÚZIS ČR (2012, s. 122), ÚZIS ČR (2011, s. 120)

V grafu 10 jsou zobrazeny počty ordinací praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, zubního lékaře a gynekologa podílejících se na počtu samostatných ordinací primární péče v ČR v letech 2010-2018. Ordinance praktických lékařů společně tvoří téměř polovinu ordinací primární péče. Nejvyšší podíl tvořící 42 % má ordinance zubního lékaře, která se nerozděluje odborností pro děti a dospělé. Nejmenší podíl 9-9,5 % připadá samostatným ordinacím gynekologů. Počet samostatných ordinací praktických lékařů pro děti v letech 2010-2018 klesá, meziroční pokles činil 1 % do roku 2013, v roce 2014 došlo k nárůstu o 1 % a od roku 2015 se počet samostatných ordinací praktického lékaře pro děti a dorost snižuje procentuálně více, kdy meziroční pokles mezi lety 2017 a 2018 tvořil necelá 3 %. Celkový pokles těchto ordinací byl 7,54 %. Naopak počet ordinací

praktického lékaře vzrostl i přes meziroční pokles v letech 2017 a 2018. Meziroční růst do roku 2014 tvořil méně než 1 %, v tomto roce činil 3,7 %, poté byly meziroční nárůsty zase nižší než 1 % až do roku 2017, ve kterém začal počet nevýrazně klesat. Počet samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé vzrostl mezi lety 2010 a 2018 o 4,99 %. Pokles ordinací praktických lékařů pro děti a dorost byl vyšší než nárůst ordinací praktických lékařů pro dospělé, díky čemuž podíl samostatných ordinací praktických lékařů na celkovém počtu samostatných ambulantních ordinací ve sledovaných letech klesl o 0,95 % na 48,17 %.

S počtem zdravotnických zařízení a zajištění zdravotní péče souvisejí počty lékařů v České republice. Počty lékařů se vykazují v přepočtených číslech na 1 plný úvazek, především pro možnost jejich srovnání, například podle typu zdravotnického pracoviště, ve kterém působí, jenž je znázorněn v tabulce 7.

Tabulka 7 Počet lékařů podle typu zdravotního zařízení v ČR v letech 2010-2018 (v zaokrouhleném přepočteném počtu)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nemocnice	18 948	19 398	19 756	19 756	20 153	20 506	21 077	21 768	22 095
Odborné léčebné ústavy	1 342	1 372	1 318	1 283	1 299	1 287	1 271	1 094	1 107
Lázeňské léčebny	319	306	293	280	272	290	334	319	340
Samostatné ambulantní zařízení	23 710	24 040	24 301	24 748	24 914	25 486	25 037	25 078	25 306
Zvláštní zdravotnická zařízení	1 162	1 145	1 151	1 248	1 238	1 105	1 126	1 020	1 023
Zařízení lékárenské péče	0,5	1	1	5	9	22	29	49	33
Orgány ochrany veřejného zdraví	149	143	137	128	123	151	215	210	191
Ostatní	15	16	11	12	16	19	12	24	21
Celkem	45 646	46 422	46 968	47 459	48 023	48 867	49 102	49 562	50 116

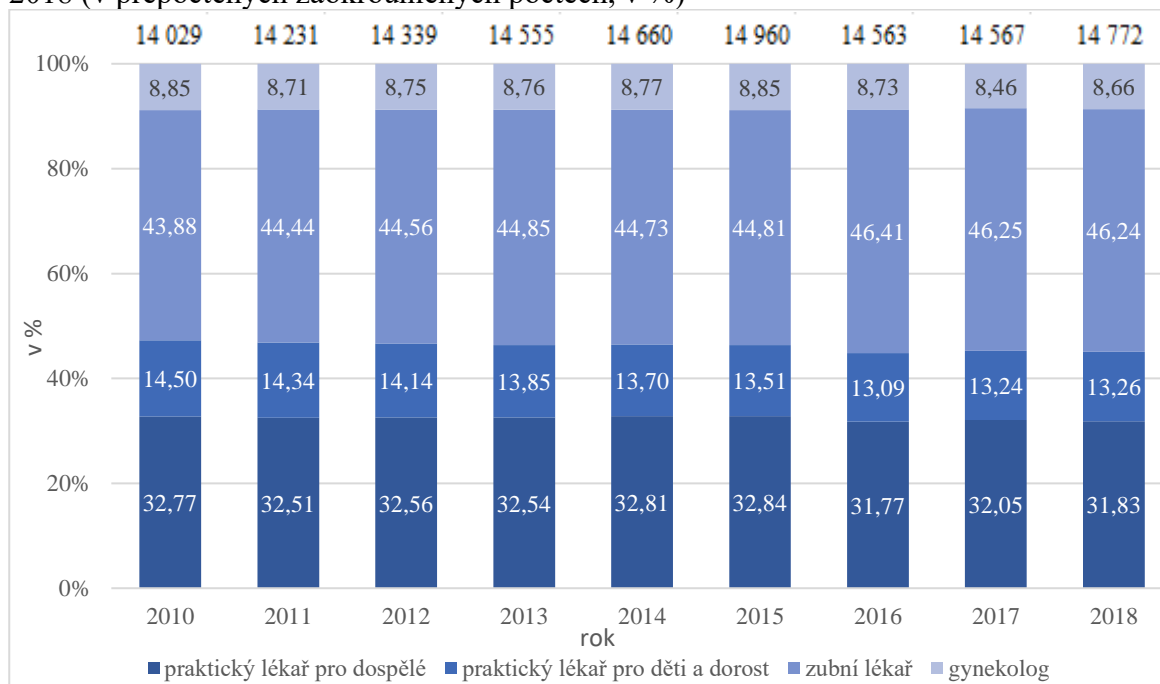
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2019, s. 104), ÚZIS ČR (2018a, s. 104), ÚZIS ČR (2017, s. 104), ÚZIS ČR (2016b, s. 106), ÚZIS ČR (2016a, s. 96), ÚZIS ČR (2014, s. 122), ÚZIS ČR (2013, s. 122), ÚZIS ČR (2012, s. 122), ÚZIS ČR (2011, s. 120)

V tabulce 7 jsou vypsány zaokrouhlené přepočtené počty lékařů na 1 plný úvazek podle typu zdravotnického zařízení a celkový počet lékařů v daném roce v ČR v letech 2010-2018. Celkový počet lékařů v letech stále stoupá, jeho celkový nárůst mezi rokem 2010 a 2018 dosahuje 9,79 %. Nejvyšší počet lékařů je zaznamenán u samostatných ambulantních

zařízení, z nichž téměř 60 % tvoří lékaři primární péče. Jejich počet v letech rostl a nárůst mezi lety 2010 a 2018 činil 6,73 %. Přes nízký počet nemocnic v celkovém počtu zařízení, počet lékařů v nemocnicích je vysoký a stále roste. Celkový nárůst v letech 2010-2018 byl 16,61 %. Počet lékařů v nemocnici roste rychleji než počet nemocničních zařízení, proto se zvyšuje počet lékařů na 1 nemocnici. V roce 2010 připadalo na 1 nemocnici 100,26 lékařů na plný úvazek, v roce 2018 již 113,89. Celkový nárůst lékařů na 1 nemocnici byl 13,59 %. Nejvyšší nárůst 69,60 % v letech 2010-2018 zaznamenala zařízení lékárenské péče, který může být zapříčiněn vyššími nároky a možnostmi vzdělání ale i zahrnutím optometristů pracujících v očních optikách v roce 2012. U lázeňských léčeben došlo k celkovému počtu lékařů nárůstu o 6,5 %. I přes nejvyšší pokles orgánů ochrany veřejného zdraví jako zařízení v případě lékařů došlo k nárůstu jejich počtu o 28,19 %. K poklesu počtu lékařů došlo u odborných léčeben o 17,5 % a u zvláštních zdravotnických zařízení o 11,96 %.

Počet lékařů samostatných ambulantních ordinací primární péče tvořil kolem 30 % celkového počtu lékařů, přesněji 29,4-30,7 %. Nejvyšší podíl byl v roce 2010 a nejnižší v roce 2017, pokles mezi těmito roky činil 4,36 %, v roce 2018 se vůči předchozímu roku podíl zvýšil o 0,3 % a celkový pokles podílů lékařů v samostatných ordinacích primární péče na celkovém počtu lékařů tvořil 4,07 %. Procentuální rozdělení počtu lékařů primární péče je zaznamenáno v grafu 11.

Graf 11 Podíl lékařů samostatných ambulantních ordinací primární péče v ČR v letech 2010-2018 (v přepočtených zaokrouhlených počtech, v %)

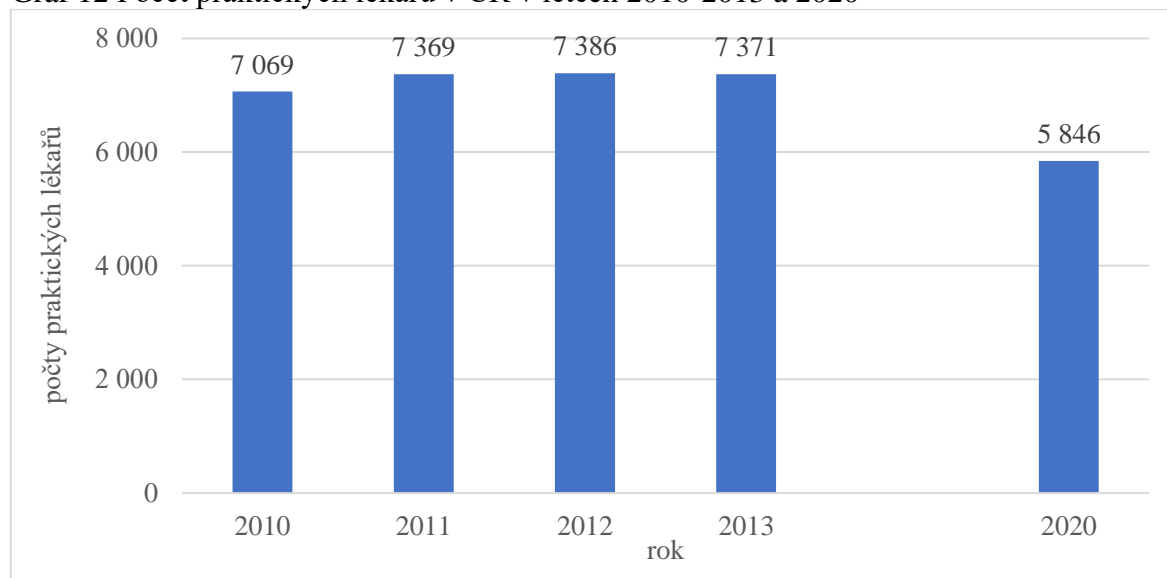


Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2019, s. 104), ÚZIS ČR (2018a, s. 104), ÚZIS ČR (2017, s. 104), ÚZIS ČR (2016b, s. 106), ÚZIS ČR (2016a, s. 96), ÚZIS ČR (2014, s. 122), ÚZIS ČR (2013, s. 122), ÚZIS ČR (2012, s. 122), ÚZIS ČR (2011, s. 120)

Graf 11 představuje vývoj lékařů primární péče v samostatných ordinacích a jejich podílů v ČR v letech 2010-2018. Počet vybraných lékařů uvedený v přepočtených zaokrouhlených číslech v letech 2010-2018 vzrostl o 5,29 %, nejvyšší však byl v roce 2015, po kterém klesl a od roku 2017 opět roste. Nejvyšší podíl mají zubní lékaři, kteří se nerozlišují odborností pro děti a dorost nebo dospělé. V případě sjednocení praktických lékařů měli nejvyšší podíl v letech 2010-2015, od roku 2016 byl nejvyšší podíl zubních lékařů. Podíl zubních lékařů rostl do roku 2016, v němž činil nárůst 5,77 procent vůči roku 2010, a po kterém začal mírně klesat. Celkový nárůst mezi roky 2010 a 2018 byl 5,38 procent. Podíl praktických lékařů klesá. Přes zvýšení počtu praktických lékařů pro dospělé z 4 579 na 4 702 lékařů ve sledovaných letech, klesl jejich podíl o 2,87 %. Počet praktických lékařů pro děti a dorost ve sledovaných letech klesl z 2 035 na 1 959 lékařů a jejich podíl klesl o 8,55 %. Podíl lékařů gynekologů se pohybuje v rozmezí 8,4-9 %, ve srovnání roku 2018 vůči roku 2010 i přes nárůst počtu lékařů o 29 gynekologů, podíl poklesl o 2,14 procent. Pokles podílů praktických lékařů a gynekologů i přes jejich celkový nárůst lékařů je způsoben nárůstem zubních lékařů o 675 lékařů.

Mezi lékaře primárních samostatných ordinací ambulantní péče patří praktičtí lékaři, jejich počet v letech 2010-2013 a v roce 2020 je zaznamenán v grafu 12.

Graf 12 Počet praktických lékařů v ČR v letech 2010-2013 a 2020



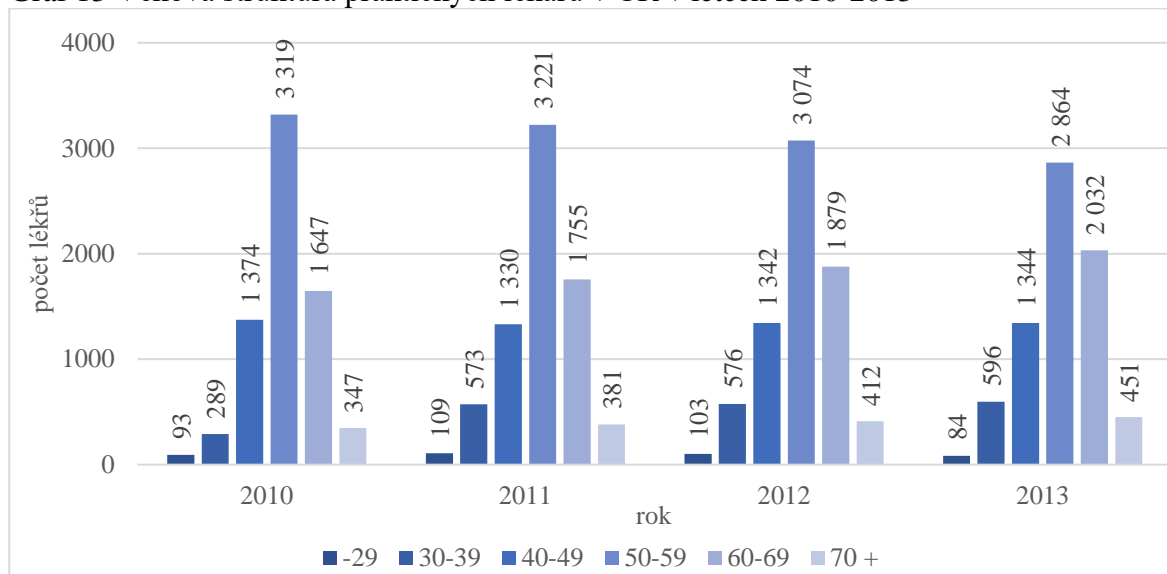
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2014, s. 185), ÚZIS ČR (2013, s. 185), ÚZIS ČR (2012, s. 185), ÚZIS ČR (2011, s. 183), ČLK (2020)

Graf 12 zobrazuje počet praktických lékařů v České republice v letech 2010-2013 a v roce 2020. Počet praktických lékařů v letech 2010 až 2012 rostl. V roce 2012 vůči roku 2010 vzrostl o 4,48 %. V roce 2013 počet praktických lékařů poklesl o 0,20 % vůči předchozímu roku na 7 371 praktických lékařů. V roce 2020 jejich počet vůči roku 2013 výrazně klesl na 5 846 lékařů, což představovalo pokles o 20,69 %. V desetiletém srovnání roku 2010 s rokem 2020 se jednalo o snížení počtu praktických lékařů o 1 223 lékařů tvořící 17,3 %. Pokles praktických lékařů byl výrazný a v případě stálého klesání počtu lékařů, může dojít k jejich velké nedostupnosti a problémům se zajištěním zdravotní péče.

Důležitým faktorem při posuzování počtu praktických lékařů je jejich věková struktura, která představuje počty praktických lékařů ve vytvořených skupinách po deseti letech s tím, že první skupinu tvoří praktičtí lékaři do 29 let věku a poslední skupinu lékaři starší 70 let. První a poslední skupina neodpovídá 10letému rozmezí, protože v případě první skupiny -29let se může student stát vystudovaným lékařem nejdříve po absolvování minimálně šestiletého prezenčního studia, které dokončí nejdříve ve 25 letech věku, a pro výkon praktického lékaře musí diplomovaný lékař postoupit další studium spojené se specializačním vzděláním a atestací a v případě poslední skupiny 70+ se jedná o lékaře, kteří jsou již v důchodovém věku ale vrchní věková hranice není určena. Počet lékařů

ve věkových skupinách bylo publikováno ve Zdravotnických ročenkách České republiky do roku 2013. Graf 13 vyobrazuje počty lékařů podle určených věkových skupin v roce 2010 až 2013.

Graf 13 Věková struktura praktických lékařů v ČR v letech 2010-2013



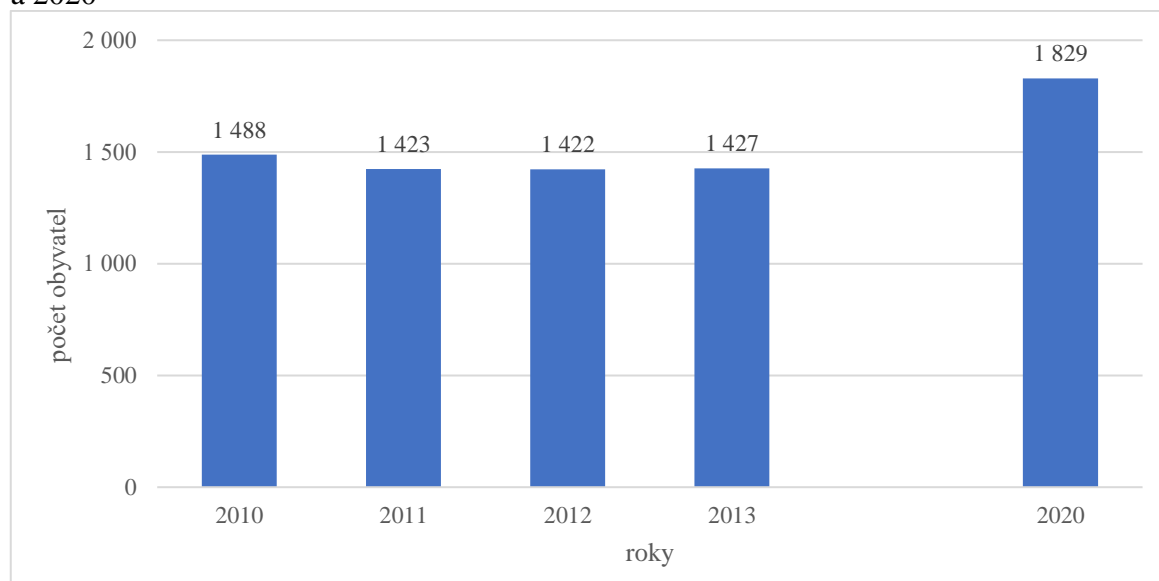
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2014, s. 185), ÚZIS ČR (2013, s. 185), ÚZIS ČR (2012, s. 185), ÚZIS ČR (2011, s. 183)

Graf 13 zachycuje věkovou strukturu praktických lékařů v ČR v letech 2010-2013. Nejméně praktických lékařů bylo v první věkové skupině do 29 let, do které patří nově dostudovaní praktičtí lékaři. Počet praktických lékařů do 29 let v roce 2010 byl 93 lékařů, v roce 2011 vzrostl na 109 lékařů a poté klesal do roku 2013, ve kterém byl 84 lékařů. Pokles lékařů do 29 let v roce 2013 vůči roku 2010 činil 9,68 %. Ve druhé věkové skupině 30-39 let došlo k velkému meziročnímu nárůstu o 98,27 % v roce 2011, a do roku 2013 počet lékařů dále rostl. Celkový nárůst v roce 2013 oproti roku 2010 byl 106,23 %, což byl nejvyšší nárůst počtu lékařů v uvedených letech. Ve skupině 30-39 let počet praktických lékařů přesahuje 1 300 lékařů. Nejvíce lékařů v této skupině působilo v roce 2010 a nejméně v roce 2011. Pokles lékařů v roce 2013 vůči roku 2010 činil 2,18 %. Nejvyšší počet praktických lékařů byl ve skupině 50-59 let, který v roce 2010 dosahoval 3 319 lékařů. Počet lékařů v této skupině se postupně snižoval. Pokles lékařů ve skupině 50-59 let v roce 2013 oproti roku 2010 o 455 lékařů na 2 864 lékařů činil 13,71 %. Ve skupině 60-69 let počet praktických lékařů rostl, v roce 2010 bylo 1 647 praktických lékařů a v roce 2013 2 032 praktických lékařů, nárůst počtu praktických lékařů v předposlední skupině tvořil v roce 2013 proti roku 2010 23,38 %. V poslední skupině od 70 let počet vzrostl z 347 lékařů

na 451 lékařů a celkový nárůst v roce 2013 vůči roku 2010 činil 29,97 %. Přestože nejvyšší nárůst činící 106,23 % byl v uvedených letech ve skupině 30-39 let, nejvíce lékařů bylo zaznamenáno ve skupině 50-59 let. Ve skupinách 40-49 let a 50-59 let došlo ke snížení počtu praktických lékařů, avšak ve skupinách starších 60 let došlo k nárůstu počtu lékařů. V roce 2010 tvořili lékaři do 49 let věku 24,84 % celkového počtu praktických lékařů a v roce 2013 to bylo 27,46 % z celkového počtu lékařů, jednalo se o nárůst o 10,55 procent. Přestože rostl podíl mladších lékařů do 49 let na celkovém počtu praktických lékařů, rostl i podíl lékařů v důchodovém věku, který je podstatný pro udržení kvality a kvantity poskytované zdravotní péče praktickými lékaři.

Poskytování zdravotní péče praktickými lékaři je ovlivněno počtem těchto lékařů, ale také počtem obyvatel. Vývoj počtu obyvatel na 1 praktika je zobrazeno v grafu 14.

Graf 14 Počet obyvatel připadajících na 1 praktického lékaře v ČR v letech 2010-2013 a 2020



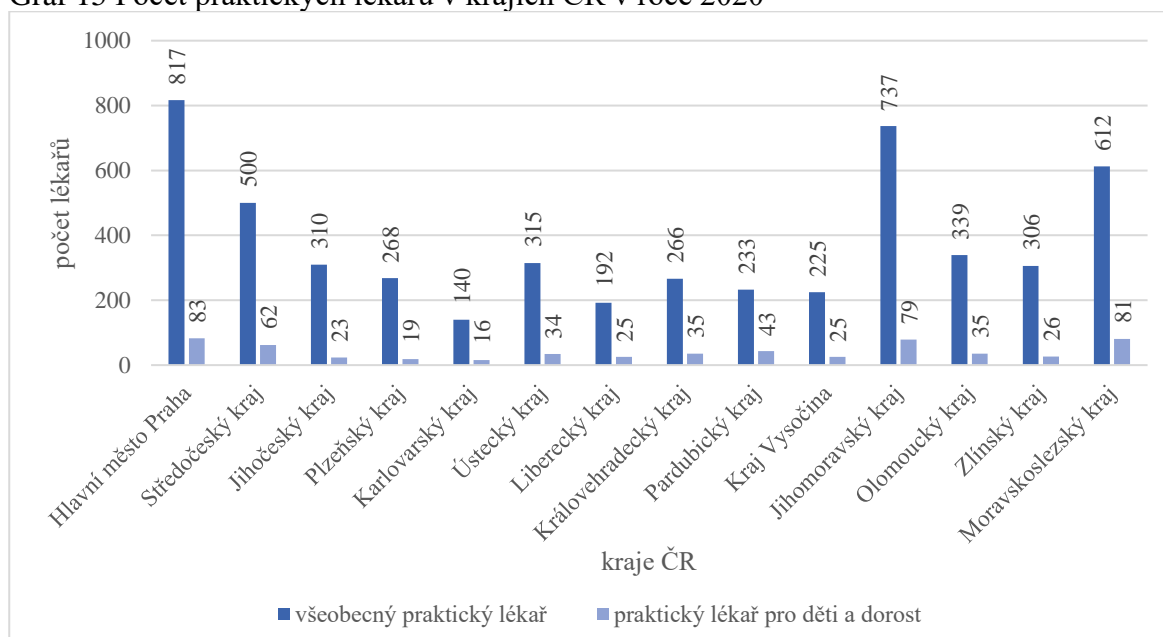
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2014, s. 185), ÚZIS ČR (2013, s. 185), ÚZIS ČR (2012, s. 185), ÚZIS ČR (2011, s. 183), ČLK (2020)

Graf 14 zobrazuje počet obyvatel připadajících na jednoho praktického lékaře v ČR v letech 2010-2013 a v roce 2020. V letech 2010-2013 počet obyvatel byl pod 1 500 obyvateli na 1 praktického lékaře. V roce 2013 tvořil pokles obyvatel 4,1 % vůči roku 2010. V roce 2020 došlo k nárůstu počtu obyvatel na 1 829 obyvatel na 1 praktického lékaře. Tento nárůst tvořil vůči roku 2013 28,17 %. Nárůst je způsoben poklesem praktických lékařů o 1 223 lékařů a nárůstem počtu obyvatel o 176,69 tisíc obyvatel.

Počet obyvatel na praktické lékaře není rovnoměrně rozložený mezi všeobecné praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost. Přestože je počet osob mladších 19 let podstatně nižší než počet osob starších 19 let, poměr počtu lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost mu neodpovídá. Počet osob do 19 let přesahuje 2 miliony osob a tvořil 20,20 % z celkového počtu obyvatel v ČR, a počet osob starších 19 let věku přesahující 8 milionů obyvatel tvořil v roce 2018 79,80 % obyvatel z jejich celkového počtu. Zatímco počet všeobecných praktiků přes 5 tisíc lékařů tvořil 89,98 % lékařů z celkového počtu praktických lékařů a počet praktických lékařů pro děti a dorost přesahující 500 lékařů činil 10,02 % lékařů z celkového počtu praktických lékařů.

Počet praktických lékařů lze sledovat v jednotlivých krajích České republiky. Počty všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost podle krajů jsou vyobrazeny v grafu 15.

Graf 15 Počet praktických lékařů v krajích ČR v roce 2020



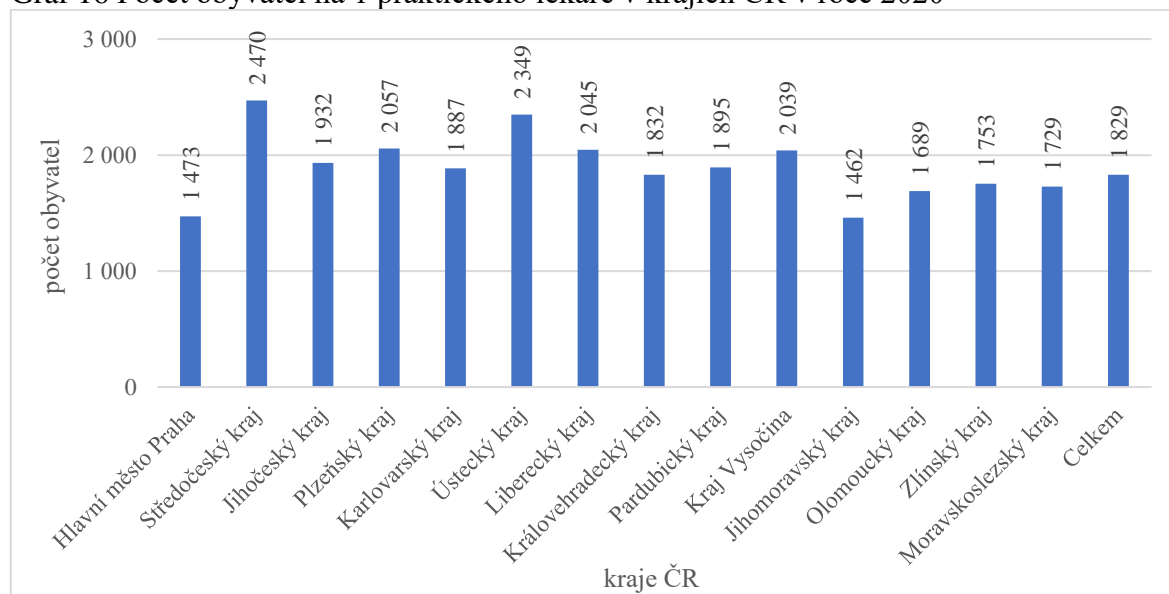
Zdroj: ČLK (2020), státní správa (2021)

Grafu 15 zobrazuje počet všeobecných praktických lékařů a počet praktických lékařů pro děti a dorost v krajích ČR v roce 2020. Nejvíce praktických lékařů bylo v Hlavním městě Praha, ve kterém působil 900 praktických lékařů, z nichž tvořilo desetinu lékařů se specializací pro děti a dorost. Dalším je Jihomoravský kraj, ve kterém působil 816 praktických lékařů. Třetím byl Moravskoslezský kraj, ve kterém působil 693 praktických lékařů. V dalších krajích působil 562 lékařů ve Středočeském kraji,

333 lékařů v Jihomoravském kraji, 287 lékařů v Plzeňském kraji, 156 lékařů v Karlovarském kraji, 349 lékařů v Ústeckém kraji, 217 lékařů v Libereckém kraji, 301 lékařů v Královéhradeckém kraji, 276 lékařů v Pardubickém kraji, 250 lékařů na Vysočině, 374 lékařů v Olomouckém kraji a 332 lékařů ve Zlínském kraji. Nejméně praktických lékařů působil v roce 2020 v Karlovarském kraji. Nejvyšší podíl praktických lékařů pro děti a dorost na celkovém počtu praktických lékařů tvořil 15,58 % v Pardubickém kraji a nejmenší podíl 6,62 % praktických lékařů pro děti a dorost v Plzeňském kraji. V 5 obcích České republiky, které patří do Plzeňského a Jihočeského kraje, v roce 2020 nebyli evidováni žádní praktičtí lékaři pro děti a dorost. Jednalo se o obce Plzeň-sever, Rokycany a Tachov z Plzeňského kraje a o obce Prachatice a Tábor v Jihočeském kraji.

Při srovnávání počtu praktických lékařů v absolutních číslech může dojít ke zkreslení představy zabezpečení jimi poskytované zdravotní péče, protože kraje si nejsou rovny jejich velikostí ani počtem obyvatel, kteří v nich žijí. V grafu 16 je proto zohledněn počet obyvatelstva žijícího v kraji na počtu praktických lékařů.

Graf 16 Počet obyvatel na 1 praktického lékaře v krajích ČR v roce 2020



Zdroj: vlastní zpracování, ČLK (2020), státní správa (2021)

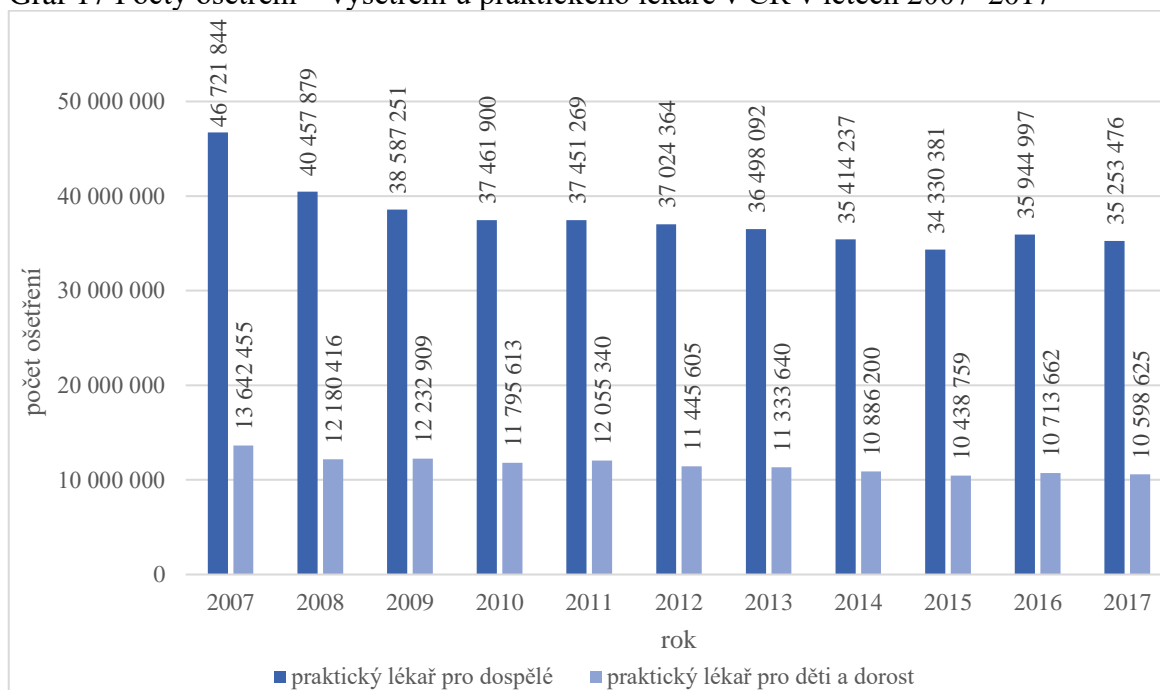
Graf 16 zobrazuje počet obyvatel na 1 praktického lékaře v krajích ČR v roce 2020. Nejmenší počet obyvatel na 1 praktického lékaře byl zaznamenán v Jihomoravském kraji, ve kterém vykazoval 1 462 obyvatel. O 11 obyvatel na jednoho praktického lékaře více bylo evidováno v kraji Hlavní město Praha. Nejvyšší počet obyvatel na jednoho praktického lékaře bylo registrováno ve Středočeském kraji, ve kterém jejich počet činil 2 470 obyvatel

a v Ústeckém kraji, ve kterém byl 2 349 obyvatel na 1 praktického lékaře. Průměrný počet obyvatel na praktického lékaře činil 1 900 obyvatel. Kromě Jihomoravského kraje a Hlavního města Prahy pod tímto průměrem vykazovaly počet obyvatel i kraje Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický, Olomoucký, Zlínský a Moravskoslezský. Nadprůměrné počty obyvatel kromě Středočeského a Ústeckého kraje vykazovaly kraje Jihočeský, Plzeňský, Liberecký a Vysočina. Nadprůměrný počet obyvatel na 1 praktického lékaře v kraji vykazovalo celkem 5 krajů, které tvoří 36 % z celkových 14 krajů v České republice, podprůměrný počet evidovalo 9 krajů. Čím více je obyvatel na 1 praktického lékaře, tím je vyšší vytíženost praktických lékařů v kraji. Pojištěnec registrovaný u praktického lékaře však nemusí být registrovaný u lékaře v kraji, ve kterém žije, může být registrován i u praktického lékaře v jiném kraji, například do kterého dojíždí za prací, nebo v sousedním kraji. Praktický lékař ale může odmítnout registraci pacienta na základě velké vzdálenosti od místa, kde žije.

Praktičtí lékaři mají povinnost vyplňování ročních výkazů pro Ministerstvo zdravotnictví. Ze zveřejněných výsledků statistik Ministerstva zdravotnictví, lze vyčíst, kolik celkových výkonů praktičtí lékaři vykonali, jaký je podíl přihlášených pojištěnců nebo počet vykonaných preventivních prohlídek. Výsledky jsou uváděny v absolutních nebo standardizovaných hodnotách.

Do těchto výkazů mezi důležité vykazované hodnoty patří celkové počty vyšetření – ošetření u praktických lékařů. Ty vykazují všeobecní praktičtí lékaři i praktičtí lékaři pro děti a dorost. Celkové počty vyšetření praktických lékařů jsou představeny v grafu 17.

Graf 17 Počty ošetření – vyšetření u praktického lékaře v ČR v letech 2007–2017

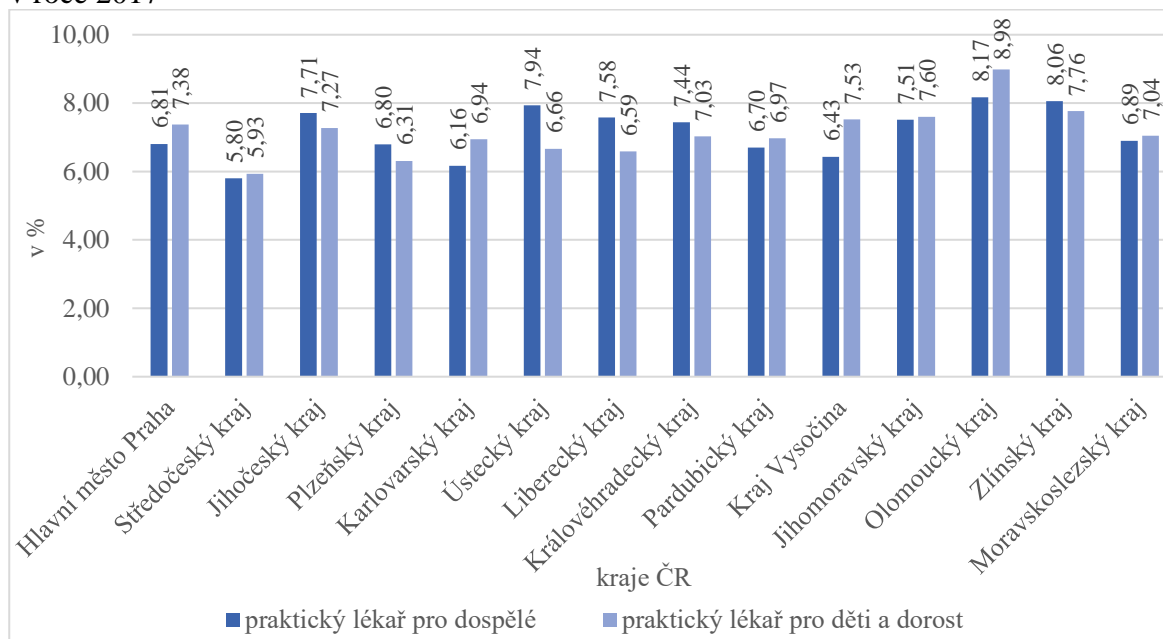


Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

Graf 17 zobrazuje vývoj celkových vyšetření u praktického lékaře v letech 2007-2017. Z grafu je zřejmé, že počet celkových ošetření praktickým lékařem pro dospělé je několikanásobně vyšší než u praktického lékaře pro děti a dorost (0-18 let), což je předpokladatelné, avšak plně neodpovídá poměru dospělých osob vůči nezletilým osobám v letech 0-18 v České republice. V roce 2017 tvořili 18,35 % populace děti a dorost (0-18 let) a 81,65 % dospělí, avšak u celkových vyšetření praktickým lékařem dosahují děti a dorost 23,11 % a dospělí 76,89 %. Dětské pacienty sice mají výrazně nižší celkový počet vyšetření, ale zároveň mají vyšší počet vyšetření na 1 obyvatele. Počet vyšetření v časovém horizontu deseti let se snižuje. Pokles není ovlivněn celkovým počtem pojištěnců, ale je reakčně shodný mezi oběma poskytovateli.

Na počty ošetření u praktického lékaře lze nahlížet i v regionálním srovnání. Pro vypovídající hodnotu však musejí být čísla upravena dle počtu osob žijících v kraji, protože samotné počty vyšetření v kraji by neměli reálnou vypovídající hodnotu pro srovnání výkonnosti v kraji.

Graf 18 Podíly počtů ošetření – vyšetření v regionálním srovnání ČR na tisíc v daném kraji v roce 2017



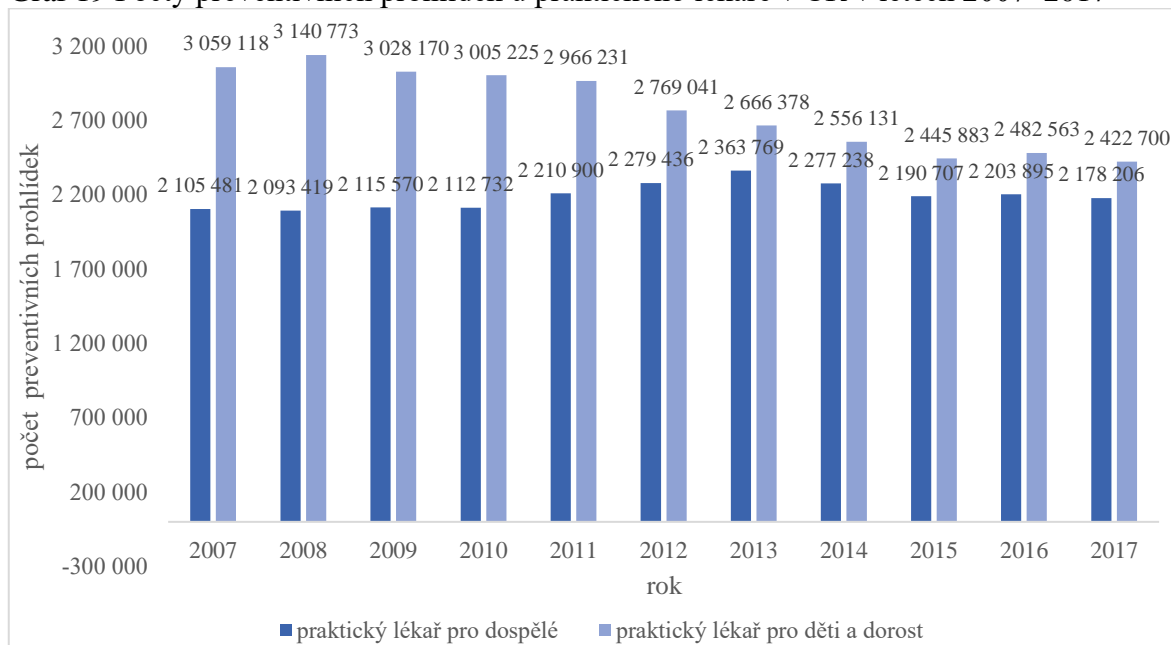
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

V grafu 18 jsou zaznamenány procentuální podíly počtů vyšetření poskytnuté praktickými lékaři v regionálním srovnání vycházejících ze standardizovaných počtů na tisíc osob v regionu České republiky v roce 2017. Přestože v absolutním počtu vyšetření u dětí a dorostu Hlavní město Praha s počtem 1,27 milionů, které tvořilo 12 % počtu vyšetření u dětí, mělo nejvíce vyšetření v regionálním srovnání, při přepočtu na tisíc osob ošetřených v regionu jejich podíl byl spíše průměrný. V absolutních počtech vyšetření u dospělých pacientů v roce 2017 byl nejvyšší počet vyšetření zaznamenán v Jihomoravském kraji s necelými 4,17 miliony ošetření, které tvořily 11,83 %, a druhý nejvyšší počet vyšetření 4,12 milionů, které tvoří 11,67 %, v Hlavním městě Praha. V přepočtených hodnotách počty vyšetření v Jihomoravském kraji byly mírně nadprůměrné, zatímco Hlavní město Praha v počtech ošetření bylo podprůměrné v celkovém srovnání. Nejvíce vyšetření praktickým lékařem pro dospělé i pro děti ve srovnání na tisíc osob v regionu bylo provedeno v Olomouckém kraji, ve kterém v absolutních počtech vyšetření byly počty vyšetření u dospělých lehce podprůměrné a u dětí mírně nadprůměrné.

Preventivní prohlídky jsou nedílnou součástí péče o zdraví, jedná se o prevenci, díky které mohou být odhalena závažná onemocnění v brzkém stádiu, ve kterém se dají léčit. Proto na ně chodí pacienti, aniž by měli zdravotní obtíže. Preventivní prohlídky jsou všeobecné, stomatologické a gynekologické, poskytují je registrující lékaři, mezi které patří

všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog a zubní lékař. Druhy, poskytovatelé, časové rozpětí a obsah preventivních prohlídek jsou v České republice upravovány vyhláškou č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

Graf 19 Počty preventivních prohlídek u praktického lékaře v ČR v letech 2007–2017



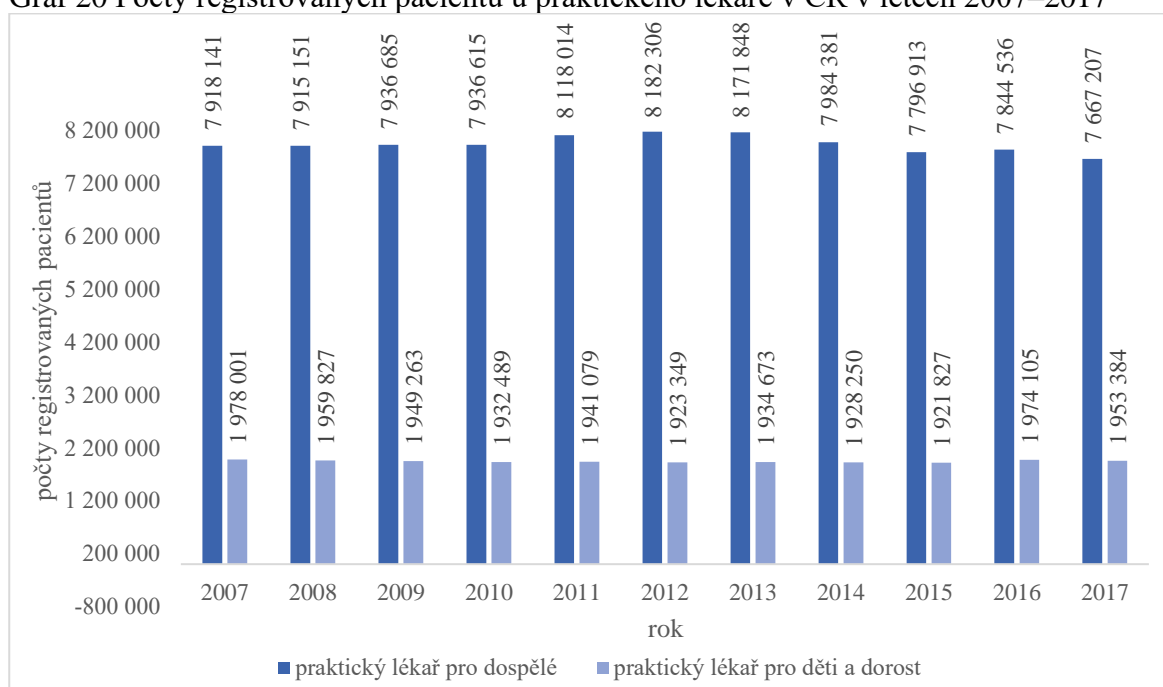
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

Graf 19 zachycuje vývoj počtu preventivních prohlídek u praktického lékaře v ČR v letech 2007-2017. Přes vyšší počet dospělých pojištěnců jsou počty preventivních prohlídek dětí vyšší než počty všeobecných preventivních prohlídek, a to především díky prohlídkám do 3 let věku dítěte, kdy v prvních 3 letech dítě absolvuje devět preventivních prohlídek. Od 3 let věku jsou preventivní prohlídky pravidelné po dvou letech stejně jako u dospělých pacientů. Počty preventivních prohlídek dětí se v horizontu deseti let výrazně snížily, naopak počty všeobecných preventivních prohlídek vzrostly. Růst všeobecných preventivních prohlídek je způsoben zvyšováním kvality a délky života spolu s přechodem nových pacientů z péče praktického lékaře pro děti a dorost k všeobecnému praktickému lékaři. Pokles u preventivních prohlídek dětí není úměrný poklesu pojištěnců v letech 0-18 let, ale je ovlivněn snížením porodnosti v České republice.

Pojištěnci mají právo mít svého praktického lékaře, u kterého jsou registrovaní. Není to však povinnost. Praktičtí lékaři jsou prvním kontaktem v případě potřeby lékařské pomoci a vedou administrativu. Pracovní náplní praktického lékaře je provádění preventivních prohlídek, základní vyšetření, aplikace očkovaní, vydávání žádanek ke specialistům, předpis léků, vedení lékařské dokumentace, výdej posudků o zdravotní

způsobilosti nebo výdej potravinářského průkazu, žádosti o lázeňské pobyty, řidičské a zbrojní průkazy nebo o invalidní důchody a nařizování karantény či testování na covid-19. V případě, kdy pojištěnec nevyužije práva mít praktického lékaře si podstatně komplikuje cestu ke zdravotní péči. Přestože pojištěnec nemá povinnost být registrovaným pacientem má povinnost absolvovat pravidelné preventivní prohlídky. Při opětovném nesplnění povinnosti může být dle Zákona č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů pojištěnci udělena pokuta pojišťovnou do výše 500 Kč.

Graf 20 Počty registrovaných pacientů u praktického lékaře v ČR v letech 2007–2017



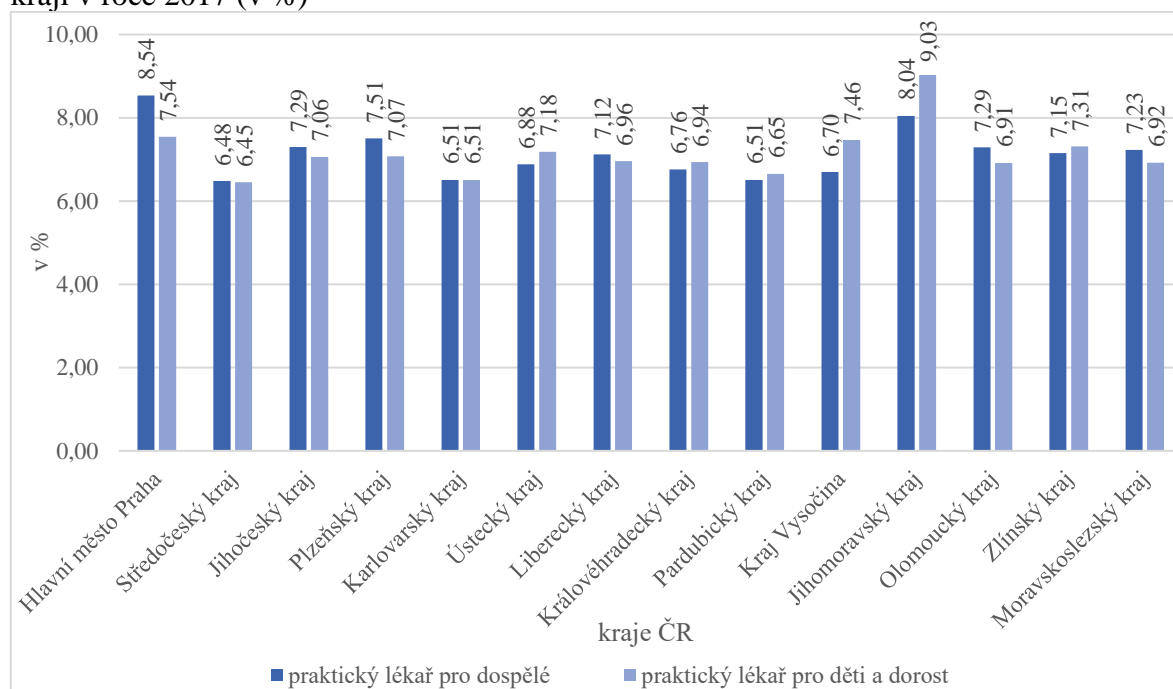
Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

Graf 20 zobrazuje počty registrovaných pacientů u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v České republice v letech 2007-2017. Celkový počet registrovaných pacientů v jednotlivých letech je nižší než celkový počet pojištěnců, jelikož pojištěnec nemá povinnost být registrovaným pacientem u praktického lékaře. Počet dospělých registrovaných pojištěnců od roku 2007 do roku 2012 roste, v roce 2012 dochází ke zlomu a počet dospělých registrovaných začne klesat. Počet registrovaných dětí naopak od roku 2007 klesá, až do roku 2016, ve kterém vzroste a dále klesá. Podíl počtu registrovaných dětí tvoří kolem 19-20 % celkových registrovaných pacientech, v roce 2017 činily 20,30 % na celkových registrovaných pojištěncích zároveň 18,83 % na počtu celkových pojištěnců, což odpovídá procentu počtu dětí (0-18 let) ku počtu celkových

pojištěnců. Z čehož lze usoudit, že mezi dětskými pojištěnci jsou patrně všichni registrovaní u praktického lékaře pro děti a dorost a neregistrovaní pacienti patří mezi dospělé pojištěnce, kteří se rozhodli neregistrovat se u možného všeobecného lékaře.

Na počty registrovaných pacientů lze také nahlížet dle kraje, ve kterém působí registrující lékař, díky čemuž je možné regionální srovnání počtů registrovaných pacientů v České republice.

Graf 21 Podíl registrovaných pacientů v regionálním srovnání ČR na tisíc osob v daném kraji v roce 2017 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

V grafu 21 jsou zachyceny procentuální podíly počtů registrovaných pacientů praktickými lékaři v regionálním srovnání vycházejících ze standardizovaných počtů na tisíc osob v regionu České republiky v roce 2017. Vůči grafu 18, ve kterém nejvyšší procento vyšetření ve standardizovaných počtech vyšetření má v případě obou zaměření praktického lékaře Jihomoravský kraj, u registrovaných dospělých pacientů má nejvyšší podíl Hlavní město Praha. U registrovaných dětských pacientů drží prvenství stále Jihomoravský kraj. V absolutních počtech je počet registrovaných pacientů v Hlavním městě Praze přes 1 milion, přesně 1 094 466, dospělých registrovaných pacientů, což je nejvyšší počet a tvoří 14,27 % ze všech dospělých registrovaných pacientů a zároveň je dvojnásobkem průměru registrovaných dospělých pacientů všech regionů. V případě dětských pacientů

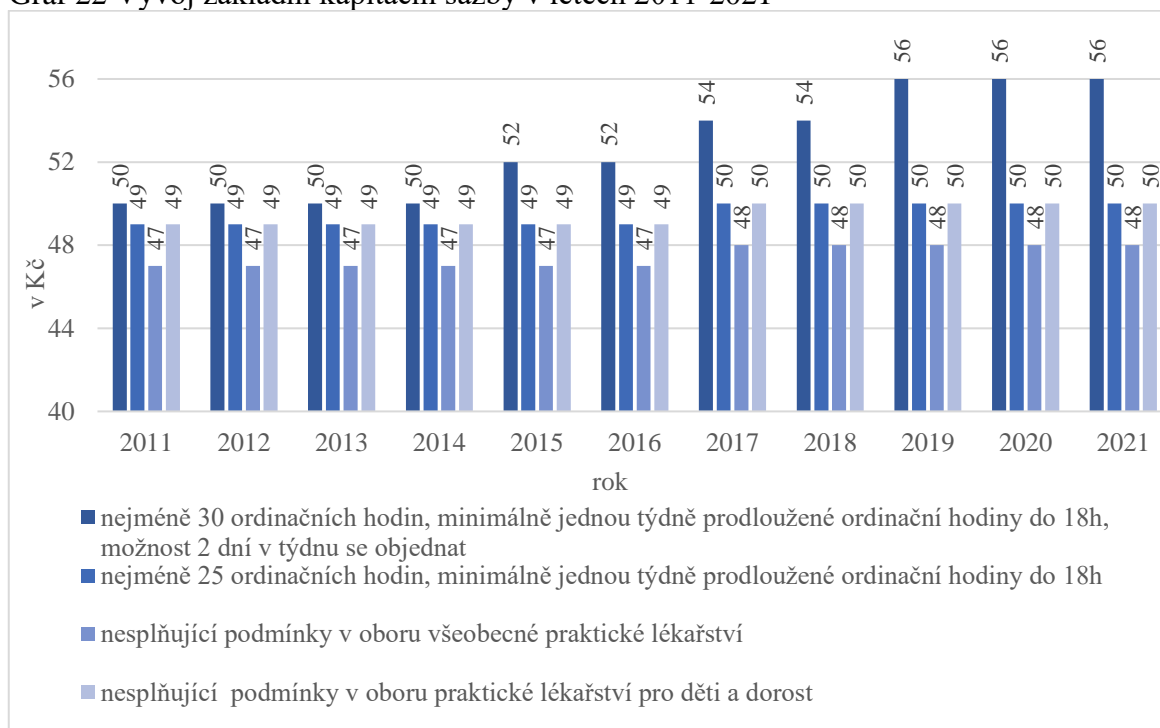
v absolutních počtech zaznamenává nejvíce Jihomoravský kraj 268 tisíc registrovaných dětských pacientů a Hlavní město Praha přes 235 tisíc.

4.3 Financování zdravotní péče praktického lékaře

Financování zdravotní péče praktických lékařů je v České republice tvořeno především veřejným financováním formou kapitačně výkonových plateb. Jen malá část financování zdravotní péče zůstává na pacientech. U praktických lékařů existují služby, které nejsou hrazené zdravotními pojišťovnami a pacienti nebo jiné organizace je mají povinnost hradit sami. Mezi tyto služby patří služby nespĺňující podmínky pro hrazení služeb zdravotními pojišťovnami například nadstandardní očkování, nebo služby, které nejsou přímo spojené s léčením, ale jedná se o službu na vyžádání pacienta, mezi které patří vystavení potravinářského průkazu, posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu práce, vyšetření pro řidičský či zbrojní průkaz, výpis z dokumentace, vystavení lékařského potvrzení, vystavení tiskopisu pro pojišťovnu, bodové hodnocení úrazu, pracovní prohlídka do zaměstnání nebo předoperační vyšetření nehrazené zdravotní pojišťovnou například před estetickými operačními výkony.

Nejvyšším zdrojem příjmů praktického lékaře je kapitačně výkonová platba. Ta je tvořena kapitační platbou, skládající se z kapitační sazby a jejího navyšování, a výkonů, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě. Minimální základní kapitační sazba je stanovena vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro každý rok a její vývoj je znázorněn v grafu 22.

Graf 22 Vývoj základní kapitační sazby v letech 2011-2021



Zdroj: vlastní zpracování, vyhláška č. 428/2020 Sb. (2020), vyhláška č. 268/2019 Sb. (2019), vyhláška č. 201/2018 Sb. (2018), vyhláška č. 353/2017 Sb. (2017), vyhláška č. 348/2016 Sb. (2016), vyhláška č. 273/2015 Sb. (2015), vyhláška č. 324/2014 Sb. (2014), vyhlášky č. 428/2013 Sb. (2013), vyhláška č. 475/2012 Sb. (2012), vyhláška č. 425/2011 Sb. (2011) a vyhláška č. 396/2010 Sb. (2010)

Graf 22 zobrazuje vývoj základní kapitační sazby dle splnění podmínek v letech 2011-2021. Z grafu vyplývá, že k nejvyššímu navýšení došlo ve skupině s nejvyššími požadavky, a to splněním minimálně 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní v týdnu, ze kterých minimálně jeden pracovní den jsou prodloužené ordinační hodiny minimálně do 18 hodin a pojištěncům je umožněno alespoň ve dvou dnech v týdnu se objednat na určitou hodinu. Toto navýšení činí od roku 2011 šest korun českých na jednoho přepočteného pojištěnce dané pojišťovny, tedy nárůst o 12 %. Sazba od roku 2015 byla navýšena vždy o 2 koruny po 2 letech. V roce 2021 však již nebyla zvýšena, ale stagnuje na 56 Kč. Ostatní stanovené sazby se zvýšily pouze jednou v roce 2017 o jednu korunu. Dle vývoje sazeb je patrné, že je více podporováno navyšování sazby při splnění nejvyšších podmínek, pro zajištění lepší péče poskytovatele praktického lékařství pojištěncům a pro poskytovatele, kteří nesplňují tyto podmínky, je sazba nižší o podstatný rozdíl.

Pro kapitační platbu jsou stanoveny věkové skupiny a jejich indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce z výchozí věkové skupiny 15 až 19 let. Tyto skupiny jsou dlouhodobě tvořeny po 5 letech,

od 0 do 85 a více let. Indexy mohou také ovlivňovat výši kapitačně výkonové platby. Vývoj indexů je zaznamenán v tabulce 8.

Tabulka 8 Věkové skupiny a jejich indexy v ČR v letech 2011-2021

Věkové skupiny / roky	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0–4 roky	3,91	3,91	3,91	3,91	3,91	3,97	3,97	3,97	4,02	4,10	4,10
5–9 let	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,80	1,80	1,80	1,80	1,90	1,90
10–14 let	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,40	1,45	1,45
15–19 let	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20–24 let	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
25–29 let	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
30–34 let	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
35–39 let	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
40–44 let	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
45–49 let	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
50–54 let	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35
55–59 let	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45
60–64 let	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50
65–69 let	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
70–74 let	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
75–79 let	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
80–84 let	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90
85 a více let	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40

Zdroj: vlastní zpracování, vyhláška č. 428/2020 Sb. (2020), vyhláška č. 268/2019 Sb. (2019), vyhláška č. 201/2018 Sb. (2018), vyhláška č. 353/2017 Sb. (2017), vyhláška č. 348/2016 Sb. (2016), vyhláška č. 273/2015 Sb. (2015), vyhláška č. 324/2014 Sb. (2014), vyhlášky č. 428/2013 Sb. (2013), vyhláška č. 475/2012 Sb. (2012), vyhláška č. 425/2011 Sb. (2011) a vyhláška č. 396/2010 Sb. (2010)

Tabulka 8 zachycuje vývoj indexů podle věkových skupin v rozpětí 10 let. Vyplývá z ní, že základní skupinou s hodnotou indexu 1 je věková skupina 15-19 let. Od této skupiny po nejstarší skupinu nebyla zaznamenána žádná změna výše indexu za sledovaných 10 let. Změny jsou patrné pouze ve třech věkových skupinách, a to u nejmladších skupin 0-4 roky, 5-9 let a 10-14 let. Nejčastěji se změnil koeficient pro věkovou skupinu 0-4 roky, který se navýšil třikrát v letech 2011-2021, do roku 2015 byla hodnota indexu 3,91, v letech 2016 až 2018 se zvýšila na 3,97, v roce 2019 byla 4,02 a v letech 2020 a 2021 je 4,10. Pro věkovou skupinu 5-9 let se hodnota zvýšila dvakrát, a to v roce 2016 na 1,80 a v roce 2020 na 1,90. Dvakrát se změnil index i pro skupinu 10-14 let, která byla od roku 2011 do roku 2018 1,35,

v roce 2019 činila 1,40 a naposledy se zvýšila roku 2020 na 1,45. Nejvyšším indexem, je tedy index pro věkovou skupinu 0-4 roky. Druhým nejvyšším je stanoven index pro věkovou skupinu 85 a více let. Z těchto indexů, vyjadřujících poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15-19 let, která je základní, je patrné, že nejvyšší poměr nákladů připadá na nejmenší děti do 4 let věku a nejstarší pojištěnce starší 85 let. Zároveň z grafu vyplývá, že nejnižší poměr nákladů na pojištěnce je ve věkových skupinách 20-29 let, které mají nižší koeficient než 1. Od věkové skupiny 40-44 let se koeficient úměrně zvyšuje dle rostoucího věku, potřeb a nákladů na pojištěnce.

V České republice měl v roce 2020 průměrně praktický lékař 1 890 registrovaných pacientů. Minimální kapitační platba praktického lékaře s průměrným počtem pacientů bez zohlednění indexů věkových skupin a možností navýšení při průměrném počtu přihlášených pojištěnců činila v roce 2020 u všeobecných praktických lékařů 90 720 Kč a u praktických lékařů pro děti a dorost 94 500 Kč. Při splnění podmínky 30 ordinačních hodin týdně, z nichž jednou jsou ordinační hodiny prodlouženy minimálně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu je umožněno objednání na určitou hodinu, pro maximální navýšení kapitační sazby, tvořila kapitační platba praktického lékaře s průměrným počtem pacientů v roce 2020 105 840 Kč. Při splnění veškerých možných podmínek a navýšení bez zohlednění indexů věkových skupin a koeficientu poměru počtu pojištěnců sloužícímu k ročnímu navýšení, činila minimální maximální kapitační platba praktických lékařů s průměrným počtem pacientů v roce 2020 pro všeobecné praktické lékaře 109 809 Kč a pro praktické lékaře pro děti a dorost 108 864 Kč. Při splnění veškerých možných podmínek a navýšení spolu se zohledněným průměrným indexem věkových skupin spočteným pro věkové skupiny do 19 let věku na 2,1125 a pro věkové skupiny starší 20 let věku na 1,625 činila minimální maximální kapitační platba pro praktické lékaře s průměrným počtem registrovaných pacientů v roce 2020 pro všeobecné praktické lékaře 178 440 Kč a pro praktického lékaře pro děti a dorost 229 975 Kč.

4.4 Ordinance vybraného praktického lékaře

Vybraná ordinace praktického lékaře, je ordinací všeobecné praktické lékařky sídlící v Praze. Lékařka zároveň dochází do podniků, se kterými má uzavřenou dohodu o pracovnělékařských službách, vykonávat prohlídky zaměstnanců. Jedná se o lékařku

s dlouholetou praxí v oboru, která má 2 000 přihlášených pojištěnců a dalších 500 pojištěnců, o které se stará v rámci pracovnělékařských služeb.

4.4.1 Příjmy a výdaje vybraného praktického lékaře

Financování zdravotní péče praktického lékaře je upraveno vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, z níž se odvíjí minimální příjmy praktického lékaře, které jsou podrobně popsány ve druhé příloze vyhlášky. Číslo vyhlášky se každoročně mění, protože je vystavována vždy pro určitý rok.

Příjmy praktického lékaře

Příjmy ve vybrané ordinaci praktického lékaře jsou rozděleny a hrazeny podle jejich charakteru. Hlavním zdrojem příjmů praktické lékařky jsou:

1. kapitační platba;
2. zvláště honorované výkony od pojišťovny;
3. výkony na žádost pacienta;
 - a. výpisy z dokumentace pro závodního lékaře;
 - b. vyšetření zdravotní způsobilosti k řidičskému či zbrojnímu průkazu, vystavení zdravotního a potravinářského průkazu;
 - c. výpisy a zprávy o zdravotním stavu pro uzavření smluv s komerčními pojišťovnami;
4. vstupní, periodické, výstupní a mimořádné prohlídky pro zaměstnavatele;
5. ošetření pacienta, který není řádně pojištěn;
6. výkony provedené na žádost státních orgánů;
 - a. posouzení invalidních důchodů a stupňů závislosti, vyšetření osoby zdravotně postižené či posudek k žádosti o dávky pro PSSZ–LPS (pražská správa sociálního zabezpečení – lékařská posudková služba);
 - b. pracovní rekomandace pro úřad práce;
 - c. vyjádření pro policii;
 - d. vyjádření pro soudy.

Kapitace a zvláště honorované výkony hrazené pojišťovnou patří do kombinované kapitačně výkonové platby. Lékařka z vybrané ordinace využívá kombinovanou kapacitně výkonovou platbu bez dorovnání kapitace, ke kterému nemá důvod. Zároveň splňuje podmínky 30 ordinačních hodin týdně, z nichž jeden den ordinuje do 18 hodin a pacienti se k ní mohou závazně objednat na libovolný den v týdnu, proto její základní kapitační sazba činí 56 Kč.

Kapitační platbu za jednoho registrovaného pacienta tvoří základní kapitační sazba 56 Kč, navýšení za celoživotní vzdělání lékaře o 0,60 Kč a za splnění výkonů 01021 a 01022 při preventivní prohlídce u 30 % svých registrovaných pojištěnců od 40 do 80 let věku o 0,50 Kč. Minimální kapitační platba na 1 pacienta v případě vybrané praktické lékařky v roce 2020 byla 57,10 Kč. Lékař má s každou pojišťovnou na každý rok podepsanou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, v níž může být po dohodě kapitační platba nebo úhrada za uznané výkony vyšší, než je minimální hodnota stanovená zákonem. Touto dohodou o navýšení pojišťovna odměňuje lékaře například za dlouhodobou bezproblémovou spolupráci. Vybraná lékařka má podepsanou smlouvu o poskytování a úhradě sjednaných služeb se všemi sedmi zdravotními pojišťovnami, se kterými dlouhodobě spolupracuje. Hodnota kapitační platby na jednoho registrovaného pacienta se u jednotlivých veřejných pojišťoven liší. Rozdíl mezi nimi tvoří až 6 Kč na 1 registrovaného pacienta. Průměrná výše kapitační platby bez zohlednění věkových indexů u vybrané lékařky v roce 2020 byla 62 Kč na 1 registrovaného pacienta.

Od zdravotní pojišťovny má lékařka dále hrazené smluvně sjednané výkony nezahrnuté do kapitační platby, které spolu s ní tvoří kombinovanou kapitačně výkonovou platbu. Ta průměrně měsíčně činila v roce 2020 179 000 Kč.

Ostatní příjmy byly hrazené ze soukromých zdrojů, které tvoří výkony hrazené pacienty, zaměstnavatelem nebo státními orgány. Jejich podíl na celkových příjmech praktické lékařky tvořil kolem 3 %, tedy kolem 6 000 Kč.

Celkové průměrné měsíční příjmy vybrané praktické lékařky v roce 2020 činily 185 000 Kč. Jedná se o celkové příjmy ordinace praktické lékařky, které jsou významně poníženy o její výdaje.

Výdaje praktického lékaře

Praktický lékař, který provozuje ordinaci, má samozřejmě i určité výdaje, bez kterých by tuto činnost nemohl vykonávat. Jedná se především o provozní a mzdové výdaje. Výdaji praktické lékařky jsou:

1. nájem prostor ordinace;
2. vybavení ordinace;
3. energie (elektřina, vodné a stočné, teplo);
4. internetové a telefonní služby;
5. mzda zdravotní sestry;
6. sociální a zdravotní pojištění lékaře;
7. dohody o provedení práce v zástupu za lékaře či sestru v době jeho nepřítomnosti;
8. pracovní oděvy, obuv a ochranné pomůcky;
9. pojištění;
10. servisní výdaje;
11. uživatelské a aktualizací poplatky programu PC Doktor;
12. certifikáty elektronických úkonů;
13. čistička vzduchu, klimatizace a jejich údržba;
14. úklid a údržba prostor;
15. hygienické prostředky;
16. likvidace infekčního materiálu;
17. kancelářské potřeby;
18. nákupy léků do ordinace a vakcín na očkování;
19. povinné vybavení k poskytování první pomoci a resuscitaci;
20. trezor na opiáty;
21. lednice;
22. platby lékařské komoře, svazu praktických lékařů a lékařskému informačnímu centru;
23. automobil.

Vybraná praktická lékařka hradí nájem prostor provozované ordinace v Praze a s ním spojené poplatky za energie, internetové a telefonní služby poskytované společnostmi O2 a T-Mobile a vybavení ordinace včetně veškerých potřebných přístrojů. Kromě přístrojů určených k vyšetření pacienta a poskytnutí první pomoci a resuscitaci je v ordinaci potřebná čistička vzduchu, klimatizace, trezor na opiáty a minimálně dvě lednice, z nichž jedna je určena pro léky a vakcíny a druhá pro infekční odpad. S veškerými užívanými přístroji jsou spojené výdaje na jejich provoz a servis. K prostorám ordinace se váží výdaje na úklid, do nichž patří standardní denní úklid, mytí oken dělané 4krát ročně, praní prádla, pořízení čisticích a dezinfekčních prostředků, papírových ručníků a toaletního papíru, malování ordinace a čekárny prováděné jednou za dva roky, ale také likvidace infekčního odpadu.

Nízkými ale nezbytnými výdaji na správný provoz ordinace jsou kancelářské potřeby, do kterých patří papíry, tužky, razítka, barvy na razítka, vizitky, nůžky, pravítka, šanony, přebaly na zdravotní dokumentaci či tonery do tiskárny.

Mezi její hlavní výdaje také patří mzdové výdaje. Mzda zdravotní sestry, k níž patří i za ni hrazené sociální a zdravotní pojištění. Sociální a zdravotní pojištění musí lékařka odvádět za sebe. Dalšími mzdovými výdaji lékařky jsou peněžní ohodnocení zastupujícího lékaře či sestry v zástupu jejich nepřítomnosti nebo nemožnosti vykonávat svou práci (např. dovolená, nemocenská a jiné) dle uzavřené dohody o provedení práce v zástupu. S pracovníky souvisejí výdaje na pracovní oděvy a obuv či ochranné pomůcky pro lékaře i sestru.

S prostory i pracovníky je spojené pojištění, lékařka má zajištěné pojištění podnikatelů, pojištění odpovědnosti a pojištění majetku.

Pro správné fungování ordinace hradí lékařka uživatelský a aktualizací poplatek za program PC Doktor a certifikáty určené k možnosti vystavování e-receptů, e-neschopenek či elektronickému podpisu. Výdaji pro ni jsou také testy na stanovení Quicky INR, CRP a stolice na OK, nákup léků do ordinace a vakcín na očkování, které kromě očkování proti tetanu jsou pořízeny lékařem a teprve po aplikaci se vykáží pojišťovně k proplacení. Povinnými výdaji lékaře jsou také platby lékařské komoře, svazu praktických lékařů a lékařskému informačnímu centru, prováděné jedenkrát ročně.

V případě vybrané praktické lékařky se mezi výdaje řadí i provoz automobilu, který lékařka využívá jako pracovní, na cesty do ordinace, na dojíždění v návštěvní službě ale také při dojíždění do podniků, ve kterých provozuje pracovnělékařskou činnost.

Nejvyšším výdajem praktické lékařky je mzda zdravotní sestry spojená se za ni hrazeným sociálním a zdravotním pojištěním, která v roce 2020 tvořila třetinu výdajů. Dalším podstatným výdajem je nájem ordinace, který je v případě vybrané praktické lékařky nižší, než by bylo ve městě Praha předpokládáno. Současná ordinace praktické lékařky byla vystavěna pro její působení bytovým družstvem, které se shodlo na zařízení lepší dostupnosti zdravotní péče praktické lékařky svých členů, kteří do doby úpravy nebytových prostor na ordinaci za zdravotní péči museli dojíždět. Proto výdaje na nájemné tvořily pouze šestinu celkových výdajů. Mezi zákonné výdaje vybrané praktické lékařky patří zdravotní a sociální pojištění a daň z příjmů, které tvoří měsíční výdaje ve formě záloh,

jež představovaly desetinu celkových měsíčních výdajů v roce 2020. Celkové průměrné měsíční výdaje vybrané praktické lékařky činily necelých 150 000 Kč.

Průměrné měsíční příjmy ordinace vybrané všeobecné praktické lékařky tvořily v roce 2020 přes 180 tisíc korun českých a průměrné měsíční výdaje činily necelých 150 tisíc korun českých. Čisté průměrné měsíční příjmy vybrané praktické lékařky tvořily 30-36 tisíc korun.

Poměr příjmů a výdajů a čisté příjmy vybrané praktické lékařky potvrdila i prostudovaná daňová přiznání za posledních 6 let, tedy za roky 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 a 2020, která lékařka poskytla pro nahlédnutí a kontrolu správnosti uvedených průměrných měsíčních příjmů a výdajů.

4.4.2 Aktuality vybrané ordinace praktického lékaře v roce 2020

Rok 2020 z pohledu zdravotnictví i běžného života občanů České republiky byl odlišný, díky rozšíření koronaviru SARS-CoV-2 známému jako onemocnění covid-19. Nejvíce zasaženými zdravotnickými zařízeními byly nemocnice, které pro potřebu rozšíření uzavíraly během roku 2020 neurgentní oddělení. Například v nemocnici Na Bulovce uzavřeli plastické oddělení, oddělení ORL (otorhinolaryngologie), kožní oddělení a předělali je na oddělení pro příjem vážných pacientů s covid-19, kteří ještě nepotřebují plicní ventilaci. Nejvytíženějšími odděleními jsou oddělení intenzivní a resuscitační péče, tedy oddělení JIP (jednotka intenzivní péče) a ARO (anesteziologicko resuscitační oddělení).

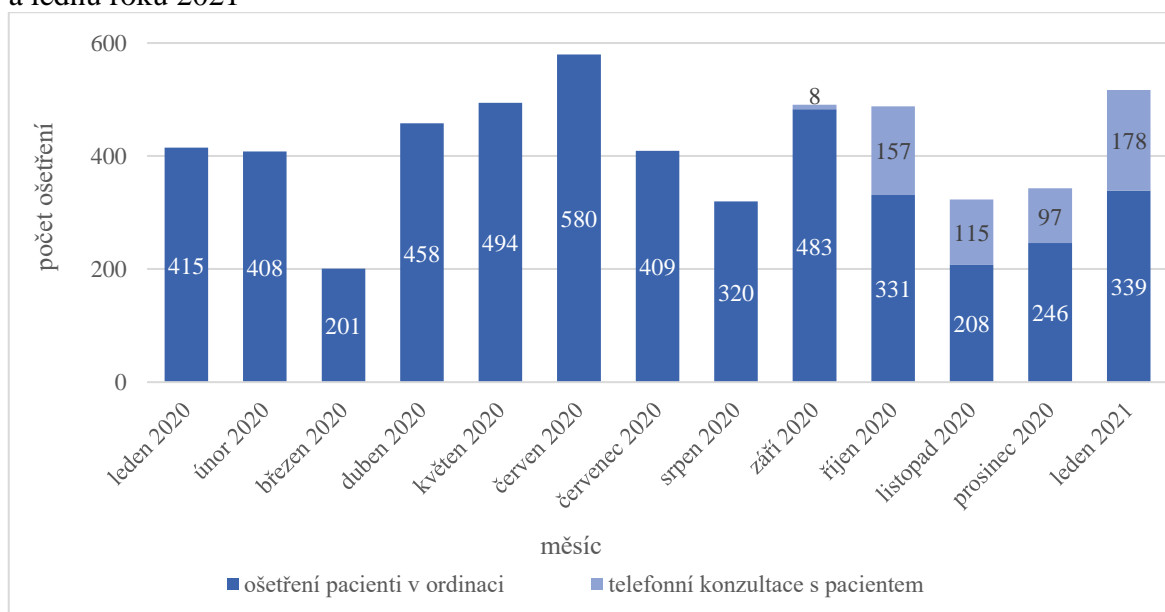
Praktické lékaře nepostihla nová situace spojená s onemocněním covid-19 tak silně, avšak na fungování ordinace praktického lékaře se poznamenala. Zpřísnily se hygienické podmínky v ordinaci, které stejně jako pro obyvatele obsahovaly povinnost nošení roušek ve vnitřních prostorech, nutnost použití dezinfekce pacientů při příchodu do ordinace a dezinfekce ordinace mezi pacienty, která by však měla být samozřejmostí. Praktickým lékařům přibyla práce v podobě vystavování žádanek na PCR testy, která není samostatně finančně hodnocená, ale patří mezi administrativní výkony spadající do kapitační platby. Nově vznikl i výkon telefonní konzultace, který je některými pojišťovnami samostatně hodnocen od září roku 2020, pět veřejných pojišťoven ho samostatně nevykazuje a řadí ho do administrativních výkonů.

V roce 2020 se zvýšil zájem o očkování proti chřipce, které díky tomuto zvýšenému zájmu bylo nedostatkovým, z důvodu objednávání počtu vakcín v předchozím roce 2019.

Vybraná praktická lékařka potvrdila zvýšený zájem o očkování proti chřipce, který kvůli malému množství vakcín způsobil i agresi mezi pacienty. Praktická lékařka v roce 2020 naočkovala přesně 200 pacientů vakcínou proti chřipce, které měla objednané dle zájmu pacientů z minulých let od podzimu roku 2019. Toto očkování proběhlo především v září roku 2020 a posledních 8 vakcín očkovala lékařka v říjnu roku 2020. Očkování proti chřipce je hrazeno z veřejných zdrojů pouze u určitých osob, a to u obyvatel starších 65 let věku, diabetiků, obyvatel se závažným onemocněním kardiovaskulární soustavy, obyvatel s plicním onemocněním a obyvatel po splenektomii (chirurgickém odstranění sleziny).

Vybraná praktická lékařka potvrdila podepsání dodatků k úhradě sjednaných výkonů spojenými s novým vykazovaným výkonem telefonické konzultace, který podepsala se 2 pojišťovnami. Tyto dodatky byly platné od září roku 2020. Výše hodnoty telefonické konzultace dle dodatkových smluv byla stanovena na 176 Kč. V grafu 23 jsou vyobrazeny měsíční počty vyšetřených pacientů spolu s počtem telefonických konzultací s pacienty za rok 2020 a leden roku 2021.

Graf 23 Počet vyšetření a telefonních konzultací vybrané praktické lékařky v roce 2020 a lednu roku 2021



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 23 zobrazuje počet vyšetření vybrané praktické lékařky za období leden 2020 – leden 2021. Průměrný měsíční počet ošetřených pacientů v předchozích letech byl kolem 400 vyšetřených pacientů. Počty ošetřených pacientů v měsících leden a únor roku 2020 odpovídaly průměrnému počtu ošetřených pacientů. V měsíci březnu 2020 bylo ošetřeno pouze 201 pacientů, z důvodu dovolené praktické lékařky od 10. března do 31. března 2020. Počet ošetřených pacientů od dubna do června 2020 stoupal a nejvyšší jejich počet vybraná praktická lékařka zaznamenala v červnu roku 2020, kdy počet vyšetřených pacientů činil 580 pacientů. V červenci roku 2020 počet ošetřených pacientů dosahoval průměrného počtu ošetřených pacientů a v srpnu 2020 odpovídal počtu vyšetření v předchozích letech. V září 2020 počet ošetřených pacientů stoupl na 483 pacientů a lze v něm již pozorovat počet vykázaných telefonních konzultací s pacientem, které v tomto měsíci činily 8 konzultací. V měsících říjen, listopad a prosinec roku 2020 se počet ošetřených pacientů snížil vůči průměrnému počtu až o polovinu, zároveň však došlo k navýšení počtu telefonických konzultací. V lednu roku 2021 se navýšil počet ošetření pacientů v ordinaci vůči konci roku 2020 ale nedosahoval průměrného počtu ošetření, zároveň se zvýšil počet telefonických konzultací na 178 konzultací, kterých bylo od září roku 2020 nejvíce.

Praktická lékařka dále poskytla počet svých registrovaných pacientů, kteří byli v roce 2020 testováni na onemocnění covid-19. V ordinaci bylo za rok 2020 celkem vystaveno 267 žádank na PCR testy, z nichž 189 výsledků bylo pozitivních a 78 výsledků negativních. Přes 80 pacientů bylo zasláno na vyšetření Hygienickou službou a 20 pacientů bylo testováno při přijetí na jednotku intenzivní péče s těžkým průběhem onemocnění.

Na konci roku 2020 se v České republice začalo s očkováním proti onemocnění covid-19. Od 8. března 2021 mohou očkovat i praktičtí lékaři své registrované pacienty, kteří splňují podmínky poskytnutí této vakcíny a jsou řádně registrováni v centrálně registračním systému Ministerstva zdravotnictví ČR. Praktickým lékařům se tím navýšily pracovní povinnosti, ale pomůžou tím již tak přehlceným očkovacím centrům.

5 Výsledky a diskuze

Výdaje na zdravotní péči v České republice se každoročně navyšují. Jejich výše v roce 2018 byla 430 922 milionů korun českých. Výdaje na zdravotní péči jsou hrazené z veřejných a soukromých zdrojů. Mezi veřejné zdroje financování patří veřejné zdravotní pojišťovny, které zastiťují nejvyšší podíl na výdajích na zdravotní péči, a státní, krajské a obecní rozpočty. Mezi soukromé zdroje patří domácnosti, soukromé zdravotní pojišťovny, neziskové organizace a podniky, z nichž nejvyšší podíl na výdajích na zdravotní péči mají domácnosti a ostatní soukromé zdroje se na nich podílejí jen z velmi malé části. Přestože mezi sledovanými roky 2010 až 2018 došlo k poklesu podílu vynaložených výdajů z veřejných zdrojů, který v roce 2018 dosahoval 83,98 %, o 0,48 procentního bodu vůči roku 2010, ve kterém činil 84,46 %, představovaly výdaje z veřejných zdrojů většinový podíl na celkových výdajích na zdravotní péči. Osmdesátí procentní podíl veřejných výdajů s nejvyšším podílem výdajů vynaložených zdravotními pojišťovnami spolu s povinnými odvody zdravotního pojištění ve stanovené výši 13,5 % z určeného vyměřovacího, popřípadě minimálního vyměřovacího základu, a nízký podíl přímých plateb plátců potvrzují užití Bismarckova modelu v České republice.

Na celkové výdaje za zdravotní péči lze nahlížet z pohledu vynaložených výdajů na 1 obyvatele. Celkový počet obyvatel České republiky v roce 2018 činil 10 626 430 obyvatel, počet pojištěnců v režimu veřejného zdravotnictví byl 10 375 035 pojištěných obyvatel, z čehož vyplývá, že v roce 2018 bylo 251 395 obyvatel nepojištěných v klasickém veřejném režimu zdravotnictví, kteří tvořili 2,37 % obyvatel. Výdaje vynaložené na zdravotní péči 1 obyvatele potvrzují rostoucí míru růstu od roku 2015 do roku 2018, ve kterém výdaje na jednoho obyvatele dosahovaly 40 552 Kč. Celkový nárůst výdajů na jednoho obyvatele České republiky v roce 2018 činil 27,66 % vůči roku 2010, ve kterém tvořily výdaje na 1 obyvatele 31 766 Kč, tedy o 8 756 korun méně.

Nejvyšší výdaje na zdravotní péči náleží zdravotním pojišťovnám, které v letech 2010 až 2018 tvořily 65-70 % celkových výdajů na zdravotní péči. Výše výdajů zdravotních pojišťoven, přes jejich klesající podíl, se navýšila v roce 2018 o 52 024 milionů korun českých na 283 913 milionů vůči roku 2010. Přes polovinu výdajů zdravotních pojišťoven bylo určeno nemocničním zařízením, jejichž podíl na celkových výdajích zdravotních pojišťoven v roce 2018 stoupl o 4,58 procentního bodu na 57,71 % oproti roku 2010. Necelou čtvrtinu výdajů zdravotních pojišťoven tvořily výdaje na poskytovatele ambulantní

péče a ostatní výdaje vynaložily zdravotní pojišťovny na lůžková zařízení dlouhodobé péče, poskytovatele doplňkových služeb, lékáren a výdejen prostředků, poskytovatele preventivní péče, vlastní správu a ostatní poskytovatele nezařazených v tomto výčtu. Zdravotní pojišťovny vynaložily 67 193 milionů korun českých na ambulantní péči, do které se řadí samostatné ordinace lékařů, samostatné ordinace zubních lékařů, ambulantní centra, poskytovatelé služeb domácí péče a ostatní poskytovatelé ambulantní zdravotní péče, z nichž měly na výdajích nejvyšší podíl kolem 60 % samostatné ordinace lékařů, do kterých spadají samostatné ordinace praktických lékařů, gynekologů a specialistů.

Podstatnou část výdajů zdravotních pojišťoven tvořily výdaje vynaložené na nemocniční zařízení, oproti výdajům z veřejných rozpočtů, u kterých výše podílu výdajů vynaložených na nemocniční zařízení nepřesahovala 7% podíl. Výdaje z veřejných rozpočtů v roce 2018 činily 77 939 milionů korun českých. Nejvyšší podíly necelých 40 % z nich byly vynaloženy na lůžková zařízení dlouhodobé péče a správu systému zdravotní péče.

Na léčebnou péči bylo v roce 2018 vynaloženo 173 622 milionů korun českých, které představují nárůst o 26,45 % výdajů vůči roku 2010. Na výdajích na zdravotní léčebnou péči měla nejvyšší podíl ambulantní forma léčebné péče, která představovala přes polovinu výdajů na léčebnou péči a v roce 2018 dosahovala 61,5 %. Podíl lůžkové péče klesl v roce 2018 na 34,45 % z podílu dosahujícího 40,75 % v roce 2010. Denní forma léčebné péče tvořila ve sledovaných letech kolem 4 % výdajů.

Výdaje na ambulantní zdravotní péči v roce 2018 tvořily 86 622 milionů korun českých. Ambulantní péči poskytují samostatné ordinace lékařů, ambulantní centra, poskytovatelé služeb domácí péče a ostatní poskytovatelé ambulantní zdravotní péče. Nejvyšší podíl, který v roce 2018 činil 79,54 % výdajů na ambulantní péči, byl vynaložen na samostatné ordinace lékařů, do kterých jsou započteny ordinace registrujících lékařů včetně praktických lékařů spolu s ordinacemi specialistů. Podíl výdajů na poskytovatele služeb domácí péče se mezi roky 2010 až 2018 pohyboval kolem 2 %. Podíl ambulantních center na výdajích na ambulantní zdravotní péči se od roku 2010 do roku 2014 zvyšoval a dosáhl 14,46% podílu, který od roku 2015 do roku 2018 klesl o 18,43 procent na 11,55% podíl. Podíl ambulantních center v roce 2018 vůči roku 2010 byl vyšší o 0,22 procentního bodu. Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní zdravotní péči v roce 2018 tvořily 67 193 milionů korun českých, což představovalo 77,57 % celkových výdajů na ambulantní péči.

Celkový počet zdravotnických zařízení v České republice v letech 2010-2018 stoupal. V roce 2018 poskytovalo zdravotní péči 32 065 zdravotnických zařízení. Navýšení počtu zařízení v roce 2018 vůči roku 2010 bylo o 3 997 zařízení a tvořilo 14,24% nárůst. Většinový podíl dosahující přes 85 % počtu zdravotnických zařízení představovaly samostatná ambulantní zařízení, rozdělená na samostatné ordinace primární péče, samostatné ordinace specialisty, polikliniky a sdružená ambulantní zařízení, zdravotnická střediska a ostatní ambulantní zařízení. V roce 2018 bylo zaznamenáno 27 699 samostatných ambulantních zařízení, které tvořily 86,38 % z celkového počtu zdravotnických zařízení. Jejich počet se od roku 2010 do roku 2018 navýšil o 3 404 zařízení představující 14% nárůst, jenž odpovídá celkovému nárůstu zdravotnických zařízení, tedy rostl souměrně s ním.

Podíl samostatných ambulantních ordinací primární péče na samostatných ambulantních zařízeních mezi roky 2010 a 2018 postupně klesal. V roce 2018 tvořily samostatné ambulantní ordinace 48,43% podíl samostatných ambulantních zařízení, zatímco v roce 2010 53,83% podíl. Pokles podílu ordinací primární péče byl zapříčiněn mírnějším růstem počtu jejich ordinací, který se v roce 2016 zastavil a v letech 2017 a 2018 dokonce klesl. Počet samostatných ambulantních ordinací primární péče v roce 2018 byl 13 416 ordinací. Samostatných ordinací praktických lékařů v roce 2018 bylo v České republice 6 462 ordinací, z nichž 4 587 ordinací tvořily ordinace všeobecných praktických lékařů a 1 875 ordinace praktických lékařů pro děti a dorost.

V roce 2018 bylo 6 661 praktických lékařů přepočtených na 1 plný úvazek, z nichž bylo 4 702 všeobecných praktických lékařů a 1 959 praktických lékařů pro děti a dorost. V roce 2010 bylo 6 632 přepočtených praktických lékařů, z nichž 4 597 všeobecných praktických lékařů a 2 035 praktických lékařů pro děti a dorost. Přestože se celkový přepočtený počet praktických lékařů v roce 2018 zvýšil o 29 lékařů vůči roku 2010, snížil se počet praktických lékařů pro děti a dorost o 76 lékařů a tím jejich počet klesl pod 2 tisíce lékařů. Naopak počet všeobecných praktických lékařů v roce 2018 vzrostl o 105 lékařů vůči roku 2010. Počet praktických lékařů tvořil v roce 2018 podíl 13,29 % na celkovém počtu 50 116 přepočtených lékařů na 1 plný úvazek.

Počet praktických lékařů v roce 2010 činil 7 069 lékařů, z nichž bylo vypočteno 6 632 praktických lékařů na 1 plný úvazek. Počet praktických lékařů přepočtený na 1 plný úvazek

neodpovídá počtu praktických lékařů. Praktický lékař může dělat pouze na částečný úvazek, například kvůli svému věku, částečnému úvazku praktického lékaře a částečnému úvazku lékaře v jiných zdravotnických zařízeních jako jsou nemocnice, nebo z vlastního rozhodnutí. Počet praktických lékařů a jejich přepočtený počet v roce 2018 bohužel není možné z výsledků srovnat, ale lze jimi řady doplnit. Zatímco počty přepočtených praktických lékařů na 1 plný úvazek od roku 2010 do roku 2015 rostly, v roce 2016 klesly a od roku 2016 do roku 2018 se opět zvyšovaly, počty praktických lékařů od roku 2010 rostly do roku 2012, v roce 2013 klesly a v roce 2020 zaznamenaly velký pokles vůči roku 2013. Počty praktických lékařů zaznamenaly významný pokles, kdežto počet praktických lékařů přepočtených na 1 plný úvazek, při zohlednění jeho trendu bez možnosti extrémní odchylky od počtu praktických lékařů přepočtených na 1 plný úvazek, se pohyboval ve stejných hodnotách, a naopak mírně rostl. Z toho lze usoudit, že přes významný pokles praktických lékařů, který v roce 2018 představoval 5 846 praktických lékařů, v České republice je udržována kvantita poskytovaných služeb praktickými lékaři tím, že si praktičtí lékaři navyšují úvazky v tomto oboru.

Důležitým faktorem při pohledu na zabezpečení zdravotní péče poskytované praktickými lékaři je věková struktura praktických lékařů, která však byla vykazována pouze do roku 2013. Přesto z ní je patrné, jak se změnila věková struktura v letech 2010 až 2013 a jakým směrem a problémům tím způsobeným věková struktura praktických lékařů směřuje. Vývoj věkové struktury od roku 2010 do roku 2013 zaznamenával nízký počet nových praktických lékařů do 29 let věku pohybující se kolem 100 lékařů, který se nenavyšoval. Počet praktických lékařů ve věku 30-39 let se v roce 2013, ve kterém tvořil 596 lékařů, podstatně zvýšil o 106 % vůči roku 2010, ve kterém působilo 289 praktických lékařů v tomto věku, přesto však tvořil pouhých 8 % praktických lékařů. Nejvyšší pokles praktických lékařů byl evidován ve věkové skupině 50-59 let, která představovala nejvyšší podíl praktických lékařů, v roce 2010 3 319 lékařů tvořící 46,95% podíl, a v roce 2018 již 2 864 praktických lékařů tvořící 38,85% podíl. K nárůstům počtu lékařů docházelo ve věkových skupinách 60-69 let na 2 032 lékařů a starších 70 let na 451 lékařů. Praktičtí lékaři stárnou, zatímco nových mladých praktických lékařů nepřibývá dostatek. V roce 2019 činil průměrný věk praktického lékaře 57 let a 20 % praktiků dosahovalo důchodového věku, což při ukončení praxe praktického lékaře odchodem do starobního důchodu může způsobit problém v poskytování primární péče praktickými lékaři (Pavlíková, 2019). Potřebu praktických lékařů v důchodovém věku

potvrzuje i vybraná lékařka, která je již 8 let v důchodovém věku a dále vykonává svou lékařskou praxi.

Se snižujícím se počtem praktických lékařů souvisí zvyšující se počet obyvatel připadajících na 1 praktického lékaře. Počet obyvatel na 1 praktického lékaře v roce 2010 činil 1 488 obyvatel, v roce 2020 počet obyvatel na praktického lékaře vzrostl o 22,92 % vůči roku 2010 na 1 829 obyvatel. Tento počet obyvatel na 1 praktického lékaře představuje průměr počtu obyvatel starších 19 let věku na praktického lékaře pro dospělé a obyvatel do 19 let věku na praktického lékaře pro děti a dorost. Počty obyvatel připadajících na praktického lékaře pro děti a dorost jsou významně vyšší vůči počtu osob připadajících na všeobecné praktické lékaře. Praktický lékař není legislativně limitován maximálním počtem registrovaných pacientů, subjektivně se může rozhodnout, kolik pacientů registruje a může odmítnout registraci pacienta v případě svého rozhodnutí o překročení počtu registrovaných pacientů, která by mohla zapříčinit nedostatečnou kvalitu poskytovaných služeb. Limitován může být také rozhodnutím ze strany zdravotních pojišťoven, které mohou odmítnout hradit za více pojištěnců, než je domluvený počet, ve kterém jsou zohledněné geografické, výkonové a jiné faktory pro zajištění zdravotní péče. Lékaři nemají počet registrovaných pacientů roven počtu připadajícího na 1 praktického lékaře, ale jejich počet je ovlivněn zájmem pacientů, dostupností, pověstí lékaře a mnoho dalšími faktory, což potvrzuje vybraná praktická lékařka, která má 2 000 registrovaných pacientů, a k tomu se stará o dalších 500 pacientů v rámci pracovnělékařských služeb.

Rozdíly vytížení praktických lékařů lze pozorovat i mezi kraji České republiky díky počtu obyvatel na 1 praktického lékaře v kraji. Přestože v kraji Hlavní město Praha žije nejvíce obyvatel, patří k nejméně vytíženým krajům ČR, a to především proto, že v něm působí nejvíce praktických. V roce 2020 v hlavním městě Praze působilo 900 praktických lékařů, na které připadalo 1 473 obyvatel na jednoho praktického lékaře. To však neodpovídá reálným počtům registrovaných pacientů, které jsou především u lékařů ve velkých městech jako je Praha zvyšovány o počty pacientů registrujících se u praktických lékařů v jiném městě, obci či kraji, než žijí, například pokud dojíždějí každý den do práce do většího města v jiném kraji s vyšším počtem praktických lékařů, než je poskytováno v jejich kraji. Tuto myšlenku potvrzuje i vybraná praktická lékařka, která provozuje svou činnost v Hlavním městě Praha, jejíž registrovaní pacienti jsou z větší části z Prahy ale důležitou část tvoří i pacienti z jiných krajů, například ze Středočeského kraje.

Středočeský kraj měl v roce 2020 nejvyšší počet obyvatel na praktického lékaře činící 2 470 obyvatel. Lze však předpokládat, že vytíženost praktických lékařů v tomto kraji nebude tak vysoká, protože Středočeský kraj obklopuje hlavní město Prahu a velký počet obyvatel žijících především v blízkých vesnicích, popřípadě městech, u Prahy zde žijí především kvůli dobré dostupnosti do Prahy, ve které jsou zaměstnáni a ve které mají i svého praktického lékaře. V České republice byly v roce 2020 i okresy, ve kterých nepůsobil žádný praktický lékař pro děti a dorost. Jednalo se o okresy Plzeň-sever, Prachovice, Rokycany, Tábor a Tachov. Veřejné pojišťovny mají povinnost zajistit poskytování ambulantní primární péče všem svým pojištěncům v maximální dojezdové době 35 minut, což je dle výsledků VZP splněno.

Praktičtí lékaři stárnou a zároveň jsou více vytíženi, protože jejich počet klesá. Nejvíce vytížení praktičtí lékaři jsou praktičtí lékaři pro děti a dorost. Zabezpečení zdravotní péče poskytované praktickými je v současné době optimální, a to především díky lékařům pracujícím v důchodovém věku.

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři je financována primárně veřejnými pojišťovnami formou kombinované kapitačně výkonové platby, popřípadě kombinované kapacitně výkonové platby s dorovnáním kapacity v určených případech.

Kapitačně výkonová platba je složena z kapitační platby a výkonů, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě. Kapitační platba je tvořena ze základní kapitační sazby, jejíž hodnota se určuje dle splnění určitých podmínek spojenými s ordinačními hodinami a možností objednání, a navyšování sazby podle dalších podmínek jako je celoživotní vzdělávání, akreditace nebo splnění daného počtu určitých výkonů. Základní sazba v roce 2020 byla stanovena na 56 Kč při splnění nejméně 30 ordinačních hodin minimálně jednou týdně prodloužených do 18 hodin, s možností alespoň 2 dní v týdnu se objednat na pevně stanovenou hodinu, 50 Kč při splnění nejméně 25 ordinačních hodin minimálně jednou týdně prodloužených do 18 hodin, nebo jako minimální kapitační sazba pro praktického lékaře pro děti a dorost a 48 Kč jako minimální sazba pro všeobecné praktického lékaře. Navyšování sazeb od roku 2011 začalo v roce 2015 a projevovalo se především u poskytovatelů splňující nejvyšší podmínky, u kterých došlo mezi roky 2011 až 2021 k navýšení o 6 Kč na pojištěnce, zatímco u ostatních skupin navýšení činilo 1 Kč. Výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě mají stanovenou hodnotu bodu, ta byla v roce 2020 u sedmnácti v zákoně

vyjmenovaných výkonů stanovena na 1,20 Kč a u ostatních výkonů a za výkony u neregistrovaného pojištěnce uznaných zdravotní pojišťovnou na 1,19 Kč. I tyto sazby se dají navýšit při splnění podmínek předložením dokladu celoživotního vzdělání lékaře nebo určitého počtu ordinačních hodin a možností objednání. Hodnoty bodu jsou stanoveny i pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům ve výši 1,29 Kč pro rok 2020 nebo pro výkon přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů ve výši 1 Kč v roce 2020.

Výši kapitačně výkonové platby také ovlivňují indexy věkových skupin, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům v základní věkové skupině určené na 15 až 19 let. Nejvyšší index 4,10 v roce 2020 patřil k věkové skupině 0-4 roky, druhý nejvyšší index 3,40 ke skupině 85 a více let. Jsou však 2 skupiny, které mají hodnotu indexu nižší než jedna a tou jsou pojištěnci ve věku 20-24 let a 25-29 let. K vývoji výše indexů v letech 2011 až 2021 došlo pouze u věkových skupin mladších než 15 let, z nichž nejčtenější navýšení hodnoty indexu bylo zaznamenáno u věkové skupiny 0-4 roky, ve které došlo k navýšení celkem třikrát v letech 2016, 2019 a 2020 o 0,19 hodnoty indexu z hodnoty 3,91 v roce 2011 na hodnotu indexu 4,10, a nejvyšší navýšení hodnoty indexu u věkové skupiny 5-9 let, které se navýšilo dvakrát v letech 2016 a 2020 o 0,20 hodnoty indexu z hodnoty 1,7 na hodnotu indexu 1,90.

Minimální měsíční kapitační platba v roce 2020, lékaře s průměrným počtem pojištěnců, s minimální výší kapitační sazby bez jejího navyšování, bez zohlednění věkových indexů a při nevykonání žádného hrazeného výkonu mimo kapítaci, byla u všeobecného praktického 90 720 Kč a u praktických lékařů pro děti a dorost 94 500 Kč. Maximální minimální měsíční kapitační platba praktického lékaře s průměrným počtem pacientů v roce 2020 při splnění maximální sazby, které dosáhne praktický lékař splněním podmínky poskytování lékařských služeb v rozsahu minimálně 30 ordinačních hodin týdně, z nichž alespoň jeden den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy minimálně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu je umožněno pacientům objednání na určitou hodinu, jejího maximálního navýšení v podobě splnění dalších podmínek, ke kterým patří prokázání o celoživotním vzdělávání, vykázaní výkonu komplexního nebo opakovaného komplexního vyšetření alespoň u 30 % registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku 40-80 let a získání a uznání udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu a při zohlednění průměrných indexů věkových skupin spočtených

pro věkové skupiny do 19 let věku na 2,1125 hodnotu indexu a pro věkové skupiny starší 20 let věku na 1,625 hodnotu indexu, činila u všeobecných praktických lékařů 178 440 Kč a u praktických lékařů pro děti a dorost 229 975 Kč.

Příjmy a výdaje praktických lékařů a jejich výši lze demonstrovat na příjmech a výdajích vybrané praktické lékařky.

Příjmy praktické lékařky tvoří kapitačně výkonové platby, výkony hrazené zadavatelem poskytnuté na jeho žádost, mezi které patří výpisy z dokumentace, vyšetření zdravotní způsobilosti k řidičskému či zbrojnímu průkazu, vystavení zdravotního a potravinářského průkazu a jiné služby nehrazené ze zdravotního pojištění jako očkování při nesplnění podmínek jeho hrazení, výkony hrazené zaměstnavatelem za zaměstnance, výkony hrazené řádně nepojištěným pacientem a výkony provedené na žádost státních orgánů, tedy pro PSSZ-LPS (pražská správa sociálního zabezpečení – lékařská posudková služba), úřad práce, policii ČR či soudy. Hlavním příjmem v roce 2020 byla kapitačně výkonová platba tvořící necelých 97 % celkových příjmů. Celkové průměrné měsíční příjmy vybrané praktické lékařky činily 185 000 Kč.

Výdaje praktické lékařky tvoří provozní a mzdové výdaje. Mezi mzdové výdaje se řadí mzda zdravotní sestry včetně hrazeného sociálního a zdravotního pojištění a dohody o provedení práce v zástupu za lékaře či sestru. Zdravotní a sociální pojištění lékařka musí hradit i za sebe. Do provozních výdajů patří nájem a vybavení ordinace, energie (elektrina, vodné a stočné, teplo), internetové a telefonní služby, zajištění pracovních oděvů, obuvi a ochranných pomůcek, pojištění, servisní výdaje, poplatky za lékařské programy, certifikáty elektronických úkonů, pořízení a údržba čističky vzduchu, klimatizace, trezoru na opiáty a lednic, úklid a údržba prostor, hygienické prostředky, likvidace infekčního materiálu, kancelářské potřeby, nákupy léků do ordinace a vakcín na očkování, povinné vybavení k poskytování první pomoci a resuscitaci, platby lékařské komoře, svazu praktických lékařů a lékařskému informačnímu centru a výdaje na provoz automobilu užívaného k pracovní potřebě. Nejvyšším měsíčním výdajem vybrané praktické lékařky byla v roce 2020 mzda zdravotní sestry, která spolu s hrazeným zdravotním a sociálním pojištěním tvořila třetinu výdajů praktické lékařky. Zákonné výdaje ve formě záloh na zdravotní a sociální pojištění a na daň z příjmů představovaly desetinu výdajů na celkových měsíčních výdajích praktické lékařky. Celkové průměrné měsíční výdaje vybrané praktické lékařky činily necelých 150 000 Kč.

Přestože průměrné měsíční příjmy praktické lékařky dosahovaly v roce 2020 přes 180 000 Kč, díky vysokým průměrným výdajům dosahujícím necelých 150 000 Kč, čisté měsíční příjmy lékařky tvořily 32-36 tisíc korun českých. Poměr příjmů a výdajů a výši čistých příjmů vybrané praktické lékařky potvrdila i prostudovaná daňová přiznání poskytnutá pro nahlédnutí praktickou lékařkou za období 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 a 2020.

Příjmy praktických lékařů mohou budit dojem, že díky jejich výši mají praktičtí lékaři hodně peněz. Názory na dostatečné odměňování lékařů se velmi liší, někteří si myslí, že je odměňování nedostatečné, jiní zase že odměny jsou vysoké. Příjmy praktických lékařů, kteří mají vysoký počet registrovaných pacientů a k tomu splňují podmínky pro navyšování kapacitně výkonové platby mají vyšší příjem, ale s ním se pojí i vysoké výdaje na provoz ordinace. Jejich skutečný příjem, dle výsledků příjmů a výdajů prezentovaných u vybrané všeobecné lékařky, pak spíše odpovídá výši průměrné mzdy v České republice, která v roce 2020 činila 34 535 Kč.

6 Závěr

Zdravotní péče v České republice je financována z veřejných i soukromých zdrojů. Většinový podíl výdajů na poskytovanou zdravotní péči je hrazen z veřejných zdrojů, z nichž nejvýznamnější podíl výdajů mají zdravotní pojišťovny. Podíl výdajů z veřejných zdrojů financování, povinné zdravotní pojištění a podíl výdajů domácností na zdravotní péči potvrzují užití Bismarckova modelu v České republice. Výdaje na zdravotní péči se každoročně zvyšují neúměrně růstu počtu obyvatel, a dochází k navyšování výdajů na zdravotní péči na 1 obyvatele. Meziroční růst výdajů na zdravotní péči se zvyšuje.

Zabezpečení zdravotní péče poskytované praktickými lékaři je v současné době dostačující. Alarmující je ale počet praktických lékařů v důchodovém věku a nedostatek mladých lékařů vzdělávajících se v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Praktických lékařů pro děti a dorost je výrazně méně než všeobecných praktických lékařů. Poměr praktických lékařů neodpovídá poměru počtu obyvatel ve věku do 19 let věku, kteří spadají do péče praktických lékařů pro děti a dorost, a obyvatel starších 19 let. V případě odchodu všech praktických lékařů v důchodovém věku do starobního důchodu, by nastala nouze o praktické lékaře a část obyvatel by přišla o první kontakt se zdravotní péčí a musela by se sama rozhodnout, ke kterému specialistovi se objednat. Praktický lékař je důležitým článkem a pilířem pro správné fungování zdravotního systému a jejich počet by měl být navýšen.

Financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři je v České republice zajišťováno především formou kombinovaných kapitačně výkonových plateb z veřejného pojištění, které tvoří téměř veškeré příjmy praktických lékařů. Malou část příjmů praktických lékařů tvoří poskytované služby nad rámec dohod sjednaných se zdravotními pojišťovnami, které hradí zadavatel, kterým může být pacient, zaměstnavatel nebo státní orgán. Průměrné měsíční příjmy praktických lékařů jsou vysoké, ale jsou provázány vysokými výdaji na provoz ordinace. Čisté příjmy praktických lékařů podle příjmů a výdajů prezentované praktické lékařky jsou spíše rovny průměrné měsíční mzdě v České republice.

7 Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

ARNOLDOVÁ, A. *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. ISBN 9788024780238

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s.r.o., 2005. ISBN 80-86119-92-0.

GIVAN, R. K. *The Challenge of change: reforming health care on the front line in the United States and the United Kingdom*. New York: ILR Press, 2016, ISBN 978-1-5017-0602-8.

HAMPLOVÁ, L. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishig, a.s., 2020. ISBN 9788024755625

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

KOŠTA, O. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 9788024744223

KUKALOVÁ, G., MORAVEC, L. *Systém sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v ČR*. Vydání čtvrté. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2019, 85 s. ISBN 978-80-213-2964-5.

MAAYTOVÁ, A. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.

PRŮŠA, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2011, 60 s. ISBN 978-80-7416-097-4.

SEIFERT, B. ČELENDOVÁ, L. a kol. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: karolinum Press. 2012. 194 s. ISBN 9788024620824

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

ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vyd. upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8

Elektronické zdroje

BUREŠ, Michal. *Zdravotní pojištění u zaměstnance, OSVČ a při práci na dohodu v roce 2020* [online]. 2020 [cit. 4. 12. 2020]. Dostupné z: https://www.finance.cz/530496-zdravotni-pojisteni-zamestnanec-dpp-dpc-osvc-obzp/?_fid=khwr#survey-place

ČESKO. Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. *Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb* [online]. 2012 © AION CS 2010-2021 [cit. 1. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

ČESKO. Vyhláška č. 201/2018 Sb. (2018). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019* [online]. 2018 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 268/2019 Sb. (2019). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020* [online]. 2019 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 273/2015 Sb. (2015). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016* [online]. 2015 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 324/2014 Sb. (2014). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015* [online]. 2014 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 348/2016 Sb. (2016). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017* [online]. 2016 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 353/2017 Sb. (2017). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018* [online]. 2017 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 396/2010 Sb. (2010). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011* [online]. 2010 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 425/2011 Sb. (2011). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012* [online]. 2011 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 428/2013 Sb. (2013). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014* [online]. 2013 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 428/2020 Sb. (2020). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021* [online]. 2020 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 475/2012 Sb. (2012). *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013* [online]. 2012 © AION CS 2010-2021 [cit. 6. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>

ČESKO. Vyhláška č. 70/2012 Sb. *Vyhláška o preventivních prohlídkách* [online]. 2012 © AION CS 2010-2021 [cit. 22. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70> upravená vyhláškou č. 317/2016 Sb. *Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách* [online]. 2016 © AION CS 2010-2021 [cit. 22. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-317#f5901440>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. 2011 © AION CS 2010-2021 [cit. 8. 2. 2021]. V novelizované verzi Novelou č. 165/2020 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. 1997 © AION CS 2010-2021 [cit. 8. 2. 2021]. V novelizované verzi Novelou 569/2020 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ČESKO. Zákon č. 592/1992 Sb. *České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. 1992 © AION CS 2010-2021 [cit. 4. 1. 2021]. V novelizované verzi Novelou č. 231/2020 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>

ČESKO. Zákon č. 95/2004 Sb. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta* [online]. 2004 © AION CS 2010-2021 [cit. 8. 2. 2021]. V novelizované verzi Novelou č. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>

ČLK. *Seznam lékařů* [online]. 2020 [cit. 31. 12. 2020]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/seznam-lekaru-426.html#seznam>

ČSÚ. *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2018* [online]. © Český statistický úřad, Praha, 2020 [cit. 8. 2. 2021]. Všechny tabulky publikace. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2010-2018>

MZČR. *Seznam zdravotních výkonů* [online]. 2021a ©2016 Seznam zdravotních výkonů [cit. 10. 3. 2021]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=001&aktivni=true>

MZČR. *Seznam zdravotních výkonů* [online]. 2021b ©2016 Seznam zdravotních výkonů [cit. 10. 3. 2021]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=002&aktivni=true>

PAVLÍKOVÁ, Jitka. *Bez důchodců se praktické lékařství zhroutí, říká odborník* [online]. 2019 [cit. 8. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/bez-duchodcu-se-prakticke-lekarstvi-zhrouti-rika-predseda-sdruzeni-praktickyh-lekaru.A190109_113112_ln-zdravi_ape

Státní správa. *Kraje, okresy, obce* [online]. 2021 [cit. 1. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.statnisprava.cz/rstsp/redakce.nsf/i/kraje_okresy_obce

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010* [online]. 2011 © ÚZIS ČR, 2011 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7280-966-0. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2011_0.pdf

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011* [online]. 2012 © ÚZIS ČR, 2012 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7472-024-6. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2011_0.pdf

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012* [online]. 2013 © ÚZIS ČR, 2013 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7472-083-3. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2012.pdf>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. 2014 © ÚZIS ČR, 2014 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7472-135-9. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2013.pdf>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2014* [online]. 2016a © ÚZIS ČR, 2016 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2014.pdf>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2015* [online]. 2016b © ÚZIS ČR, 2016 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2015.pdf>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [online]. 2017 © ÚZIS ČR, 2017 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdroccz2016.pdf>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2017* [online]. 2018a © ÚZIS ČR, 2018 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdrroccz_2017.pdf

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018* [online]. 2019 © ÚZIS ČR, 2019 [cit. 1. 2. 2021]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

ÚZIS ČR. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2017 NZIS REPORT č. K/17 (08/2018)* [online]. 2018b [cit. 1. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf

ÚZIS ČR. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost za období 2007–2019 NZIS REPORT č. K/18 (08/2020)* [online]. 2020 [cit. 1. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf

VZP ČR. *Vyměřovací základ a výpočet pojistného* [online]. 2021 © 2021 VZP ČR [cit. 3. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/vymerovaci-zaklad-a-vypocet-pojistneho>

8 Přílohy

Příloha 1 Podklad pro graf 2	I
Příloha 2 Podklady pro graf 3	II
Příloha 3 Podklad pro graf 4	III
Příloha 4 Podklady pro graf 6	IV
Příloha 5 Podklady pro graf 7	V
Příloha 6 Podklady pro graf 8	VI
Příloha 7 Podklady pro graf 9	VII
Příloha 8 Podklad pro graf 11	VIII
Příloha 9 Podklad pro graf 18	IX
Příloha 10 Podklad pro graf 21	X
Příloha 11 Vypočtený počet praktických lékařů, podklad pro graf 15	XI
Příloha 12 Ceníky vybrané praktické lékařky hrazených služeb	XIII
Příloha 13 Seznam hrazených výkonů	XIV

Příloha 1 Podklad pro graf 2

Tabulka 9 Výdaje na zdravotní péči dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018
(v mil. Kč)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Státní rozpočet	45 187	44 582	44 638	47 499	50 721	52 622	55 895	62 090	69 503
Krajské a obecní rozpočty	5 091	5 928	5 998	6 200	6 250	6 277	6 614	7 774	8 436
Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700	252 169	283 913
Soukromé zdravotní pojištění	427	477	520	475	537	478	484	539	564
Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	8 479	8 995	9 544
Podniky – závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	915	1 259	1 769	1 197
Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	51 215	54 051	57 765
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	387 388	430 922

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 2 Podklady pro graf 3

Tabulka 10 Výdaje na zdravotní péči z veřejných rozpočtů dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč)

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nemocnice	3249	3275	3402	3794	4340	3646	3220	4870	4814
Lůžková zařízení dlouhodobé péče	18049	18372	18402	19353	20510	21837	23700	26291	30078
Poskytovatelé ambulantní péče	354	313	303,3	319	327	398	395	397	405,2
Doprava pacientů a záchranná služba	3425	3575	3642	3694	3636	3714	4192	4473	5105
Poskytovatelé preventivní péče	318	296	301,9	302	312	352	410	451	320
Správa systému zdravotní péče	4045	4075	3767	4192	4263	4355	4581	4202	5562
Ostatní odvětví ekonomiky	19266	19005	19168	20485	21596	22610	24328	26922	29080
Ostatní poskytovatelé nezařazení jinde	1571	1599	1651	1561	1987	1986	1685	2259	2574
Celkem	50277	50509	50636	53699	56971	58899	62509	69865	77939

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Tabulka 11 Tempo růstu výdajů na zdravotní péči z veřejných rozpočtů v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
výdaje na zdravotní péči z veřejných rozpočtů	50 277	50 509	50 636	53 699	56 971	58 899	62 509	69 865	77 939
tempo růstu		0,46	0,25	5,70	5,74	3,27	5,78	10,53	10,36

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 3 Podklad pro graf 4

Tabulka 12 Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele dle zdroje financování v ČR v letech 2010-2018 (v Kč)

Zdroj financování	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Veřejné zdroje celkem	26 829	27 137	27 458	27 786	27 703	27 825	28 415	30 411	34 052
Soukromé zdroje (bez domácností)	876	877	867	875	1 014	884	968	1 067	1 064
Domácnosti	4 060	4 194	4 210	4 135	4 417	4 682	4 847	5 104	5 436
Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele celkem	31 766	32 208	32 534	32 797	33 134	33 391	34 230	36 582	40 552

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 4 Podklady pro graf 6

Tabulka 13 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč)

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nemocnice	123 200	123 492	123 682	126 869	129 304	130 068	132 216	140 477	163 841
Lůžková zařízení dlouhodobé péče	2 654	2 509	2 544	2 466	1 982	2 500	2 226	2 042	2 134
Poskytovatelé ambulantní péče	53 070	56 017	55 493	57 602	56 348	56 097	56 894	60 227	67 193
Poskytovatelé doplňkových služeb	7 691	7 443	7 739	7 357	7 604	8 246	8 797	10 822	11 783
Lékárny a výdejny PZT*	33 394	34 299	35 704	32 771	27 433	26 886	27 604	28 187	29 447
Poskytovatelé preventivní péče	572	492	435	476	447	422	422	404	426
Správa zdravotních pojišťoven	6 749	6 944	6 773	7 100	7 048	6 490	6 486	6 371	6 763
Ostatní poskytovatelé nezařazení jinde	4 559	3 140	5 558	3 712	4 436	3 751	3 057	3 639	2 327
Celkem	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700	252 169	283 913

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Tabulka 14 Tempo růstu výdajů zdravotních pojišťoven v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
výdaje zdravotních pojišťoven	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700	252 169	283 913
tempo růstu		1,04	1,51	0,18	-1,60	-0,06	1,36	5,74	11,18

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 5 Podklady pro graf 7

Tabulka 15 Výdaje na léčebnou péči dle jejích forem v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
lůžková	55948	55740	54422	53489	52473	51431	50938	56302	59818
ambulantní (bez stomatologické)	59101	59364	61826	65040	61609	66461	67361	69255	86179
stomatologická	16829	17402	16378	16900	17491	17781	18230	19743	20694
denní	5238	5137	5185,1	5333	5561	5735	5720	6386,4	6714,9
domácí	186	183	176,64	186	179	192	187	189,32	215,92
léčebná péče celkem	137302	137826	137987	140948	137313	141600	142436	151875	173622

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Tabulka 16 Tempo růstu výdajů na léčebnou péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
výdaje na léčebnou péči	137 302	137 826	137 987	140 948	137 313	141 600	142 436	151 875	173 622
tempo růstu		0,38	0,12	2,10	-2,65	3,03	0,59	6,22	12,53

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 6 Podklady pro graf 8

Tabulka 17 Výdaje na ambulantní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč)

Typ poskytovatele	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
	37	37	37	39	38	40	41	42	48
Samostatné ordinace lékařů	679	915	764	236	481	159	153	952	158
Samostatné ordinace zubních lékařů	16	17	16	16	17	17	18	19	20
	674	169	143	704	447	495	030	546	740
Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	2 959	3 164	3 162	3 425	4 162	3 858	3 591	5 033	5 751
				10	10				10
Ambulantní centra	7 578	9 437	9 652	281	407	9 813	9 784	9 059	008
Poskytovatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 530	1 784	1 922	1 965
Poskytovatelé ambulantní péče	66	69	68	71	71	72	74	78	86
	878	798	801	780	988	856	342	513	622

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Tabulka 18 Tempo růstu výdajů na ambulantní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	66	69	68	71	71	72	74	78	86
výdaje na ambulantní péči	878	798	801	780	988	856	342	513	622
tempo růstu		4,18	-1,45	4,15	0,29	1,19	2,00	5,31	9,36

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 7 Podklady pro graf 9

Tabulka 19 Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči dle typu poskytovatele v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Samostatné ordinace lékařů	32 327	33 263	32 662	34 016	32 919	34 551	35 514	37 044	42 072
Samostatné ordinace zubních lékařů	9 552	9 428	9 337	9 338	9 008	8 255	8 393	9 288	9 592
Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	2 157	2 501	2 446	2 548	2 527	1 951	1 447	2 930	3 555
Ambulantní centra	7 578	9 437	9 651	10 273	10 403	9 810	9 755	9 042	10 008
Poskytovatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 530	1 784	1 922	1 965
Poskytovatelé ambulantní péče	53 070	56 017	55 493	57 602	56 348	56 097	56 894	60 227	67 193

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Tabulka 20 Tempo růstu výdajů zdravotních pojišťoven na ambulantní péči v ČR v letech 2010-2018 (v mil. Kč, v %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči	53 070	56 017	55 493	57 602	56 348	56 097	56 894	60 227	67 193
tempo růstu		5,26	-0,94	3,66	-2,23	-0,45	1,40	5,53	10,37

Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2020)

Příloha 8 Podklad pro graf 11

Tabulka 21 Počet lékařů samostatných ambulantních primární péče v ČR v letech 2010-2018 (v přepočtených počtech lékařů na 1 plný úvazek)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Praktický lékař pro dospělé	4 597,34	4 626,21	4 668,13	4 735,47	4 809,50	4 912,86	4 626,01	4 668,24	4 701,83
Praktický lékař pro děti a dorost	2 034,81	2 040,19	2 026,92	2 016,38	2 008,15	2 020,41	1 906,80	1 929,04	1 959,37
Zubní lékař	6 155,90	6 324,84	6 388,78	6 527,34	6 557,34	6 703,07	6 758,45	6 737,68	6 830,74
Gynekolog	1 241,04	1 239,72	1 254,82	1 275,60	1 284,97	1 323,94	1 271,57	1 231,98	1 279,93
Celkem	14 029,09	14 230,96	14 338,65	14 554,79	14 659,96	14 960,28	14 562,83	14 566,94	14 771,87

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS ČR (2019, s. 104), ÚZIS ČR (2018a, s. 104), ÚZIS ČR (2017, s. 104), ÚZIS ČR (2016b, s. 106), ÚZIS ČR (2016a, s. 96), ÚZIS ČR (2014, s. 122), ÚZIS ČR (2013, s. 122), ÚZIS ČR (2012, s. 122), ÚZIS ČR (2011, s. 120)

Příloha 9 Podklad pro graf 18

Tabulka 22 Počty vyšetření v regionálním srovnání ČR na tisíc osob v daném kraji v roce 2017

	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj
Počet ošetření - vyšetření praktickými lékaři pro dospělé	3198,50	2727,40	3622,99	3194,70	2896,59	3730,49	3561,75
Počet ošetření - vyšetření praktickými lékaři pro děti a dorost	5449,53	4383,61	5372,13	4662,32	5126,99	4918,67	4868,19
	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravskoslezský kraj
Počet ošetření - vyšetření praktickými lékaři pro dospělé	3497,23	3148,15	3020,19	3531,61	3840,80	3785,94	3239,93
Počet ošetření - vyšetření praktickými lékaři pro děti a dorost	5191,96	5147,89	5558,89	5613,27	6635,92	5735,29	5202,28

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

Příloha 10 Podklad pro graf 21

Tabulka 23 Počty registrovaných pacientů v regionálním srovnání ČR na tisíc osob v daném kraji v roce 2017

	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj
Počet registrovaných pacientů praktickými lékaři pro dospělé	850,70	645,67	726,97	748,01	648,38	685,97	709,39
Počet registrovaných pacientů praktickými lékaři pro děti a dorost	1007,21	861,00	942,45	944,49	868,74	958,77	929,08
	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravskoslezský kraj
Počet registrovaných pacientů praktickými lékaři pro dospělé	673,70	648,70	667,26	801,72	726,50	712,39	720,70
Počet registrovaných pacientů praktickými lékaři pro děti a dorost	926,02	888,04	996,75	1205,88	923,32	976,43	924,45

Zdroj: vlastní zpracování, ÚZIS (2018b), ÚZIS (2020)

Příloha 11 Vypočtený počet praktických lékařů, podklad pro graf 15

Tabulka 24 Počet praktických lékařů v okrese

	VPL	duplicita	VPL reálně	PLDD	duplicita	PLDD reálně
Benešov	52	4	48	7		7
Beroun	32	4	28	4		4
Blansko	64		64	5		5
Brno-město	366	30	336	41	5	36
Brno-venkov	116	9	107	9		9
Bruntál	51	4	47	2		2
Břeclav	55	4	51	6		6
Česká Lípa	62	3	59	3		3
České Budějovice	100	1	99	7		7
Český Krumlov	19		19	2		2
Děčín	68	11	57	9		9
Domažlice	35		35	2		2
Frýdek-Místek	116	8	108	26	4	22
Havlíčkův Brod	28		28	5		5
Hodonín	94	8	86	13		13
Hradec Králové	110	10	100	15		15
Cheb	43	2	41	8		8
Chomutov	42	1	41	6		6
Chrudim	55	6	49	2		2
Jablonec nad Nisou	44	5	39	5		5
Jeseník	15		15	2		2
Jičín	48	8	40	5		5
Jihlava	50	3	47	2		2
Jindřichův Hradec	49	9	40	6		6
Karlovy Vary	73	9	64	4		4
Karviná	117	5	112	21	1	20
Kladno	85	14	71	5		5
Klatovy	46	3	43	5		5
Kolín	29	3	26	4		4
Kroměříž	56	3	53	4		4
Kutná Hora	46	4	42	4		4
Liberec	76	4	72	11		11
Litoměřice	66	3	63	6		6
Louny	44	4	40	4		4
Mělník	48	4	44	3		3
Mladá Boleslav	50	1	49	11		11
Most	42	5	37	3		3
Náchod	52	2	50	6		6

Nový Jičín	67	6	61	7		7
Nymburk	44	6	38	5		5
Olomouc	149	7	142	16		16
Opava	101	16	85	11		11
Ostrava-město	216	17	199	19		19
Pardubice	86	10	76	30	2	28
Pelhřimov	47	6	41	7		7
Písek	39	1	38	3		3
Plzeň-jih	22		22	1		1
Plzeň-město	97	3	94	11		11
Plzeň-sever	26		26	0		0
Praha hlavní město	884	67	817	92	9	83
Praha-východ	45	2	43	7		7
Praha-západ	40	1	39	4		4
Prachatice	27		27	0		0
Prostějov	81	15	66	9		9
Přerov	63	3	60	4		4
Příbram	49	3	46	3		3
Rakovník	30	4	26	5		5
Rokycany	26	1	25	0		0
Rychnov nad Kněžnou	36	1	35	5		5
Semily	25	3	22	6		6
Sokolov	45	10	35	4		4
Strakonice	32		32	5		5
Svitavy	43	7	36	4		4
Šumperk	64	8	56	4		4
Tábor	60	5	55	0		0
Tachov	23		23	0		0
Teplice	41	4	37	2		2
Trutnov	44	3	41	4		4
Třebíč	53	6	47	2		2
Uherské Hradiště	103	20	83	7		7
Ústí nad Labem	41	1	40	4		4
Ústí nad Orlicí	79	7	72	9		9
Vsetín	65	5	60	7		7
Vyškov	41	2	39	4		4
Zlín	123	13	110	8		8
Znojmo	66	12	54	6		6
Žďár nad Sázavou	74	12	62	9		9
Celkem			5260			586

Zdroj: vlastní zpracování, ČLK (2020)

Příloha 12 Ceníky vybrané praktické lékařky hrazených služeb

Tabulka 25 Ceník pro registrované pacienty s dokumentací

vstupní prohlídka I. a II. Kategorie	475 Kč
prohlídka řidiče nad 65 let věku	400 Kč
zbrojní průkaz	500 Kč
vystavení zdravotního průkazu	400 Kč
výpis ze zdravotní dokumentace	250 Kč
výplnění pojistné události pro komerční pojišťovny	300 Kč
zpráva o zdravotním stavu na žádost pacienta	250 Kč
kopírování 1 stránky na žádost pacienta	3 Kč

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 26 Ceník pro neregistrované pacienty v rámci pracovnělékařských služeb

vstupní prohlídka I. a II. kategorie	700 Kč
vstupní prohlídka I. a II. kategorie s rizikem nebo s referenčním vozidlem	825 Kč
vstupní prohlídka III. a IV. kategorie	825 Kč
periodické a výstupní prohlídka I. a II. kategorie	475 Kč
periodické a výstupní prohlídka III. a IV. kategorie	600 Kč

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 27 Ceník pro zaměstnavatele za pracovnělékařské služby

kontrola pracovišť	1 500 Kč
vstupní prohlídka I. a II. Kategorie	780 Kč
vstupní prohlídka I. a II. kategorie s rizikem nebo s referenčním vozidlem	900 Kč
vstupní prohlídka III. a IV. Kategorie	900 Kč
periodické a výstupní prohlídka I. a II. kategorie	550 Kč
periodické a výstupní prohlídka III. a IV. kategorie	700 Kč

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 13 Seznam hrazených výkonů

Tabulka 28 Seznam hrazených výkonů a nákladů na ně vynaložených v odbornosti 001 všeobecné praktické lékařství

Číslo		Doba trvání	Omezení frekvencí	Přímé náklady	Osobní	Režijní náklady	Celkem
01021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	60	1/1 den	8,00	563,09	196,80	768
01022	OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	40	1/1 den	8,00	375,39	131,20	515
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	15	1/1 den	8,00	140,77	49,20	198
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	10	1/1 den	4,00	93,85	32,80	131
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA	10	1/1 den	0,00	48,26	32,80	81
01026	ČASNÝ ZÁCHYT DEMENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	15	1/1 den	0,00	140,77	49,20	190
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	10		0,00	48,26	32,80	81
01040	PODROBNÝ VÝPIS Z DOKUMENTACE	30		0,00	144,79	98,40	243
01146	STANOVENÍ D-DIMERU V ORDINACI	12	1/1 den	252,13	57,92	39,36	349
01147	STANOVENÍ SRDEČNÍHO TROPONINU T V ORDINACI	12	2/1 den	352,13	57,92	39,36	449
01148	STANOVENÍ PRO BNP V ORDINACI	12	1/1 den	669,13	57,92	39,36	766
01150	NÁVŠTĚVA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE U PACIENTA	0	1/1 den	60,00	0,00	0,00	60
01160	NÁVŠTĚVA LÉKAŘE U PACIENTA V DOBĚ MEZI 19–22 HOD.	0	1/1 den	100,00	0,00	0,00	100
01170	NÁVŠTĚVA LÉKAŘE U PACIENTA V DOBĚ MEZI 22–06 HOD.	0	1/1 den	200,00	0,00	0,00	200
01180	NÁVŠTĚVA LÉKAŘE U PACIENTA V DEN PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU	0		200,00	0,00	0,00	200
01185	PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	15	1/1 den	8,00	140,77	49,20	198
01186	PŘEVZETÍ PACIENTA PO ONKOLOGICKÉ LÉČBĚ DO PÉČE LÉKAŘE PRIMÁRNÍ PÉČE	40	1/1 rok	8,00	375,39	131,20	515
01188	NÁSLEDNÁ PROHLÍDKA PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	25	2/1 rok	8,00	234,62	82,00	325
01201	PÉČE O STABILIZOVANÉHO KOMPENZOVANÉHO DIABETIKA 2. TYPU PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	30	4/1 rok	0,00	281,54	98,40	380
01204	PÉČE O PREDIABETIKA PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	30	2/1 rok	0,00	281,54	98,40	380
01210	TEST MENTÁLNÍCH FUNKCÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	30	1/1 rok	0,00	144,79	98,40	243
01211	PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM	20	2/1 rok	0,00	187,70	65,60	253
01441	STANOVENÍ GLUKÓZY GLUKOMETREM	2	1/1 den	7,24	5,75	6,56	20
01443	KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ KRVNÍ SRÁŽLIVOSTI (INR) Z KAPILÁRNÍ KRVE (POCT)	5		143,17	24,13	16,40	184
01445	STANOVENÍ GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C V AMBULANCI	5	4/1 rok	131,21	9,65	16,40	157
15118	MANAGEMENT KOLOREKTÁLNÍHO SCREENINGU	15	50-55 let 1/1 rok, od 55 let 1/2 roky	0,00	140,77	49,20	190

15119	KOLOREKTÁLNÍ SCREENING- ANALYTICKÁ ČÁST, STANOVENÍ OKULTNÍHO KRVÁCENÍ VE STOLICI	5	50-55 let 1/1 rok, od 55 let 1/2 roky	125,96	46,92	16,40	189
15120	SIGNÁLNÍ VÝKON – STANOVENÍ OKULTNÍHO KRVÁCENÍ VE STOLICI SPECIÁLNÍM TESTEM V RÁMCI SCREENINGU KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU – NÁLEZ NEGATIVNÍ	0	bez omezení	0,00	0,00	0,00	0
15121	SIGNÁLNÍ VÝKON – STANOVENÍ OKULTNÍHO KRVÁCENÍ VE STOLICI SPECIÁLNÍM TESTEM V RÁMCI SCREENINGU KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU – NÁLEZ POZITIVNÍ	0	bez omezení;	0,00	0,00	0,00	0

Zdroj: vlastní zpracování, MZČR (2021a)

Tabulka 29 Seznam hrazených výkonů a nákladů na ně vynaložených v odbornosti 002
praktické lékařství pro děti a dorost

Číslo	Název	Doba trvání	Omezení frekvenc í	Přímé náklad y	Osobn í	Režijní náklad y	Celke m
02021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET	70	1/1 den	8,00	656,93	229,60	895,00
02022	OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET	50	1/1 den	8,00	469,24	164,00	641,00
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET	25	1/1 den	8,00	234,62	82,00	325,00
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET	20	1/1 den	4,00	187,70	65,60	257,00
02031	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET	60	1/1 den	8,00	563,09	196,80	768,00
02032	OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET	40	1/1 den	8,00	375,39	131,20	515,00
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET	15	1/1 den	8,00	140,77	49,20	198,00
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET	10	1/1 den	4,00	93,85	32,80	131,00
02037	SLEDOVÁNÍ NOVOROZENCE S MIMOŘÁDNÝMI NÁROKY NA PÉČI V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	30	1/1 den, max. 4/život	0,00	281,54	98,40	380,00
02039	ZÁCHYT A SLEDOVÁNÍ PACIENTA S OBEZITOU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	30	1/1 den, max. 6/1 rok	8,00	281,54	98,40	388,00
02100	PRAVIDELNÉ OČKOVÁNÍ PODLE PŘEDPISŮ O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ JE HRAZENO Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ – PŘÍPAD, KDY OČKOVACÍ LÁTKU NA ZÁKLADĚ VOLBY HRADÍ POJIŠTĚNĚC NEBO JEHO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	15	2/1 den	10,00	140,77	49,20	200,00
02105	PRAVIDELNÉ OČKOVÁNÍ PODLE PŘEDPISŮ O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ JE HRAZENO Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ – PŘÍPAD, KDY ZULP HRADÍ PŘÍSLUŠNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	15	2/1 den	10,00	140,77	49,20	200,00
02125	OČKOVÁNÍ VČETNĚ OČKOVACÍ LÁTKY, KTERÁ JE HRAZENA Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	15	2/1 den	10,00	140,77	49,20	200,00

02130	OČKOVÁNÍ V PŘÍPÁDECH, KDY OČKOVACÍ LÁTKA JE HRAZENÁ PODLE PŘEDPISŮ O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	15	2/1 den	10,00	140,77	49,20	200,00
02160	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S PACIENTEM/RODINOU – OČKOVÁNÍ PROVEDENO	30		0,00	281,54	98,40	380,00
02161	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S PACIENTEM/RODINOU – OČKOVÁNÍ ODMÍTNUTO	30		0,00	281,54	98,40	380,00
02200	NÁVŠTĚVA NOVOROZENCE DĚTSKOU, POPŘÍPADĚ VŠEOBECNOU SESTROU Z ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	60		0,00	172,50	196,80	369,00
02210	ODBĚR PRO NOVOROZENECKÝ SCREENING NEBO RESCREENING VROZENÝCH VAD U NOVOROZENCE	10	1/1 den	30,00	46,92	32,80	110,00
02220	RYCHLOTEST STREP A – PŘÍMÝ PRŮKAZ ANTIGENU STREPTOCOCCUS PYOGENES (STREP A) V ORDINACI	10	1/1 den	86,07	46,92	32,80	166,00
02222	PRŮKAZ INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST KULTIVACÍ NA TŘECH MÉDIÍCH	10	1/1 den	32,18	93,85	32,80	159,00
02230	KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ CRP (POCT)	5		78,28	9,65	16,40	104,00
02240	ČASNÝ ZÁCHYT PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	15		0,00	140,77	49,20	190,00
02245	SLEDOVÁNÍ NOVOROZENECKÉ ŽLOUTENKY V ORDINACI PLDD METODOU TRANSKUTÁNNÍ BILIRUBINOMETRIE	5		0,26	46,92	16,40	64,00
02250	OTOSKOPIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	10	1/1 den	0,09	93,85	32,80	127,00

Zdroj: vlastní zpracování, MZČR (2021b)