

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra ekonomických teorií**



## **Diplomová práce**

**Zajištění a financování zdravotnické záchranné služby  
v České republice**

**Běla Šafářová Pelikánová**

© 2022 ČZU v Praze



## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Běla Šafářová Pelikánová

Veřejná správa a regionální rozvoj – k. s. Hradec Králové

Název práce

**Zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice**

Název anglicky

**Provision and Funding of Emergency Medical Services in the Czech Republic**

---

### Cíle práce

Cílem diplomové práce je zhodnotit zajištění zdravotní služby poskytované zdravotnickou záchrannou službou a její financování. Bude hodnocena dostupnost této služby v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů. V rámci práce bude rozbrán systém financování této péče, zdroje úhrady péče a komplexního zajištění fungování ZZS v ČR. Předmětem práce je péče jak přednemocniční neodkladná, tak i přeprava pacientů neodkladné péče. Vzhledem k významnému vlivu pandemie COVID-19 na činnost ZZS, bude zhodnocen její dopad, a to nejen na činnost, ale i její finanční zajištění.

### 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, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a materiály poskytnuté Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. 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 vyhodnocování rozdílů. Na základě metody syntézy bude formulován závěr plynoucí z daného zkoumání.

## Doporučený rozsah práce

60-80 stran

## Klíčová slova

Česká republika, ekonomika, financování, přednemocniční neodkladná péče, příspěvková organizace, tísňová výzva, přeprava pacientů neodkladné péče, zdravotní péče, zdravotnictví, zdravotnická záchranná služba, zdroje financování

---

## Doporučené zdroje informací

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

OCHRANA, F., PAVEL, J., VÍTEK, L. Veřejný sektor a veřejné finance : financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3228-2.

ŠÍŇ, R. a kol. Medicína katastrof. Praha : Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.

ŠTĚTINA, J. a kol. Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. Praha : Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.

VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století. Praha : Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.

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

---

## Předběžný termín obhajoby

2021/22 LS – PEF

## Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

## Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

---

Elektronicky schváleno dne 31. 12. 2021

**doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.**

Vedoucí katedry

---

Elektronicky schváleno dne 8. 2. 2022

**doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 07. 03. 2022

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové 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 diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 29. 3. 2022

Běla Šafářová Pelikánová

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, Ph.D. za cenné rady a trpělivost, kterou mi věnovala při psaní této práce.

# Zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice

## Abstrakt

Diplomová práce představuje způsob zajištění a financování zdravotnické záchranné služby na úrovni České republiky, jednotlivých krajů a zvláštní pozornost je věnována Pardubickému kraji. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán zdravotní systém a integrovaný záchranný systém v České republice s následným podrobným popisem postavení a činnosti zdravotnické záchranné služby v České republice. Je definován legislativní, organizační rámec a zdroje financování přednemocniční neodkladné péče. V praktické části jsou zkoumány a porovnávány faktory, které ovlivňují činnost zdravotnické záchranné služby, tj. velikost území, počet obyvatel, typy výjezdů. Zároveň jsou rozebrány způsoby a zdroje financování zdravotní péče poskytované zdravotnickou záchrannou službou včetně zkoumání struktury výnosů a nákladů. Zdrojem pro zkoumání jsou zveřejněná statistická data, v případě Pardubického kraje data skutečná. Pro zhodnocení vývoje poskytované zdravotní služby jsou vypočítány průměrné koeficienty změn, které jsou následně interpretovány. Výsledky zkoumání na celorepublikové a krajské úrovni jsou doplněny o výsledky činnosti Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje, které vzhledem k obdobnému fungování všech zdravotnických záchranných služeb v České republice lze generalizovat napříč zdravotnickou záchrannou službou.

**Klíčová slova:** Česká republika, ekonomika, financování, přednemocniční neodkladná péče, příspěvková organizace, tísňová výzva, přeprava pacientů neodkladné péče, zdravotní péče, zdravotnictví, zdravotnická záchranná služba, zdroje financování

# Provision and Funding of Emergency Medical Services in the Czech Republic

## Abstract

The diploma thesis represents a way of providing and funding emergency medical services at the level of the Czech Republic, individual regions and special attention is paid to the Pardubice Region. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the health system and integrated rescue system in the Czech Republic with a subsequent detailed description of the position and activities of the emergency medical service in the Czech Republic. The legislative, organizational framework and sources of funding for pre-hospital emergency care are defined. In the practical part, the factors that affect the activities of the emergency medical services are examined and compared, the size of the territory, the number of inhabitants, the types of trips. At the same time, the ways and sources of funding health care provided by the emergency medical services, including the examination of the structure of revenues and costs, are discussed. The source for the research is the published statistical data, in the case of the Pardubice Region the actual data. To evaluate the development of the provided health service, average coefficient of changes are calculated, which are subsequently interpreted. The results of the examination at the national and regional level are complemented by the results of the activities of the Pardubice Region Emergency Medical Service, which, with the view to similar functioning of all emergency medical services in the Czech Republic, can be generalized across the emergency medical service.

**Keywords:** Czech Republic, economy, funding, pre-hospital emergency care, contributory organization, emergency call, transport of patients of urgent care, health care, healthcare, emergency medical service, sources of funding



# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>10</b>
<b>2 Cíl práce a metodika .....</b>	<b>12</b>
2.1 Cíl práce .....	12
2.2 Metodika .....	12
<b>3 Teoretická východiska zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice .....</b>	<b>16</b>
3.1 Zdraví a zdravotní systém v České republice .....	16
3.2 Integrovaný záchranný systém v České republice .....	18
3.3 Zdravotnická záchranná služba v České republice .....	20
3.3.1 Význam a činnost zdravotnické záchranné služby .....	21
3.3.2 Právní a organizační úprava zdravotnické záchranné služby .....	29
3.3.3 Zdroje a metody financování zdravotnické záchranné služby .....	45
<b>4 Vlastní práce .....</b>	<b>53</b>
4.1 Zajištění zdravotnické záchranné služby v České republice.....	53
4.2 Financování zdravotnické záchranné služby v České republice .....	70
4.3 Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje .....	80
<b>5 Výsledky .....</b>	<b>100</b>
<b>6 Závěr.....</b>	<b>106</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>108</b>
<b>8 Seznam obrázků, tabulek, grafů a zkratk.....</b>	<b>116</b>
8.1 Seznam obrázků .....	116
8.2 Seznam tabulek .....	116
8.3 Seznam grafů.....	118
8.4 Seznam použitých zkratk.....	119

# 1 Úvod

Zdravotnická záchranná služba hraje stěžejní roli v záchraně lidských životů a zdraví. Je významným článkem zdravotního systému a na území dnešní České republiky má dlouholetou tradici. Zdravotnická záchranná služba poskytuje rychlou zdravotnickou pomoc pacientům nepřetržitě dvacet čtyři hodin denně sedm dní v týdnu a je poskytována na mimořádně vysoké odborné úrovni. Včasný odborný zásah dává pacientům mnohem větší šanci na přežití či kvalitnější následný život. Zdravotnická záchranná služba je jednou ze složek integrovaného záchranného systému. Spolu s Hasičským záchranným sborem České republiky, jednotkami požární ochrany zařazenými do plošného pokrytí kraje a Policií České republiky je připravena k pohotovému a efektivnímu řešení mimořádných událostí.

V rámci České republiky je systém Zdravotnických záchranných služeb řešen prostřednictvím jednotlivých krajů, kteří jsou zřizovateli čtrnácti ZZS v podobě příspěvkových organizací. Činnost zdravotnické záchranné služby má charakter služby garantované státem a podle článku 31 Listiny základních práv a svobod má každý občan právo na ochranu zdraví za podmínek, které stanoví zákon. Občané na péči poskytovanou integrovaným systémem spoléhají a v řadě případů ji vnímají jako samozřejmost. Zdravotnická záchranná služba je v povědomí občanů zaznamenána jako složka, která je připravena poskytnout pomoc v případě ohrožení zdraví a života, a to rychle a bezplatně. Na druhé straně je však mezi občany jen velmi malé povědomí o tom, jak je zdravotnická záchranná služba zajišťována a financována. Většina lidí má pouze malé povědomí o tom, jaké demografické, topografické a rizikové faktory působí na poskytování rychlé zdravotnické pomoci. Zdravotnická záchranná služba současně prochází neustálým vývojem, a jsou na ni kladeny stále větší nároky, které reflektují aktuální potřeby společnosti.

Každou minutu vyjíždějí v České republice sanitní vozidla zdravotnické záchranné služby urgentně pomoci lidem potencionálně ohroženým na životě a na zdraví, počet výjezdů v České republice ve sledovaných letech 2015 až 2020 přesáhl jeden milion za rok. Záchranáři zdravotnické záchranné služby nepřetržitě reagují na výzvy na tísňové lince ohrožení života 155, které nelze odložit ani přerušit.

Ve velké míře se náročnost práce záchranářů, lékařů a ostatních pracovníků ZZS projevila při zvládnání koronavirové epidemie, a to především v první vlně. Žádná ze složek Integrovaného záchranného systému, stát ani infrastruktura, a to po celém světě, nebyla dostatečně připravena na takovou situaci. K zajištění nepřetržitého fungování poskytování zdravotní služby bylo nutné změnit řízení, zásobování, pracovní postupy. Přijatá opatření měla velký dopad na už tak náročnou práci zaměstnanců ZZS, která byla navíc ztížena prací v ochranných prostředcích, za zvýšeného rizika pohybu v infekčním prostředí. Zejména na počátku koronavirové epidemie se zaměstnanci ZZS podíleli na organizaci a mobilním sběru vzorků u rizikových, imobilních pacientů. Přes náročné podmínky zdravotnická záchranná služba zajistila poskytování přednemocniční neodkladné péče v plném rozsahu bez omezení. V plné míře se projevila nezbytnost a nenahraditelnost zdravotnické záchranné služby pro občany České republiky a celé společnosti.

## **2 Cíl práce a metodika**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem diplomové práce je zhodnotit zajištění zdravotní služby poskytované zdravotnickou záchrannou službou a její financování. Je hodnocena dostupnost této služby v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů. V rámci práce je rozebrán systém financování této péče, zdroje úhrady péče a komplexní zajištění fungování zdravotnické záchranné služby v České republice. Předmětem práce je péče jak přednemocniční neodkladná, tak i přeprava pacientů neodkladné péče. Vzhledem k významnému vlivu pandemie COVID-19 na činnost zdravotnické záchranné služby, je zhodnocen její dopad, a to nejen na činnost, ale i její finanční zajištění.

### **2.2 Metodika**

Teoretická východiska řešené problematiky jsou zpracována na základě literární rešerše. Je využita metoda studia odborné literatury. Informace jsou získávány nejen z českých materiálů, některé i ze zahraničních. Aktuální informace jsou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat jsou především databáze Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky, veřejně dostupné materiály vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, právní předpisy týkající se poskytování zdravotních služeb, vyhlášky a nařízení vlády. Je využita metoda deskripce.

V rámci teoretických východisek je popsán význam „zdraví“ pro člověka, zdravotní systém v České republice, dále je popsána charakteristika integrovaného záchranného systému v České republice, a tím je stručně ohraničen rámec, ve kterém zdravotnická záchranná služba v České republice funguje jako celek, její poskytování a financování.

Pro zpracování vlastní práce jsou využita data z databáze Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky a data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje poskytnutá v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů. Dále jsou použity údaje získané z veřejně dostupné databáze statistik ČSÚ, ÚZIS, výročních zpráv a zpráv o činnosti jednotlivých zdravotnických záchranných služeb.

Na základě práce se soubory dat jsou data popsána a podrobena zkoumání. Data o rozmístění výjezdových základen, výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby v České republice jsou porovnávána za léta 2010, 2015, 2020. Ostatní data jsou zkoumána za léta 2015 až 2020. Ekonomické údaje jsou dále zkoumány z pohledu průměrných meziročních změn za léta 2015 až 2019 a meziročních změn za léta 2019 a 2020 z důvodu dopadu koronavirové epidemie do financování a hospodaření zdravotnické záchranné služby v České republice. Dále jsou zkoumána interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje v oblastech, které jsou vhodné k doplnění k celorepublikovým zjištěním. Vzhledem k velké podobnosti fungování všech zdravotnických záchranných služeb v České republice je možné získané údaje ze zkoumání Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje zobecnit.

U jednotlivých ukazatelů jsou sledovány popisné statistické charakteristiky jako bazické, řetězové indexy a tempa růstu pro hodnocení vývoje zdravotnické záchranné služby v čase. Následně jsou data na základě metody komparace vzájemně porovnána a pro přehlednost uspořádána do tabulek a grafů. Na základě metody syntézy je formulován závěr plynoucí z daného zkoumání. Pro práci s nashromážděnými daty a jejich statistické vyhodnocení byl použit program Microsoft Excel.

Pro popis vývoje hodnot je využit rozdíl, který dle Růžičkové (2019, s. 118) vyjadřuje absolutní změnu údajů v určitém období oproti určitému období, které mu předcházelo. Absolutní rozdíl vyjadřuje objektivní pohled na jednotlivé položky z hlediska jejich absolutní důležitosti. Pro výpočet se používá následující vzorec:

$$\text{absolutní změna} = \text{hodnota běžného období} - \text{hodnota předchozího období}. \quad (1)$$

Pro meziroční procentuální srovnání hodnot je použit řetězový index, který dle Růžičkové (2019, s. 118) definuje o kolik procent se změnila jednotlivé položky v čase. Řetězový index je vyjádřen vztahem:

$$\text{procentuální změna} = \frac{\text{běžné období} - \text{předchozí období}}{\text{předchozí období}} * 100. \quad (2)$$

Pro meziroční procentní srovnání hodnot je také použit bazický index neboli stálý základ, který dle Růžičkové (2019, s. 118) definuje o kolik procent se změnila jednotlivé položky k výchozímu období. Bazický index je vyjádřen vztahem:

$$\text{procentuální vyjádření} = \frac{\text{běžné období} - \text{výchozí období}}{\text{výchozí období}} * 100. \quad (3)$$

Pro meziroční procentní srovnání hodnot je využit řetězový index neboli koeficient růstu, který podle Neubauera (2012, s. 41) vyjadřuje o kolik procent vzrostla hodnota v určitém čase ve srovnání s hodnotou v čase těsně předcházejícím. Koeficient růstu vyjádřený v procentech je nazýván tempem růstu a je definován vzorcem:

$$\text{tempo růstu } (\Delta) = \frac{\text{běžné období}}{\text{těsně předchozí období}} * 100. \quad (4)$$

Dalším zpracováním meziročních koeficientů růstu je vytvořen geometrický průměr, který je dle Neubauera (2012, s. 42) využíván k určení průměrného meziročního tempa růstu nebo průměrného meziročního tempa poklesu za časové období. Geometrický průměr kladných hodnot je definován vztahem:

$$\text{geometrický průměr } (\emptyset) = \sqrt[n]{k_1 * k_2 * \dots * k_n}, \quad (5)$$

kde  $k$  jsou jednotlivé koeficienty růstu,  $n$  je celkový počet pozorování.

Dále je také použit výpočet aritmetického průměru v procentech, který podle Neubauera (2012, s. 39) je definován jako střední hodnota všech hodnot neboli skutečný střed. Aritmetický průměr je vyjádřen vztahem:

$$\text{aritmetický průměr } (\emptyset) = \frac{\Sigma \text{ všech hodnot}}{\text{počet hodnot}} * 100. \quad (6)$$

Pro zkoumání údajů je dále použit poměrový ukazatel struktury v procentech, který dle Růžičkové (2019, s. 56) vyjadřuje podíl jedné části případně několika částí na celku, do kterého patří. Pomocí poměrového ukazatele se provádějí časová srovnání a vstupní parametry se definují podle požadovaného účelu zkoumání. Poměrový ukazatel je definován vztahem:

$$\text{poměrový ukazatel} = \frac{\text{část}}{\text{celek}} * 100. \quad (7)$$

V práci je také použit pojem průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců, který vychází z metodiky Českého statistického úřadu k průměrné mzdě a evidenčnímu počtu zaměstnanců. Průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců se vypočte jako:

*průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců = počet zaměstnanců v jednotlivých dnech měsíce ve fyzických osobách se přepočítává na počet zaměstnanců s plným pracovním úvazkem, a takto získaný součet se dělí počtem kalendářních dnů příslušného měsíce.*

(8)

### **3 Teoretická východiska zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice**

V této části práce je stručně popsán zdravotní systém a integrovaný záchranný systém v České republice s následným podrobným popisem postavení a fungování zdravotnické záchranné služby v České republice na základě studia odborné literatury. Práce se zabývá zajištěním, dostupností a zdroji financování zdravotnické záchranné služby v České republice. Zdravotnická záchranná služba během svého dlouhého vývoje prošla řadou velkých či malých změn, avšak prioritou oboru je poskytování přednemocniční neodkladné zdravotní péče u pacientů s náhlou změnou zdravotního stavu a také nelze opomenout ostatní činnosti, mezi které neodmyslitelně patří i přeprava pacientů neodkladné péče neboli přeprava nemocných lidí mezi nemocničními zařízeními, a dále vzdělávací činnost v oblasti poskytování první pomoci.

#### **3.1 Zdraví a zdravotní systém v České republice**

Pojem zdraví, jak uvádí Hamplová (2020, s. 16) je nejčastěji interpretováno definicí uvedenou v Ústavě Světové zdravotnické organizace, která vstoupila v platnost 7. dubna 1948 a zní: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci a vady.“ Z definice vyplývají tři základní aspekty zdraví, a to fyzické neboli tělesné zdraví, které souvisí s nepřítomností nemoci nebo vady, psychické neboli duševní zdraví, které je zásadním kritériem kvality života, a sociální zdraví, které umožňuje jedincům navázat sociální kontakty a zvládnout jejich sociální role.

Dle Krebzy (2017, s. 11) zdraví představuje součást základních individuálních a společenských hodnot, které vedly státy postupem doby k vytvoření sofistikovaných zdravotních systémů.

Zdravotnictví představuje organizovanou sociální činnost a dle Ochrany (2010, s. 126) je produktem éry institucí koncem 19. století. Mezi důležité faktory rozvoje zdravotnictví patřily potřeba péče o ekonomicky aktivní obyvatelstvo, společenské změny v Evropě jako důsledky migrace obyvatelstva do měst z důvodu průmyslové revoluce, rozsáhlé válečné konflikty.

Dle Janečkové (2009, s. 8) patří zdravotnictví k sektorům národní ekonomiky a zachování zdraví představuje na jedné straně vynakládání nemalých finančních prostředků,



ale na straně druhé je zdraví zároveň důležitým zdrojem společenského rozvoje a investice do zdraví má charakter investic do budoucnosti.

Zdravotnictví je dle Čeledové (2010, s. 100) definováno jako společenská soustava profesionálních odborných institucí, zařízení, pracovníků a jim odpovídající činnosti, které slouží k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat a obnovovat zdraví. Většinu zdravotnických služeb poskytuje síť zdravotnických zařízení financovaných na základě smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami.

Zdravotní systém se podle Hamplové (2020, s. 63) skládá z opatření, institucí, organizací a činností, které usilují o léčení nemocí, jejich prevence nebo posilování zdraví jednotlivců a celé populace. Základními kritérii zdravotnického systému jsou dostupnost, kvalita zdravotní péče a výkonnost zdravotnického systému.

Zdravotní systém v České republice, jak uvádí Kebza (2017, s. 12) prošel po roce 1989 transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu veřejného zdravotního pojištění. Podstatou modelu veřejného zdravotního pojištění jsou finanční prostředky, které občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, z kterého zdravotní pojišťovny proplácí úhrady za poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům, se kterými mají uzavřenou smlouvu.

Zlámal (2013, s. 74) uvádí, že zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní, neziskové organizace, které hospodaří prostřednictvím fondů, jejichž tvorba a čerpání je stanoveno vyhláškou Ministerstva financí České republiky. Financování zdravotní péče se stanovuje na základě tzv. dohodovacího řízení mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny, ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům za poskytnutou zdravotní péči dle úhradového mechanismu. Jak uvádí Němec (2008, s. 98) mechanismy úhrady zdravotní péče se kombinují ze složek platby za jednotku jako je výkon, návštěva, případ, dále tarifu pro jednotku úhrady a různé doplňující podmínky úhrady jako jsou limity, slevy a kontrolní mechanismy správnosti, oprávněnosti vynaložené zdravotní péče.

Dle údajů Ministerstva zdravotnictví (2022) existovalo v České republice k 31. lednu 2022 celkem sedm zdravotních pojišťoven, a to:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna (111);
- Vojenská zdravotní pojišťovna (201);
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205);
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207);
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209);
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky (211);
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213).

Největší zdravotní pojišťovnou je v České republice Všeobecná zdravotní pojišťovna, jak uvádí Zlámal (2013, s. 73 a s. 74) a ostatní zdravotní pojišťovny jsou oborové, které se soustřeďují na zaměstnance a zaměstnavatele. Hlavní činností zdravotních pojišťoven je provádění veřejného zdravotního pojištění, ale je přípustná i doplňková činnost, jako je smluvní pojištění a připojištění.

### **3.2 Integrovaný záchranný systém v České republice**

Integrovaný záchranný systém nepředstavuje samostatnou složku nebo organizaci, ale představuje systém, který sdružuje a řídí součinnost všech jeho složek. Pojem integrovaný záchranný systém, jak uvádí Vilášek (2014, s. 11) byl legislativně ukotven až v zákoně č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, který definuje složky integrovaného záchranného systému, jejich působnost, stanoví postavení a úkoly státních orgánů, orgánů samosprávy, práva a povinnosti právnických a fyzických osob při přípravě na mimořádné události, při záchranných a likvidačních pracích a při ochraně obyvatelstva před a po dobu vyhlášení krizových stavů.

Štětina (2014, s. 157 a s. 158) vymezuje integrovaný záchranný systém jako systém koordinace záchranných a likvidačních prací základními a ostatními složkami tohoto systému a jejich působení. Použití složek integrovaného záchranného systému je uplatněno v případě mimořádných událostí, což je událost takového charakteru, kde je potřebné

provádět zásah současně dvěma a více složkami na záchranných a likvidačních pracích. Mezi základní složky integrovaného záchranného systému patří:

- Hasičský záchranný sbor České republiky;
- jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany;
- poskytovatel zdravotnické záchranné služby;
- Policie České republiky.

Vilášek (2014, s. 79) vyjmenovává ostatní složky integrovaného záchranného systému, které poskytují plánovanou pomoc na vyžádání:

- vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil;
- ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory;
- ostatní záchranné sbory;
- orgány veřejného zdraví;
- havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby;
- neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím.

Poskytování na vyžádání je obsaženo v poplachové plánu integrovaného záchranného systému sestaveného na ústřední i krajské úrovni. Plánovanou pomoc na vyžádání jsou povinni poskytnout:

- ministerstva, územní správní úřady, orgány krajů a obcí v mezích své působnosti;
- právnické a fyzické osob, které jsou vlastníkem nebo uživatelem stavby civilní ochrany nebo stavby dotčené požadavky civilní obrany;
- poskytovatelé akutní lékařské péče, kteří mají zřízen urgentní příjem;
- ostatní složky integrovaného záchranného systému;
- ostatní osoby, které se k tomu smluvně zavázaly.

Ostatní složky integrovaného záchranného systému jsou povolány k záchranným a likvidačním pracím podle druhu mimořádné události na základě jejich oprávnění k takovéto činnosti, které je dáno právními předpisy.

Důležitou roli ve výstavbě a usměrňování integrovaného záchranného systému hraje Ministerstvo vnitra ČR. Rektořík (2004, s. 83) uvádí, že Ministerstvo vnitra má zvláštní postavení, protože disponuje následujícími pravomocemi:

- sjednocuje postupy ministerstev, krajských úřadů, obecních úřadů, právních a fyzických osob vykonávajících podnikatelskou činnost;
- usměrňuje integrovaný záchranný systém;
- zpracovává koncepci ochrany obyvatelstva;
- zajišťuje a provozuje jednotný systém varování a vyrozumění;
- stanoví způsob informování obyvatelstva;
- organizuje instruktáže a školení;
- řeší celou oblast civilní ochrany.

Přímo v gesci Ministerstva vnitra ČR jsou pouze dvě základní složky integrovaného záchranného systému, a to Hasičský záchranný sbor České republiky a Policie České republiky.

Vilásek (2014, s. 15) uvádí jako vrcholný orgán struktury integrovaného záchranného systému Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, které je orgánem Ministerstva vnitra ČR a zajišťuje vazbu na prvky krizového řízení. Hlavním koordinátorem složek integrovaného záchranného systému jsou operační a informační střediska Hasičského záchranného sboru kraje a na místě události velí příslušník Hasičského záchranného sboru České republiky.

### **3.3 Zdravotnická záchranná služba v České republice**

Posláním zdravotnické záchranné služby je dle Viláška (2014, s. 74) poskytování odborné neodkladné přednemocniční péče od okamžiku vyrozumění až po předání postiženého do nemocniční péče. Základním principem činnosti je provedení všech dostupných lékařských výkonů na místě nehody a před hospitalizací.

Šína (2017, s. 62) charakterizuje zdravotnickou záchrannou službu jako zdravotní službu, která je na základě tísňové výzvy poskytována osobám se závazným postižením na zdraví nebo v přímém ohrožení života.

Kebza (2017, s. 17) uvádí, že pro případy náhlých těžkých onemocnění, kdy se pacient nemůže sám dostavit k lékaři, a kdy je nezbytné rychlé ošetření a přeprava do zdravotnického zařízení, tak aby nedošlo k nebezpečnému zhoršení zdravotního stavu nebo k ohrožení života, je na území České republiky organizována zdravotnická záchranná služba, která poskytuje neodkladnou péči. Neodkladná péče je poskytována v případě náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k vážnému ohrožení zdravotního stavu případně náhlé smrti. Je poskytována i pacientům, kteří trpí náhlou a intenzivní bolestí a těm, u kterých dochází k náhlé změně chování, která může ohrozit samotného pacienta nebo jeho okolí.

Zdravotnická záchranná služba vyjíždí na základě tísňové výzvy k nediferencovanému pacientovi, který dle Travers (2021, s. 146) může v řadě případů znamenat složitý a náročný případ v poskytování přednemocniční péči. Záchranář musí na místě události posoudit okamžitý klinický stav pacienta s ohledem na subjektivně vnímaný osobní stav pacienta. Použitím uznaných vyšetřovacích zdravotnických postupů, provedením fyzického vyšetření a diagnostických testů dokáže snížit, či úplně zabránit případným chybám u nediferencovaného pacienta, a tím zvýší bezpečnost pacienta.

V současném pojetí je zdravotnická záchranná služba popisována Viláškem (2014, s. 68) jako činnost, kdy někdo zavolá záchranou službou a na místo dorazí kvalitně vzdělaní a vyškolení záchranáři, kteří začnou s poskytováním pomoci okamžitě po příjezdu na místo. Poskytování první pomoci pokračuje i při transportu pacienta do nemocnice a díky tomu mají nemocní větší naději na uzdravení.

### **3.3.1 Význam a činnost zdravotnické záchranné služby**

Snaha o pomoc raněným sahá do dávných dob, kdy z velké části byli lidé odkázáni na vlastní pomoc a pomoc svých blízkých případně hledali pomoc při náhlém postižení na zdraví u bylinkářek, porodních bab a ranhojičů.

Dle Viláška (2014, s. 52 a s. 53) sahá historie záchranných služeb do druhé poloviny 19. století, kdy za napoleonských válek francouzský chirurg Jean Dominique Larrey, který je považován za otce přednemocniční neodkladné péče, zřídil pro pomoc raněným na bojišti tzv. „létající ambulance“. Štětina (2014, s. 42) dále uvádí, že zranění byli odváženi do stálých

lazaretů až po primárním ošetření. Poprvé nastolil třídění raněných, zařadil používání nosítek k přenášení raněných, doporučoval ránu včas ošetřit a drénovat, včetně krytí ran čistým obvazem k zamezení vstupu infekce. První snahy o zorganizování záchranné služby v Praze se datují do konce 18. století, kdy byla v roce 1798 založena Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších. Velký pokrok v poskytování pomoci raněným a nemocným především u hromadných neštěstích mělo založení organizace Červeného kříže v roce 1864. Pomoc nemocným souvisela s postoji společnosti k lidskému životu, s dostupnými medicinskými znalostmi a materiálovým vybavením. Po první světové válce zajišťoval Červený kříž v Československu základní přednemocniční péči a prioritou bylo dopravit nemocné a rodičky do nemocnice.

Remeš (2013, s. 14) uvádí, že nejstarší organizací záchranné služby v Evropě je záchranná služba na území hlavního města Prahy, a to od roku 1857, tj. šest let před založením mezinárodního Červeného kříže.

Dingová (2018, s. 50 a s. 51) popisuje situaci po druhé světové válce, kdy nastala obnova narušeného zdravotnictví včetně záchranářství. Do pozitivního vývoje ale vstoupil převratný rok 1948. Řešení náhlých situací v terénu a transport většiny akutních případů převzal Československý červený kříž pod názvem Zdravotnická dopravní služba případně samaritáni, později nazýváni dobrovolní zdravotníci spojeni s hasiči a jejich řízení převzal stát. Po roce 1950 došlo k vytvoření systému Ústavů národního zdraví (ÚNZ), pod které Ministerstvo zdravotnictví zařadilo veškeré zdravotní služby, upravilo jak fungování stanic záchranné služby, tak poskytování neodkladné péče. V malých městech byla zavedena lékařská služba první pomoci, která vyjížděla mimo běžnou ordinaci dobu. Posádka byla tvořena ze sanity s řidičem, zdravotní sestrou a pohotovostním lékařem vybaveným lékařskou brašnou. V počátcích postižení volali na vrátnici zdravotnického zařízení a výjezdy koordinoval nemocniční vrátný. V průběhu 50. let 20. století začalo postupně docházet k modernizaci a zlepšování technického vybavení. Zdravotní služba hlavního města Prahy již disponovala dvěma telefonními linkami, jednotkou pro příjem výzev a jednotkou předávající výzvy výjezdovým skupinám, a tak se stala vzorovým pracovištěm záchranných služeb na našem území. Sanitní vozy byly již vybaveny dýchacími přístroji, obvazovým materiálem a dlahami, nosítky, později i infuzním držákem. Pacienti byli převáženi přímo do nemocnic, kde byli přijati na příslušná oddělení.

Významným rokem pro rozvoj záchranné služby byl rok 1987, kdy, jak uvádí Štětina (2014, s. 276), byl zahájen pravidelný provoz letecké záchranné služby v Praze – Ruzyni vrtulníkem PZL-Swidnik Mi-2. Téhož roku dle Kazimoura (2016, s. 321) byl úspěšně zahájen provoz nového systému rychlé lékařské pomoci pod označením rendez-vous, kdy k pacientovi vyjíždí pouze lékař rychlým osobním vozem a sanitní vůz je přivolán pouze v případě potřeby převozu pacienta do zdravotnického zařízení. Tento systém snížil potřebu posádek na jednu polovinu až jednu třetinu.

Remeš (2013, s. 14) popisuje, že počátkem 70. let 20. století vykonávali službu rychlé zdravotnické pomoci lékaři se specializací v oboru anesteziologie a chirurgie v rámci své práce na oddělení a výjezdový tým se skládal z lékaře, zdravotní sestry a řidiče-sanitáře. Později vydává Ministerstvo zdravotnictví metodická opatření o organizaci a poskytování přednemocniční neodkladné péče. V roce 1993 došlo k osamostatnění a vytvoření Územních středisek záchranné služby s posádkami v systému RLP (rychlé lékařské pomoci) a LSPP (lékařská služba první pomoci). Střediska byla organizována po jednotlivých okresech České republiky. Další transformace zdravotnické záchranné služby nastala po 1. lednu 2004, kdy pod vedením nově vytvořených krajů vzniká čtrnáct samostatných krajských záchranných služeb. Z tohoto důvodu jsou patrné odlišnosti v barevném provedení sanitních vozidel a pracovních uniforem.

Hlavní činností a účelem zdravotnické záchranné služby je nepřetržitě zabezpečování komplexní, nedělitelné a specializované zdravotní péče poskytované fyzickým osobám, které se ocitly v ohrožení zdraví nebo života. Další z činností zdravotnické záchranné služby je přeprava pacientů neodkladné péče, vzdělávání zdravotnických pracovníků a školení laické veřejnosti v poskytování první pomoci. Doplnkovými činnostmi zdravotnické záchranné služby je zajištění zdravotní péče v rámci zdravotnických asistencí při pořádání veřejných, kulturních a sportovních akcí, školení podnikatelských subjektů v poskytování první pomoci.

Vilásek (2014, s. 62 a s. 63) uvádí, že mezi základní činnosti zdravotnické záchranné služby patří zejména:

- neustálý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na tísňové číslo 155 operátorem zdravotnického operačního střediska;

- vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, včetně rozhodnutí o poskytnutí nejvhodnějšího okamžitého řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, o vyslání výjezdové skupiny, o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin;
- spolupráce s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému, řízení a organizace přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče;
- poskytování instrukcí a informací k zajištění první pomoci prostřednictvím elektronické komunikace, je-li nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události;
- vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě události, které směřují k zajištění základních životních funkcí pacienta;
- poskytování nepřetržité zdravotní péče a sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během přepravy, až do okamžiku osobního předání pacienta cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče;
- přeprava pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za neustálého poskytování neodkladné přednemocniční péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jiným způsobem;
- přeprava tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jiným způsobem;
- třídění zraněných osob při hromadném neštěstí v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací podle odborných hledisek urgentní medicíny.

Remeš (2013, s. 18) řadí mezi další činnosti zdravotnické záchranné služby:

- zajištění komunikace mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a poskytovatelem akutní lůžkové péče;
- koordinace předávání pacientů cílovým poskytovatelům lůžkové péče;
- koordinace přepravy pacientů neodkladné péče mezi poskytovateli zdravotnických služeb.



Franěk (2021, s. 92) doplňuje, že do kompetencí poskytovatele zdravotnické záchranné služby patří zajišťování neodkladných zásahů v ambulancích zdravotnických zařízení a v situacích, kdy zdravotnické zařízení není odborně kompetentní k poskytnutí odpovídající péče. Zásahy na místě události tzv. v terénu a v ambulancích zdravotnických zařízení patří mezi zásahy primární. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby zajišťuje v podmínkách neodkladné péče, v souladu s platnou legislativou, také transporty pacientů mezi zdravotnickými zařízeními lůžkové péče. Tyto transporty jsou označovány jako sekundární. Sekundární transporty v podmínkách neodkladné péče, sekundární transporty ve prospěch transplantačních programů a transporty biologického materiálu a odborníků patří z pohledu legislativy mezi vedlejší úkoly poskytovatele zdravotnické záchranné služby a jsou vykonávány, tak aby nebylo omezeno poskytování základní služby, tj. přednemocniční neodkladné péče.

Z pohledu medicíny dle Štětiny (2014, s. 475) je důležitý transportní prostředek, délka transportu v porovnání s časovým rozpětím mezi vznikem náhlé zdravotní události a zahájením léčby a mírou zajištění zdravotního stavu pacienta. Primární transporty z místa mimořádné události či akutní příhody musí být rychlé, hladké a směřovány přímo na specializovaná zdravotnická pracoviště k definitivnímu ošetření. Vnitronemocniční a mezinemocniční sekundární transporty jsou již plánovány se zajištěním pacienta v podmínkách neodkladné péče.

Klíčovou roli v poskytování zdravotní péče zdravotnickou záchrannou službou jsou kvalifikované personální zdroje a soustavné vzdělávání zdravotnických pracovníků. Požadavky na personální zabezpečení zdravotnické záchranné služby jsou stanoveny v příloze č. 6 vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

Kvalifikační požadavky na zdravotnický personál jsou definovány:

- zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů;
- zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejícího zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Personální zabezpečení zdravotnického operačního střediska musí být zajištěno lékařem, který musí být dostupný pro konzultaci a pomoc prostřednictvím telefonu nebo elektronicky. V případě potřeby fyzické přítomnosti lékaře na pracovišti musí dorazit do 20 minut od vyžádání. Současně musí být ve směně na zdravotnickém operačním středisku minimálně dvěma operátory, pokud jsou zřízeny tři linky pro příjem tísňového volání. Počet operátorů ve směně je určen počtem zřízených linek pro příjem tísňového volání. Operátor zdravotnického operačního střediska musí splňovat kvalifikaci zdravotnický záchranář způsobilý k výkonu povolání, sestra pro intenzivní péči způsobilá k výkonu povolání nebo všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání s absolvovaným certifikovaným kurzem „Operační řízení přednemocniční neodkladné péče“.

Pozemní výjezdové skupiny musí být dle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, obsazeny v případě rychlé lékařské pomoci (RLP) – lékařem, nelékařským zdravotnickým pracovníkem a řidičem zdravotnické záchranné služby. Výjezdová skupina v rámci setkávacího systému neboli systém rendez-vous (RV) musí být obsazena lékařem a řidičem zdravotnické záchranné služby, případně zdravotnickým záchranářem. Výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci (RZP) musí být obsazena zdravotnickým záchranářem způsobilým k výkonu povolání bez odborného dohledu, sestrou pro intenzivní péči způsobilou k výkonu povolání bez odborného dohledu a řidičem vozidla zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnickým záchranářem.

Odborné způsobilosti jsou definovány zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, který definuje, že samostatný výkon povolání lékaře může provádět lékař se specializovanou způsobilostí v oboru urgentní lékař, anesteziolog, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost, případně lékařem s odbornou způsobilostí s certifikátem bez specializované způsobilosti, ale jen pokud je na téže výjezdové základně další lékař se specializovanou způsobilostí.

Zákon č. 94/2004 Sb. definuje požadovanou kvalifikaci u nelékařského zdravotnického personálu, a to zdravotnický záchranář způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, sestra pro intenzivní péči způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, který absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz v oboru řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, řidič vozidla rychlé zdravotnické pomoci nebo řidič vozidla rychlé lékařské pomoci.

Šeblová (2013, s. 16) uvádí, že podmínky práce zdravotnických pracovníků zdravotnické záchranné služby se velmi liší od podmínek klinických pracovišť. Zásahy a ošetření pacientů probíhají buď v bytech pacientů, nebo na veřejnosti pod časovým tlakem a tomu musí odpovídat použité postupy, diagnostika a terapie. Lékař urgentní medicíny a ostatní zdravotničtí pracovníci zdravotnické záchranné služby musí být schopni udržet si komplexní holistický pohled na pacienta. Celý systém urgentní péče se neskládá jen ze zachraňování obětí těžkých dopravních nehod, ale i zásahy většinou akutních interních onemocnění, nespecifické obtíže, intoxikace včetně alkoholu, neurologické problémy či běžné typy úrazů. Dále v posledních letech roste počet tzv. psychosociálních urgencí v podobě výjezdů k panickým atakům, psychosomatickým příznakům, ale i zásahy s převažující sociální problematikou jako je ošetřování bezdomovců, azylantů, migrantů a dalších osob na okraji sociálního spektra.

Kompetence zdravotnického záchranáře a ostatních zdravotnických pracovníků jako nelékařského zdravotnického personálu, jak uvádí Remeš (2013, s. 14, s. 36) upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. V § 17 Vyhlášky je uveden rozsah kompetencí k výkonu činnosti zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu a bez indikace. Při výkonu své činnosti poskytují specifickou ošetrovatelskou péči a jsou oprávněni k:

- monitorování a hodnocení vitálních funkcí u pacienta, a to včetně průběžného sledování hodnot, hodnocení odchylek od fyziologických hodnot v rámci snímání elektrokardiografického záznamu a pulzní oxymetrie;
- zahájení a provádění kardiopulmonální resuscitace, při které může využít ručního křísícího vaku a přístroje umožňujícího záznam elektrokardiogramu a defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

- zajištění vstupu na periferních žilách, aplikaci krystaloidních roztoků a u pacientů s ověřenou hypoglykemií aplikovat roztok glukózy;
- provádění a orientačnímu hodnocení laboratorních vyšetření určených pro urgentní medicínu;
- obsluhu a údržbu vybavení dopravních prostředků všech kategorií, řízení dopravních pozemních prostředků, a to i za podmínek dopravně, klimaticky a terénně obtížných s možností využití výstražných zařízení a světelných výstražných zařízení modré barvy;
- prvotnímu ošetření ran a v případě potřeby k zástavě krvácení;
- zabezpečení nebo k provedení pro pacienta bezpečného vyproštění, polohování a imobilizaci dostupnými prostředky pro tuto činnost a dále zodpovídají za bezpečný transport pacientů;
- podílení se na řešení událostí s hromadným postižením zdraví nebo tam, kde takové riziko hrozí, a to v rozsahu své odborné způsobilosti;
- zajištění potřeb a péče o tělo zemřelého;
- činnostem, které odpovídají zásadám správné manipulace, ukládání, kontroly a evidence zásob léčivých přípravků;
- dezinfekci, manipulaci, ukládání, evidenci, kontrole stavu a množství zdravotnických prostředků a prádla;
- činnostem neodkladně potřebným v průběhu probíhajícího porodu;
- zajištění převzetí, evidence a vyhodnocení tísňové výzvy z hlediska její závažnosti ve vztahu ke zdravotnímu stavu pacienta a na základě vyhodnocení této tísňové výzvy rozhodovat o jejím řešení dostupnými prostředky za použití telekomunikační a sdělovací techniky;
- poskytování telefonických odborných instrukcí při poskytování první pomoci svědky na místě události, především při provádění resuscitace pacienta a dalších potřebných rad za předpokladu vhodně zvoleného psychologického přístupu.

Dále při výkonu své činnosti může zdravotnický záchranář provádět poskytování přednemocniční péče bez odborného dohledu. Jedná se zejména o:

- zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami, aplikaci medicínálního kyslíku v rámci terapie, provádění přístrojové ventilace s parametry určenými

lékařem a péči o dýchací cesty pacienta, a to i po dobu, kdy je napojen na umělou ventilaci;

- aplikaci léčivých přípravků a krevních derivátů;
- asistenci v průběhu zahájení aplikace transfuzních přípravků, podílení se na ošetrovatelském procesu v průběhu transfuze a tuto aplikaci ukončovat;
- provádění katetrizace močového měchýře u dospělých pacientů a dívek nad 10 let;
- zajištění odběru biologického materiálu pro jeho vyšetření;
- asistenci při porodu a následném ošetření novorozence;
- zajištění intraoseálního vstupu.

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, v § 109 byl zaveden nový typ vzdělávání „zdravotnický záchranář se specializovanou způsobilostí pro urgentní medicínu“. Jedná se o specializační studium navazující na získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického záchranáře, studium je ukončeno atestační zkouškou. Při zaměstnávání takto kvalifikovaných zdravotnických pracovníků je možné rozšiřovat výjezdové skupiny typu rychlé zdravotnické pomoci (RZP), kteří jsou oprávněni k rozsáhlému a komplexnímu ošetření pacienta bez přítomnosti lékaře, případně s využitím možnosti konzultace s lékařem pomocí telefonu.

Personální obsazení letecké výjezdové skupiny je stanoveno v příloze č. 6 vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Členy letecké výjezdové skupiny jsou pilot, který je zaměstnancem provozovatele letecké služby uvedené v tabulce 3 a dále lékař a letecký záchranář, kteří kromě zdravotnické kvalifikace musí mít potřebné kvalifikace povinné pro civilní letecký sektor.

### **3.3.2 Právní a organizační úprava zdravotnické záchranné služby**

Činnost, organizace, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby jsou upraveny medicínsko-právní legislativou. Stěžejním zákonem je zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, který vymezuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti

pro poskytování zdravotnické záchranné služby, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby.

Oblast zdravotnického práva je upravena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Zákonem jsou upraveny zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, práva a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V zákoně je uvedena úprava ke zdravotnické dokumentaci a národního zdravotnického systému.

Působnost a pravomoc poskytovatele zdravotnické záchranné služby jako jedné ze základních složek integrovaného záchranného systému jsou definovány zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dále zákonem č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení, ve znění pozdějších předpisů.

Prováděcí právní předpisy týkající se činnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby je především vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů. Remeš (2013, s. 35) uvádí, že vyhláška obsahuje stupně naléhavosti tísňového volání, operační řízení letecké výjezdové skupiny, organizační řád zdravotnického operačního střediska, komunikační řád poskytovatele zdravotnické záchranné služby, činnost zdravotnické složky včetně označení jejich členů v místě mimořádné události s hromadným postižením osob, traumatologický plán poskytovatele zdravotnické záchranné služby a způsob označení zařízení poskytovatele zdravotnické záchranné služby a pracovních oděvů členů výjezdních skupin.

Personální zabezpečení poskytovatele zdravotnické záchranné služby je upraveno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Remeš (2013, s. 36) uvádí, že pracovníků zdravotnické

záchranné služby se týká příloha č. 6 vyhlášky č. 99/2012 Sb. a vymezení obsahu pracovní činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stanoví vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Oblast povinného vzdělání, odborné způsobilosti, povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání upravují zákony č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované působnosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a také zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Dle Viláška (2014, s. 68) již nejsou v současné době sanitní vozy zdravotnické záchranné služby pouze dopravní prostředek, ale jsou zdravotnickým pracovištěm. Nezbytné vybavení sanitních vozidel je upraveno vyhláškou č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky, ve znění pozdějších předpisů.

Nedílnou součástí poskytované zdravotní péče je povinnost vést zdravotnickou dokumentaci upravenou vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Remeš (2013, s. 36) vyjmenovává jednotlivé součásti zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby, kterými jsou zvukový záznam o příjmu tísňového volání na číslo 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné složky integrovaného záchranného systému, záznam operátora v digitální formě, kopie záznamu o výjezdu, identifikační a třídící karta, záznam o hromadném odsunu pacientů.

Dle Hamplové (2020, s. 13) byl vytvořen právní rámec pro nový systém financování zdravotné péče po přijetí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, který vymezuje práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnců, podmínky poskytování hrazené

zdravotní péče, definuje síť poskytovatelů zdravotních služeb. A dále zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, který upravuje výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění, penále, způsob placení, kontrolu, vedení centrálního registru pojištěnců, přerozdělování pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. V souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů je vydávána Ministerstvem zdravotnictví ČR vyhláška o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro každý rok, tzv. úhradová vyhláška.

Dalším významným dokumentem vztahující se k činnosti a financování zdravotnické záchranné služby je dle Viláška (2014, s. 68) nařízení vlády č. 148/2012 Sb., o stanovení výše úhrady nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu, ve znění pozdějších předpisů, kde je stanovena roční výše úhrady nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu.

Vilásek (2014, s. 64) uvádí, že poskytovatelem zdravotnické záchranné služby je příspěvková organizace zřízená krajem, která má oprávnění k poskytování zdravotnické záchranné služby dle zákona o zdravotních službách. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby je základní složkou integrovaného záchranného systému a je povinen poskytovat zdravotnickou záchrannou službu nepřetržitě.

Podle zákona č. 129/2000 Sb., o krajích, ve znění pozdějších předpisů, bylo rozhodnuto, že záchranné služby budou svěřeny do krajské působnosti, na rozdíl od celostátně jednotné Policie České republiky a Hasičského záchranného sboru České republiky, proto k 1. lednu 2003 vzniklo v České republice čtrnáct krajských záchranných služeb pod názvem Územní středisko záchranné služby. Oficiální název byl později změněn. V tabulce 1 je uveden přehled zdravotnických záchranných služeb v České republice.



Tabulka 1 Přehled ZZS v ČR s uvedením sídla organizace a dnem zápisu do veřejného rejstříku

<b>Příspěvková organizace</b>	<b>Sídlo</b>	<b>Den zápisu</b>
ZZS hl. m. Prahy	Praha	1. 1. 1991
ZZS Jihočeského kraje	České Budějovice	27. 6. 2003
ZZS Jihomoravského kraje	Brno	1. 10. 2003
ZZS Karlovarského kraje	Karlovy Vary	3. 8. 2004
ZZS kraje Vysočina	Jihlava	15. 5. 2004
ZZS Královehradeckého kraje	Hradec Králové	27. 2. 2004
ZZS Libereckého kraje	Liberec	14. 9. 2006
ZZS Moravskoslezského kraje	Ostrava	19. 11. 2003
ZZS Olomouckého kraje	Olomouc	21. 5. 2004
ZZS Pardubického kraje	Pardubice	23. 12. 2003
ZZS Plzeňského kraje	Plzeň	21. 6. 2006
ZZS Středočeského kraje	Kladno	16. 3. 2005
ZZS Ústeckého kraje	Ústí nad Labem	13. 9. 2007
ZZS Zlínského kraje	Zlín	24. 2. 2004

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Veřejný rejstřík a Sběrka listin (2021)

Z tabulky 1 vyplývá, že jednotlivé kraje zajišťovaly vznik zdravotnických záchranných služeb samostatně v rozmezí let 2003 až 2007. Pouze Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy byla zapsána ve veřejném rejstříku již k 1. lednu 1991.

Pro lepší představu krajského uspořádání je na obrázku 1 znázorněna mapa zdravotnických záchranných služeb v České republice.

Obrázek 1 Krajské uspořádání ZZS v ČR



Zdroj: Nezávislý web o zdravotnické záchranné službě (2021)

Na obrázku 1 jsou zobrazeny znaky jednotlivých zdravotnických záchranných služeb, které vznikaly postupně od roku 2003 pod vedením nově vytvořených krajů. Nejen rozdílné znaky, ale jak uvádí Remeš (2013, s. 14) jsou odlišné i v barevné provedení sanitních vozidel a pracovních uniforem.

Zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotnické záchranné služby je tvořeno pracovišti dle Macha (2013, s. 161):

- ředitelství;
- zdravotnické operační středisko (ZOS);
- výjezdové základny s výjezdovými skupinami;
- pracoviště krizové připravenosti;
- vzdělávací a výcvikové středisko.

**Ředitelství** je považováno za centrální řídicí a koordinační pracoviště pro poskytování zdravotnické záchranné služby a pro připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací. Hlavní náplní je zejména zajištění ekonomické, organizační a technické činnosti. Ředitelství musí být zřízeno v sídle poskytovatele zdravotnické záchranné služby.

**Zdravotnické operační středisko**, jak uvádí Vilášek (2014, s. 65) je centrálním pracovištěm operačního řízení, které pracuje v nepřetržitém režimu a dostupné na tísňovém telefonním čísle 155. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby si může v rámci operačního řízení vyžádat pomoc na vyžádání od ostatních složek integrovaného záchranného systému, a to vždy na základě předem písemně dohodnutého způsobu poskytnutí pomoci.

Hlavním úkolem zdravotnického operačního střediska je dle Viláška (2014, s. 69 a s. 70) vyslat odpovídající pomoc ve správný čas na správné místo, řádné plnění tohoto úkolu je klíčové pro fungování celého systému záchranné služby. Nejpodstatnější důvod existence zdravotnického operačního střediska je kvalifikovaný příjem informací, jejich vyhodnocení z hlediska naléhavosti zásahu a požadavku na typ výjezdové skupiny a poté vyslání adekvátní pomoci.

Franěk (2021, s. 10 a s. 11) uvádí, v systému přednemocniční neodkladné péče je zdravotnické operační středisko jeho centrálním řídicím prvkem, zajišťující vnitřní i vnější organizaci přednemocniční péče. Vnitřní organizace představuje bezprostřední řízení přednemocniční péče a do vnější organizace patří koordinační činnost. Operátoři zdravotnického operačního střediska zabývající se příjmem tísňových výzev a komunikací s volajícími jsou označováni anglickým termínem „call-taker“ a pracovníci zajišťující řízení výjezdových skupin a komunikaci s cílovými poskytovateli lůžkové péče jsou označováni jako „dispečeri“.

Dle Šeblové (2018, s. 27) je možné stanovit hlavní úkoly operačního řízení zdravotnické záchranné služby zejména:

- příjem a vyhodnocení tísňových volání („call-taking“);
- poskytování instrukcí volajícím;
- operační řízení výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby;
- poskytování informací.

Franěk (2021, s. 67) definuje základní funkční schéma zpracování příjmu tísňové výzvy zdravotnickým operačním střediskem poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Každý hovor na tísňové lince začíná standardní úvodní frází, která má informovat volajícího, kam se dovolal a jaká pomoc mu může být nabídnuta. Následně operátor převezme iniciativu v hovoru směřující k identifikaci stavu. Lokalizace čísla volající stanice probíhá automaticky, ale vždy je nezbytně nutné určit a odsouhlasit si polohu místa události s volajícím. Dle Fraňka (2021, s. 76) je typickým formalizovaným údajem databáze adresných bodů, dále databáze tzv. „bodů zájmu“ jako jsou nákupní střediska, stadiony, zastávky a stanice hromadné dopravy, čerpací stanice. Od roku 2016 v provozu mobilní aplikace Záchranka, která umožňuje automatické odeslání datové zprávy o poloze před vlastním vytočením tísňové linky 155. Podle stavu pacienta, respektive situace, která vedla ke vzniku události operátor zdravotnického operačního střediska klasifikuje událost s ohledem na bezpečnostní situaci na místě. Na základě klasifikace a doplňujících informací rozhodne o indikaci výjezdu, stupni naléhavosti, potřebné odbornosti, počtu a druhu výjezdových skupin. Zdravotnické operační středisko v procesu zpracování příjmu tísňového volání poskytuje volajícímu či svědkovi události základní instrukce události k poskytnutí první pomoci postiženému do příjezdu zdravotnické záchranné služby.

Účel poskytování základních instrukcí a informací volajícímu případně svědkovi je především dle Vilášek (2014, s. 70):

- uklidnit volajícího ujištěním o tom, že pomoc je na cestě a poskytnout všeobecné a jasné informace volajícímu, co bude následovat;
- snížit riziko dalšího poškození zraněného a přijíždějících záchranářů, případně instruovat volajícího nebo svědky k poskytnutí první pomoci zraněnému;
- zajistit optimální podmínky zásahu výjezdové skupiny na místě – připravit doklady, užívané léky a případně další předměty související s událostí;
- zaměstnat osoby na místě užitečnou činností a snížit tak pocit „pomalu ubíhajícího času“.

Specifický význam má v indikovaných případech poskytování podrobných instrukcí k provedení úkonů první pomoci (TAPP) včetně telefonické instruktáže k provedení

neodkladné resuscitace, která představuje telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR).

Příjem tísňové výzvy dle Viláška (204, s. 71) spouští proces operačního řízení provozu poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Operační řízení znamená vyslání a koordinaci činnosti výjezdových skupin jak vzájemně, tak s ostatními subjekty včetně složek integrovaného záchranného systému. Významnými faktory vyhodnocení tísňové výzvy a vyslání výjezdové skupiny jsou celková situace na daném území, konfigurace komunikací a terénu, situace ve zdravotnických zařízeních, dopravní situace, ale i stav počasí a další faktory. Vyhodnocením událostí zdravotnickým operačním střediskem nemusí vždy být výjezd posádky zdravotnické záchranné služby, pro tyto případy musí existovat jednoznačná pravidla.

Jak uvádí Franěk (2021, s. 121) je jedním ze základních výstupů procesu příjmu tísňové výzvy klasifikace události, z které vyplývá stupeň naléhavosti a požadovaný druh odbornosti zasahující výjezdové skupiny.

Šín (2017, s. 63) uvádí, že přednemocniční neodkladná péče je poskytována v souvislosti se stanoveným stupněm naléhavosti tísňového volání. Třídění událostí do čtyř stupňů naléhavosti upravuje v České republice prováděcí vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.

Tabulka 2 Stupně naléhavosti události dle vyhlášky č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů

<b>Stupeň naléhavosti</b>	<b>Popis</b>
1	Došlo k selhání nebo bezprostředně hrozící selhání životních funkcí, nebo jde o událost s hromadným postižením osob
2	Pravděpodobně hrozí selhání životních funkcí
3	Bezprostředně nehrozí selhání životních funkcí, ale stav postiženého vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby
4	Nejde o událost dle stupně naléhavosti 1 až 3, ale dispečer zdravotnického operačního střediska rozhodne o vyslání výjezdové skupiny

Zdroj: vlastní zpracování, Franěk (2021)

Z tabulky 2 vyplývá, že stupeň naléhavosti neboli priority odpovídá typu zdravotních potíží. Dle určení stupně naléhavosti zdravotnickým operačním střediskem dochází k odpovídajícím parametrům zásahu, jak uvádí Franěk (2021, s. 123). Stupeň naléhavosti 1 vyžaduje okamžitý zásah, protože čas má zásadní význam. Na místo události je vyslána jedna až dvě nejbližší výjezdové skupiny. Vliv času na kvalitu přežití pacienta je především v situacích náhlé zástavy oběhu, dušení, tepenné krvácení, akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda. U stupně naléhavosti 2 má stále čas význam pro zdraví a vyžaduje zásah, co nejdříve. Na místo události je vyslána nejbližší volná výjezdová skupina a jedná se o vysoce rizikové situace, jako je akutní infarkt myokardu, astmatický záchvat, závažný traumatický mechanismus. Stupeň naléhavosti 3 je přiřazován událostem, kde je nepravděpodobné zhoršení vedoucí k ohrožení životních funkcí. Čas má význam pro komfort a je vysílána výjezdová skupina nejhodnější z hlediska taktického rozložení sil a prostředků, takovými událostmi jsou zlomenina končetiny, krvácení z nosu, náhle vzniklá bolest především v oblasti bederní páteře neboli ústřel. Stupeň naléhavosti 4 je přiřazován událostem povahy administrativně motivovaného charakteru, kolísavé stavy, lehké úrazy, zajištění plánovaných mezinemocničních transportů. Jedná se o zásahy realizované podle provozní situace, po uvolnění vhodné výjezdové skupiny, ale nesmí se jednat o poslední volnou výjezdovou skupinu v dané oblasti.

Výsledkem vyhodnocení příjmu tísňové výzvy je vedle stanovení stupně naléhavosti, také klasifikace události. Dle Šeblové (2018, s. 31) je cílem klasifikace události identifikování popisovaného zdravotního problému, určení toho, co se na místě události stalo, popsat stav pacienta, případně úrazový děj a rozsah události. Podle této klasifikace se stanoví stupeň naléhavosti události a určí se potřebná odbornost výjezdové skupiny, případně počet skupin.

Franěk (2021, s. 124) uvádí, že určení odbornosti zasahující výjezdové skupiny je specifické pro každý systém přednemocniční péče. V podmínkách České republiky se jedná o hranici mezi indikací rychlé lékařské pomoci (RLP) a rychlé zdravotnické pomoci (RZP). Z právního hlediska musí být k události 1. stupně naléhavosti vyslána skupina s lékařem, tedy rychlá lékařská pomoc (RLP) nebo lékař v systému rendez-vous (RV) a rychlá zdravotnická pomoc (RZP) při nutnosti transportu zajištěného pacienta do cílového zdravotnického zařízení k definitivnímu ošetření.

**Výjezdové základny** poskytovatele zdravotnické záchranné služby jsou dle Viláška (2014, s. 65) pracovištěm, které přijímá pokyny operátora zdravotnického operačního nebo pomocného operačního střediska v procesu zpracování příjmu tísňové výzvy. Výjezdové základny vysílají na místo události výjezdové skupinu.

Mach (2013, s. 162) uvádí, že členové výjezdové skupiny jsou povinni splnit pokyn zdravotnického nebo pomocného operačního střediska k výjezdu, a to do 2 minut od obdržení pokynu, dále jsou povinni poskytnout přednemocniční neodkladnou péči i bez tísňové výzvy.

Šín (2017, s. 63) uvádí, že síť výjezdových základen je tvořena na základě plánu pokrytí území kraje výjezdovými základnami, který je zpracován tak, aby byla na celém území kraje dodržena dojezdová vzdálenost 20 minut.

Výkonnými prvky zdravotnické záchranné služby jsou dle Viláška (2014, s. 74) výjezdové skupiny dislokované na výjezdových základnách a lze je dělit dle dopravního prostředku a systému organizace práce takto:

- rychlé lékařská pomoc (RLP) ve velkém sanitním vozidle a zdravotnický tým složen z lékaře, zdravotnického záchranáře nebo sestry a řidiče;
- rychlá zdravotnická pomoc (RZP) ve velkém sanitním vozidle a zdravotnický tým je na rozdíl od rychlé lékařské pomoci bez přítomnosti lékaře;
- rychlá lékařská pomoc v systému rendez-vous (RV) v osobním vozidle s nejméně dvoučlennou posádkou ve složení řidič-záchranář a lékař, která pracuje nejčastěji v součinnosti s výjezdovými skupinami rychlé zdravotnické pomoci ve víceúrovňovém setkávacím systému;
- letecká záchranná služba (LZP), v níž je zdravotnická část osádky nejméně dvoučlenná ve složení lékař a zdravotnický záchranář nebo sestra;
- doprava raněných a nemocných v podmínkách neodkladné péče – zdravotnický tým ovládá zásady tzv. zajištěného transportu.

Výhodou umístění lékaře v malém osobním vozidle je dle Šína (2017, s. 64) jeho vyšší mobilita a možnost dojezdu k většímu počtu událostí, protože většina lékařem ošetřených pacientů nevyžaduje jeho doprovod k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. Původně byl systém rendez-vous budován pro větší aglomerace s rychlou dostupností traumacentru, ale v současnosti se prosadil do běžného užívání i na rozsáhlých územích.

Součástí neodkladné přednemocniční péče je dle Štětiny (2014, s. 276) letecká záchranná služba. Nasazení vrtulníků významně zkracuje poskytnutí kvalifikované péče u stavů s bezprostředním ohrožením života postiženého a často i v méně přístupném terénu. Provoz letecké záchranné služby je smluvně zajištěn Ministerstvem zdravotnictví ČR a provozovateli letecké techniky, kterými jsou státní organizace, ale i soukromými subjekty. Provozovatel vrtulníků zajišťuje přistavení letecké techniky s leteckou posádkou, kterou je pilot případně i palubní technik a zdravotnická část posádky je zastoupena lékařem a zdravotnickým záchranářem případně zdravotní sestrou, kteří poskytují zdravotnickou službu v rozsahu odpovídající rychlé lékařské pomoci (RLP).

Remeš (2013, s. 40) uvádí, že na území České republiky existuje deset stanovišť letecké záchranné služby, akční rádius každého stanoviště je přibližně 70 km, což je vzdálenost dosažitelná do 20 minut. Místo přistání určuje pilot vrtulníku. Operační řízení vrtulníku letecké záchranné služby je realizováno zdravotnickým operačním střediskem poskytovatele zdravotnické záchranné služby příslušného kraje, ve kterém se stanoviště letecké záchranné služby nachází. V tabulce 3 je uveden přehled stanovišť letecké záchranné služby na území České republiky.

Tabulka 3 Stanoviště, provozovatel, volací znak a noční provoz letecké záchranné služby v ČR

<b>Volací znak</b>	<b>Místo</b>	<b>Provozovatel</b>	<b>Noční provoz</b>
Kryštof 01	Praha-Ruzyně	Policie ČR	ANO
Kryštof 04	Brno	DSA a.s.	ANO
Kryštof 05	Ostrava	ATE, s.r.o.	ANO
Kryštof 06	Hradec Králové	DSA a.s.	ANO
Kryštof 07	Plzeň-Líně	Armáda ČR	ANO
Kryštof 09	Olomouc	ATE, s.r.o.	NE
Kryštof 12	Jihlava	DSA a.s.	NE
Kryštof 13	Hosín-České Budějovice	DSA a.s.	ANO
Kryštof 15	Ústí nad Labem	DSA a.s.	NE
Kryštof 18	Liberec	DSA a.s.	NE

Zdroj: vlastní zpracování, Franěk (2021), Remeš (2013), Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021)



Z tabulky 3 vyplývá, že tři kraje České republiky nedisponují leteckou záchrannou službou konkrétně Karlovarský, Pardubický, Zlínský kraj a v případě potřeby nutného zásahu leteckou záchrannou službou oslovují okolní kraje s žádostí o vzlet vrtulníku letecké záchranné služby. Vilásek (2014, s. 75) uvádí, že stanoviště letecké záchranné služby fungují v nepřetržitém režimu 24 hodin a Franěk doplňuje (2021, s. 159), že stanoviště letecké záchranné služby v Olomouci, Jihlavě, Ústí nad Labem a Liberci nefungují v nočním provozu.

Vzlety letecké záchranné služby dle Štětiny (2014, s. 276) lze rozdělit na primární a sekundární zásahy. Prioritou pro leteckou záchrannou službu je zajištění primárních zásahů k závažným úrazovým a neúrazovým stavům v terénu. Důvodem nasazení letecké záchranné služby je zkrácení přednemocniční fáze léčby. Sekundární zásahy slouží k zajištění neodkladných mezinemocničních transportů v případech, kdy by pozemní transport pro svoji délku a nešetrnost mohl způsobit pacientovi transportní trauma případně závažné zhoršení zdravotního stavu. Při indikování mezinemocničních transportů musí být kromě očekávaného medicínského přínosu zvažována celková doba trvání transportu vrtulníkem včetně pozemního transportu z místa události do cílového zdravotnického zařízení.

**Pracoviště krizové připravenosti** dle Šína (2017, s. 64) slouží k zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových stavů a zpracovává traumatologický plán pro řešení mimořádných událostí s hromadným postižením osob. Dle legislativy se za takovou událost považuje stav, kdy je nutné současně nasadit pět a více výjezdových skupin nebo je na místě události přítomno nejméně patnáct na zdraví postižených osob.

Pracoviště krizové připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby je dle Macha (2013, s. 163) povinno plnit úkoly pro zajištění připravenosti podle postupů stanovených v rámci plánovacích dokumentů orgánů krizového řízení, havarijního plánování a dokumentace integrovaného záchranného systému.

Vilásek (2014, s. 65) uvádí, že pracoviště krizové připravenosti zdravotnické záchranné služby je určeno pro koordinaci:

- úkolů vyplývajících z krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace integrovaného záchranného systému;

- psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádných událostí a krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací;
- vzdělávání a výcviku pro plnění úkolů poskytovatel zdravotnické záchranné služby v oblasti krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof;
- vzdělávání a výcviku složek integrovaného záchranného systému k poskytování neodkladné resuscitace;
- komunikačních prostředků pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v integrovaném záchranném systému a v krizovém řízení;
- pracoviště krizové připravenosti zpracovává návrh traumatologického plánu a návrh jeho změn.

**Vzdělávací a výcvikové středisko** je zřízeno dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, a základní činností je pedagogická a výcviková činnost, slouží pro zajištění průpravy, znalostí a návyků v oblasti přednemocniční neodkladné péče zdravotnických pracovníků zdravotnické záchranné služby a pracovníků složek integrovaného záchranného systému.

Vilášek (2014, s. 63) uvádí, že dostupnost zdravotnické záchranné služby je dána především plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami. Rozmístění výjezdových základen je určeno v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí a městských částí hlavního města Prahy tak, aby místo události bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut.

Mach (2013, s. 161) uvádí, že kraj je povinen vydat a každé dva roky aktualizovat plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami. Podklady pro plán pokrytí připravuje poskytovatel zdravotnické záchranné služby, před vydáním však musí požádat o stanovisko k návrhu Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na poskytování zdravotnické záchranné služby na území kraje se může podílet také poskytovatel zdravotnické záchranné služby zřízený jiným krajem, vždy na základě písemné smlouvy uzavřené kraji, a to při mimořádných událostech, ale i při každodenním provozu.

V roce 2020 byla Ministerstvem zdravotnictví ČR (2020) vytvořena jednotná metodika pro tvorbu plánu pokrytí území krajů výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby. Do 2020 bylo rozmístění jednotlivých výjezdových základen pouze v kompetenci jednotlivých krajů a vykazovalo značnou krajeovou variabilitu, která Ministerstvu zdravotnictví ČR znemožňovala systémové sledování a případné ovlivňování plošného pokrytí území celé České republiky. V metodice plánu pokrytí území kraje výjezdovými základnami je uveden princip pro stanovení dojezdové dostupnosti do 20 minut zdravotnické záchranné služby pro území kraje, kde je použita metoda vycházející z předpokládané průměrné rychlosti vozidla pozemní výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby se současným zohledněním demografických a topografických parametrů. Pro potřeby stanovení dostupnosti zdravotnické záchranné služby jsou současně brány v úvahu i možnosti dosažení místa události s využitím místních a účelových komunikací.

Důležitou součástí spolehlivé dostupnosti zdravotnické záchranné služby je vozový park, který se dle Tučka (2019, s. 287) začal intenzivně modernizovat po vzniku čtrnácti zdravotnických záchranných služeb ve formě příspěvkových organizací jednotlivých krajů. Díky finanční síle krajů, postupném úbytku lékařů primární péče, zániku lékařských služeb první pomoci a dalším změnám systému zdravotnictví a snaze o poskytování kvalitní přednemocniční neodkladné péče došlo k výraznému navýšení počtu posádek a výjezdových základen zdravotnické záchranné služby. Obměna a modernizace vozového parku je prováděna postupně, ale služební stáří vozidel by nemělo překročit sedm let. Vybavení sanitních vozidel je dáno vyhláškou č. 296/2012 Sb. o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky, ve znění pozdějších předpisů. Nákup sanitních vozidel je realizován prostřednictvím veřejných zakázek, který se řídí zákonem č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek. Naprostou převahu v parku záchranných sanitních vozidel získávají automobily Volkswagen Transporter, Mercedes-Benz Sprinter, Ford Transit, Renault Trafic a Master v záchranných verzích. Jak uvádí Tuček (2019, s. 290), je unikátním vozidlem Zdravotnické záchranné služby hl. m. Praha „GOLEM“, záchranný kamion určený k nasazení při hromadných neštěstích. Po příjezdu na místo nasazení se modul pomocí bezdrátového dálkového ovládání a hydrauliky během třiceti minut uvede do plné pracovní polohy. V modulu je umístěno třídící pracoviště, ošetřovna, konferenční

a štábní místnost, až dvanáct transportních nosítek. Technické vybavení modulu Golem umožňuje nezávislost na vnějších zdrojích energie, vody a pohonných hmot po dobu 24 hodin.

Úkolem operačního řízení poskytovatele zdravotnické záchranné služby je dle Šeblové (2018, s. 40 a s. 41) přiřadit jednotlivým událostem nejvhodnější výjezdovou skupinu vzhledem k místu události, naléhavosti a odbornosti při současném zachování dostupnosti přednemocniční neodkladné péče na spravovaném území včetně odlehlých lokalit krajů. Cílem není reagovat co nejrychleji na všechna volání, ale vyřešit je dle závažnosti, tak aby byl systém nadále schopen reagovat na další volání.

Správná lokalizace místa události je úkolem zdravotnického operačního střediska poskytovatele zdravotnické záchranné služby a dle Fraňka (2021, s. 75) se jedná o klíčový údaj pro vyslání pomoci volajícímu. Lokalizace události je jediný údaj, bez kterého se záchranná služba při vyslání pomoci neobjede. Při příjmu tísňové výzvy s vysokou naléhavostí výjezdní skupina vyjíždí při znalosti přibližné polohy události a zpřesňující informace jsou výjezdové skupině předávány během jízdy. Lokalizace zahrnuje určení polohy z geografického hlediska včetně zobrazení topografické situace, tj. terénní útvary, řeky, silnice, železnice. Operátor zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby používá k přesnému určení místa události jednotné mapové prostředí integrovaného záchranného systému v elektronické podobě, skrývající se pod názvem „IZS Operátor DD“. Na mapě jsou detailně zobrazeny ulice, objekty včetně popisných čísel budov. Operátor zdravotnického operačního střediska je schopen pomocí řady doplňkových funkcí mapového prostředí přesně určit místo události např. trasování cyklostezek při řešení nehody cyklisty, vyhodnotit výškový rozdíl, označit chodce na přechodu.

Přidanou hodnotou krajského organizačního uspořádání zdravotnické záchranné služby dle Šina (2017, s. 62) je lepší znalost specifik jednotlivých krajů a případné plnění dalších úkolů daných krajem.

Vilásek (2014, s. 64) uvádí, že povinností poskytovatele zdravotnické záchranné služby je zpracovat traumatologický plán, který je třeba aktualizovat jednou za dva roky. Traumatologický plán stanoví opatření a postupy uplatňované poskytovatelem zdravotnické záchranné služby při zajišťování a poskytování neodkladné přednemocniční péče v případě

hromadných neštěstí. Součástí traumatologického plánu je přehled a hodnocení možných zdrojů rizik ohrožení života a zdraví osob. Traumatologický plán vychází z místních podmínek a možností. Návrh traumatologického plánu je povinen projednat poskytovatel zdravotnické záchranné služby s krajským úřadem, na jehož území poskytuje zdravotnickou záchrannou službu, následně je poskytovatel zdravotnické záchranné služby povinen předat do 30 dní od vyhotovení traumatologického plánu či jeho aktualizace krajskému úřadu kraje.

### **3.3.3 Zdroje a metody financování zdravotnické záchranné služby**

Vilášek (2014, s. 73 a s. 74) uvádí, že zdravotnická záchranná služba je příspěvková organizace zřizovaná krajem a její činnost má charakter služby garantované státem. Z právního hlediska se jedná o samostatnou právnickou osobu. Náklady poskytovatele zdravotnické záchranné služby jsou pokryty platbami od zdravotních pojišťoven podle skutečně provedených zdravotních výkonů a dále jsou náklady pokryty ze státního rozpočtu.

Ochrana (2010, s. 133) uvádí strukturu zdrojů financování zdravotní péče v České republice, kde nejvýznamnější roli hrají zdroje ze zdravotních pojišťoven, tento fakt souvisí s povinným zdravotní pojištěním, dále zdroje z veřejných rozpočtů, a to ze státního a územního rozpočtu a z domácností neboli soukromého sektoru. Soukromý sektor se v případě zdravotnické záchranné služby podílí na zdrojích financování ve formě přímých úhrad o nepojištěných občanů v rámci zdravotního pojištění, za poskytování komerčních služeb ve formě poskytování zdravotního dozoru na kulturních a sportovních akcích, za vzdělávací a výcvikové aktivity jako je kurz řidiče zdravotnické záchranné služby nebo kurz první pomoci.

Dle Šína (2017, s. 62) je financování poskytovatele zdravotnické záchranné služby vícezdrojové, a to především:

- z veřejného zdravotního pojištění v případě hrazených zdravotních služeb;
- ze státního rozpočtu, z kterého se hradí náklady na:
  - zajištění připravenosti na řešení mimořádných událostí a krizových stavů podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů;
  - provoz vrtulníků pro leteckou záchrannou službu;

- z rozpočtu krajů na krytí nákladů, a to zejména příspěvek na provoz a investice podle § 28 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů a další náklady nefinancované z výše uvedených zdrojů.

Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů musí být zdravotnická zařízení smluvně vázána se zdravotními pojišťovnami, aby byla poskytovaná zdravotní péče zdravotními pojišťovnami uhrazena. Všechny smlouvy a dodatky uzavřené mezi poskytovatelem zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami se řídí rámcovou smlouvou. Zákon ukládá povinnost poskytovatelům zdravotní péče k vykazování výkonů používat seznam a čísla pojištěnců, kterým poskytli hrazené služby. Způsob a pravidla vykazování zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR formou vyhlášky platné pro každý kalendářní rok neboli úhradová vyhláška. Zdravotní pojišťovny tyto pravidla akceptují v případě, že se s poskytovateli zdravotních služeb nedohodli jinak.

Stěžejní roli mezi zdravotními pojišťovnami hraje Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatních šest pojišťoven je sdruženo ve Svazu zdravotních pojišťoven, které se řídí postupy a metodikami vydané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou s minimálními odchylkami. Všeobecná zdravotní pojišťovna vydává a aktualizuje dokument Postup při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotnické záchranné služby, zdravotní dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče a přepravy na pitvu a z pitvy (VZP, 2021a), kde jsou definovány typové smlouvy, zásady pro výběr smluvních partnerů, speciální kritéria pro segment poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, zdravotní dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče, povinnost doložení splnění požadavků odborné a specializované způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Nedílnou součástí smluv jsou přílohy, které obsahují adresy jednotlivých pracovišť, odpovědné osoby za pracoviště, seznamy pracovníků včetně doložení dokladů o dosaženém

vzdělání, seznamy používaných vozidel včetně kopií velkého technického průkazu, seznam používaných zdravotnických přístrojů.

Dle dokumentu Postup při uzavírání smluv VZP (2021, s. 9) zdravotnická záchranná služba uzavírá se zdravotními pojišťovnami typové smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb dle identifikačního čísla (IČ), s přiřazeným identifikačním číslem zařízení (IČZ) a s přiřazeným identifikačním číslem pracoviště (IČP) tj. až na jednotlivé výjezdové základny. Typové smlouvy jsou následně uzavírány dle druhu smluvní odbornosti, a to:

- odbornost 709 – zdravotnická záchranná služba (ZZS) – urgentní medicína;
- odbornost 799 – přeprava pacientů neodkladné péče (PPNP), kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy.

Úhrady za poskytnuté zdravotní služby zdravotnickou záchrannou službou se v České republice dle Zlámala (2013, s. 89) realizuje hodnotou bodu v Kč dle úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR. Jedná se tedy o výkonový úhradový mechanismus. Jak uvádí VZP (2021) hodnota bodu je stanovena na základě dohádovacího řízení dle jednotlivých segmentů zdravotní péče. Dohádovací řízení je institut pro stanovení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Jak uvádí Němec (s. 99) základním hlediskem je hodnocený faktor, který je předmětem úhrady. U zdravotnické záchranné služby je hodnocený faktor objem poskytnuté péče. Princip platby za jednotlivý výkon je založen na rozdělení zdravotní péče na jednotlivé dílčí výkony, které se od sebe liší způsobem provedení, obtížnosti, nároku na čas zdravotnického personálu a použitým zdravotnickým materiálem. Každý jednotlivý výkon je hrazen jednotlivě. Výše úhrady jednotlivých výkonů vychází z bodového ohodnocení, které je stanoveno Ministerstvem zdravotnictví ČR ve vyhlášce Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (SZV). Výsledná hodnota výkonu je násobek počtu bodů krát hodnota bodu daná úhradovou vyhláškou. Mimo jednotlivé výkony jsou hrazeny zvlášť účtovatelný materiál (ZUM) a zvlášť účtovatelné léky (ZULP). V tabulce 4 jsou uvedeny

výkony smluvní odbornosti zdravotnické záchranné služby neboli urgentní medicíny, které jsou definovány ve vyhlášce č. 563/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Tabulka 4 Přehled zdravotních a dopravních výkonů smluvní odbornosti 709 zdravotnické záchranné služby k 31. 12. 2021

<b>Kód výkonu</b>	<b>Název zdravotních výkonu</b>
06700	Pomocný kód pro odb. 709 – vykazovat s výkonem 79111 příp. 06713 při nenaplnění 15 min.
06713	Přednemocniční neodkladná péče poskytovaná zdrav. záchranářem nebo sestrou, základní časová jednotka výkonu je 15 minut
06714	Aplikace medicínálního plynu
06715	Přednemocniční neodkladná péče poskytovaná zdrav. záchranářem nebo sestrou – setkávací systém, základní časová jednotka výkonu je 15 minut
06716	Telefonická asistovaná první pomoc, základní časová jednotka výkonu je 5 minut
79111	Lékařské vyšetření a odborná přednemocniční neodkladná péče poskytovaná lékařem, základní časová jednotka výkonu je 15 minut
79205	Signální výkon pro sekundární převozy – vykazovat s výkonem 79111 příp. 06713
<b>Kód výkonu</b>	<b>Název dopravního výkonu</b>
70	Jízda vozidla ZZS
74	Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna – číselník zdravotní výkony (2021)

V tabulce 4 je uveden rozpad jednoho zdravotního výkonu na dílčí výkony zdravotní a dopravní. U zdravotních výkonů je uvedena základní časová jednotka provádění zdravotního výkonu. Dopravní výkon je vykazován v kilometrech.



V tabulce 5 jsou uvedeny výkony smluvní odbornosti přepravy pacientů neodkladné péče, které jsou stanoveny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 563/20020 Sb.

Tabulka 5 Přehled zdravotních a dopravních výkonů smluvní odbornosti 799 přeprava pacientů neodkladné péče k 31. 12. 2021

<b>Kód výkonu</b>	<b>Název zdravotních výkonu</b>
06719	Neodkladná péče poskytovaná zdrav. záchranářem nebo sestrou v režimu PPNP, základní časová jednotka výkonu je 15 minut
79114	Odborná neodkladná péče poskytovaná lékařem v režimu PPNP, základní časová jednotka výkonu je 15 minut
79201	Odborná neodkladná péče poskytovaná lékařem při cestě pro pacienta do zahraničí v režimu PPNP
79202	Neodkladná péče poskytovaná zdrav. záchranářem nebo sestrou při cestě pro pacienta do zahraničí v režimu PPNP
<b>Kód výkonu</b>	<b>Název dopravního výkonu</b>
60	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje pracoviště zdravotnické záchranné služby)
72	Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli
77	Jízda vozidly PPNP

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna – číselník zdravotní výkony (2021)

Tabulka 5 uvádí rozpad jednoho zdravotního výkonu na dílčí výkony zdravotní a dopravní. U zdravotních výkonů je uveden základní časová jednotka provádění zdravotního výkonu. Dopravní výkon je vykazován v kilometrech.

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, mají povinnost provést ohledání těla zemřelého mimo zdravotnické zařízení všeobecní praktičtí lékaři v rámci ordinační a návštěvní doby, lékaři konající lékařskou službu první pomoci, poskytovatel, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby v případě, kdy došlo k úmrtí

při poskytování neodkladné přednemocniční péče, anebo poskytovatelé, kteří mají s krajem uzavřenou smlouvu. V případě, že zdravotnická záchranná služba má uzavřenu smlouvu se zřizovatelem o poskytování služeb koronera, tak uzavírá se zdravotní pojišťovnou smluvní vztah se smluvní odborností 007. V tabulce 6 je uvedeno bodové ohodnocení výkonu koronera.

Tabulka 6 Přehled zdravotních a dopravních výkonů smluvní odbornosti 007 služby koronera k 31. 12. 2021

<b>Kód výkonu</b>	<b>Název zdravotních výkonu</b>
09527	Prohlídka zemřelého – mimo lůžkové oddělení
<b>Kód výkonu</b>	<b>Název dopravního výkonu</b>
10	Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě
13	Přeprava koronera – paušál za jeden výjezd

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna – číselník doprava (2021)

Z tabulky 6 je zřejmé, že se jedná spíše o administrativní výkon, který musí být proveden a zaznamenán lékařem. Součástí výkonu je ohledání zemřelého a vystavení potřebné dokumentace.

Dalším zdrojem financování jsou transfery dle Máčeho (2018, s. 269) jsou to jednostranné nenávratné peněžní platby, které jsou příspěvkové organizaci poskytnuty z veřejných rozpočtů, a to státního rozpočtu, rozpočtů územních samospráv či státních fondů, jde zejména o dotace, granty, příspěvky, dávky, nenávratné finanční výpomoci, podpory nebo dary. Transferem jsou i prostředky ze zahraničí. S poskytnutými transfery je spojena povinnost využití finančních prostředků podle podmínek čerpání daného transferu v rozhodnutí o přidělení transferu, a současně je nutné provést finančního vypořádání dle podmínek stanovených poskytovatelem transferu.

Největší zdroj financování plyne zdravotnické záchranné službě od jejího zřizovatele kraje, který podle § 28 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, poskytuje zdravotnické záchranné službě transfer ve formě příspěvku na provoz ke krytí provozních nákladů. Kraj může poskytnout zdravotnické záchranné službě z prostředků územního rozpočtu příspěvek do fondu investic

k částečnému nebo úplnému krytí nákladů na pořízení investic, zejména k zajištění obnovy zdravotnické techniky a vozového parku.

Mach (2013, s. 165) uvádí, že Ministerstvo zdravotnictví ČR poskytuje účelovou dotaci určenou poskytovateli zdravotnické záchranné služby na financování připravenosti na řešení mimořádných událostí a krizových situací. Jedná se o dotaci ze státního rozpočtu. Současná výše roční úhrady nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu činí 10 Kč na osobu s trvalým nebo hlášeným pobytem na území příslušného kraje k poslednímu dni předchozího kalendářního roku.

Dle Navrátila (2017, s. 538) může poskytovatel zdravotnické záchranné služby čerpat finanční prostředky formou účelové investiční případně neinvestiční dotace na základě žádosti u Fondu zábrany škod, který je zřizován společně poskytovateli odpovědnostního pojištění vozidel České kanceláře pojistitelů jako fond na podporu vybavení integrovaného záchranného systému pro zásahy u dopravních nehod. Finanční prostředky z fondu lze použít na pořízení techniky nebo věcných prostředků potřebných pro činnost základních složek integrovaného systému se stanoviskem Ministerstva zdravotnictví ČR.

Další možností financování jsou dotace v rámci Evropské unie. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR vypracovává dokument Integrovaný regionální operační program neboli IROP, který v souladu s Nařízením EU o Evropském fondu pro regionální rozvoj (ERDF) a Fondu soudržnosti (FS), vytváří pravidla pro spolufinancování projektů z evropských strukturálních a investičních fondů vyhlášených na dané programové období. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby může prostřednictvím svého zřizovatele žádat o finanční prostředky formou účelové dotace. Míra spolufinancování je dána jednotlivými specifickými cíli programu, a to buď podle typu příjemce nebo podporovaných aktivit případně jako veřejné podpory. Zdravotnická záchranná služba musí připravit ve spolupráci se svým zřizovatelem veškeré podklady a dokumenty nutné pro podání žádosti o financování projektu. Jeden z projektů uvedených v dokumentu IROP (2021, s. 6) je prioritou č. 1 Zlepšení výkonu veřejné správy směřující ke zlepšení výkonu veřejné správy prostřednictvím eGovernmentu a kybernetické bezpečnosti.

Celková hospodářská činnost zdravotnické záchranné služby je dle Máčeho (2018, s. 290, s. 295, s. 302) financovaná z výnosů vlastních výkonů a zboží, výnosů z dotací a příspěvků a ostatních výnosů. Nedílnou součástí hospodářské činnosti jsou běžné a investiční náklady. Běžné náklady tvoří skupiny nákladů, a to na spotřebované nákupy materiálu, energie, opravy a udržování, mzdové a sociální náklady, ostatní náklady jako manka, škody a finanční náklady. Investiční náklady jsou spojeny s pořízením dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku, který se nespotřebovává v jednom účetním roce a do nákladů se dostává pomocí odpisů.

Významnou položkou běžných nákladů zdravotnické záchranné služby jsou osobní náklady tvořené mzdovými a sociálními náklady. Podle nařízení vlády č. 341/2017 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů jsou zaměstnanci zdravotnické záchranné služby, která je příspěvkovou organizací zřízenou krajem, zařazeni do platových tříd a stupňů, kterým odpovídají platové tarify. Zaměstnanci jsou odměňováni platem, který odpovídá platným platovým tarifům vyhlášeným nařízením vlády. V roce 2020 byli zaměstnanci zdravotnické záchranné služby jednorázově mimořádně odměněni za pracovní nasazení při vypuknutí koronavirové epidemie na základě vyhlášky č. 305/2020 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020, ve znění pozdějších předpisů, vydanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

## 4 Vlastní práce

Vlastní práce je zaměřena na zjištění, jak je zajištěna a financována zdravotnická péče poskytovaná zdravotnickou záchrannou službou v České republice na úrovni jednotlivých krajů i celé České republiky. Porovnává zajištění a zdroje financování v průběhu času, jak v závislosti na velikosti území kraje, počtu obyvatel kraje, zdrojích financování a hospodaření. Podrobně se věnuje rozboru specifikace typů výjezdů a zdrojů financování Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

### 4.1 Zajištění zdravotnické záchranné služby v České republice

Jednotlivé zdravotnické záchranné služby působí na úrovních krajů, které se liší rozlohou, počtem obyvatel, a proto před vlastním zkoumáním je dobré uvést základní charakteristiky jednotlivých krajů v rámci, kterých zdravotnická záchranná služba působí. Údaje jsou uvedeny v tabulce 7, kde jsou data uspořádána podle velikosti rozlohy jednotlivých krajů.

Tabulka 7 Rozloha území ČR a krajů (v km<sup>2</sup>), počet obyvatel v ČR a v krajích, počet výjezdových základen ZZS v ČR a krajích k 31. 12. 2020

území	rozloha	počet obyvatel	počet základen ZZS
<b>Česká republika</b>	78 871	10 701 777	316
Středočeský kraj	10 929	1 397 997	44
Jihočeský kraj	10 058	643 551	33
Plzeňský kraj	7 649	591 041	27
Jihomoravský kraj	7 188	1 195 327	23
Kraj Vysočina	6 796	508 852	21
Moravskoslezský kraj	5 431	1 192 834	33
Ústecký kraj	5 339	817 004	22
Olomoucký kraj	5 272	630 522	16
Královéhradecký kraj	4 759	550 803	15
Pardubický kraj	4 519	522 856	18
Zlínský kraj	3 963	580 119	16
Karlovarský kraj	3 310	293 311	13
Liberecký kraj	3 163	442 476	14
Hlavní město Praha	496	1 335 084	21
<b>Ø v ČR</b>	<b>5 634</b>	<b>764 413</b>	<b>23</b>

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnické záchranné služby ČR (2021), Český statistický úřad (2022)

Tabulka 7 ukazuje, že jednotlivé kraje mají rozdílné potřeby na zajištění zdravotnické péče poskytované zdravotnickou záchrannou službou plynoucí z různých velikostí území krajů a počtů obyvatel. Největší kraj, jak rozlohou, tak počtem obyvatel je Středočeský kraj, který má i největší počet výjezdových základen. Naopak krajem s nejmenší územní rozlohou je hlavní město Praha, ale vzhledem k velkému počtu obyvatel je počet výjezdových základen vyšší, než je celorepublikový průměr. Tyto demografické a topografické faktory mají významný vliv na organizaci poskytování zdravotnické péče poskytované zdravotnickou záchrannou službou.

Počet výjezdových základen není statický a v průběhu času se mění. Hlavním dokumentem, který zpracovává rozmístění výjezdových základen v kraji je plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami a musí být každé dva roky aktualizován krajem v součinnosti s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby. Realizace výstavby nové výjezdové základny je předmětem dlouhodobých případně střednědobých plánů kraje a poskytovatele zdravotnické záchranné služby, proto je v tabulce 8 uvedeno porovnání počtu výjezdových základen v České republice a jednotlivých krajů v letech 2010, 2015 a 2020. Tabulka 8 je uspořádaná dle největšího počtu výjezdových základen v roce 2020.

Tabulka 8 Počet výjezdových základen ZZS v ČR v letech 2010, 2015, 2020

území	2010	2015	2020	$\Delta$ 2015/2010 (%)	$\Delta$ 2020/2015 (%)
Středočeský kraj	40	38	44	-5	16
Jihočeský kraj	25	30	33	20	10
Moravskoslezský kraj	29	31	33	7	6
Plzeňský kraj	23	23	27	0	17
Jihomoravský kraj	23	23	23	0	0
Ústecký kraj	19	22	22	16	0
Hlavní město Praha	19	18	21	-5	17
Kraj Vysočina	19	21	21	11	0
Pardubický kraj	15	16	18	7	13
Olomoucký kraj	15	15	16	0	7
Zlínský kraj	13	14	16	8	14
Královéhradecký kraj	15	15	15	0	0
Liberecký kraj	14	14	14	0	0
Karlovarský kraj	11	13	13	18	0
<b>Česká republika</b>	<b>280</b>	<b>293</b>	<b>316</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
<b>Ø v ČR</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>8</b>

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Při porovnání údajů z tabulky 8 je zřejmé, že na území České republiky v desetiletém období došlo k nárůstu počtu výjezdových základen z počtu 280 v roce 2010 na počet výjezdových základen 316 v roce 2020. Průměrný nárůst počtu výjezdových základen mezi lety 2010 a 2015 byl 5 % a mezi lety 2015 a 2020 došlo k dalšímu nárůstu počtu výjezdových základen o 8 %. Změny v počtech výjezdových základen ukazují, že jednotlivé kraje a provozovatelé zdravotnické záchranné služby reagují na měnící se sídelní a dopravní infrastrukturu v průběhu času. K největšímu nárůstu počtu výjezdových základen došlo v Jihočeském kraji, a to o 20 % mezi lety 2010 a 2015 a k dalšímu nárůstu došlo mezi lety 2015 a 2020 o dalších 10 %. Naopak k poklesu počtu výjezdových základen mezi lety 2010 a 2015 došlo v hlavním městě Praze a ve Středočeském kraji shodně o 5 %, ale následně mezi lety 2015 a 2020 došlo k nárůstu počtu výjezdových základen, a to v hlavním městě Praze o 17 % a ve Středočeském kraji o 16 %. Z tabulky 8 je vidět, že jsou kraje, kde nedošlo za deset let ke změně a historicky vybudovaná síť výjezdových základen je dostačující, jedná se o Jihomoravský, Královéhradecký a Liberecký kraj.

V souvislosti se změnami počtu výjezdových základen v čase dochází ke změnám ve velikosti pokrytí území výjezdovými základnami. Lze předpokládat, že průměrná velikost území pokrytého jednou výjezdovou základnou se bude lišit podle velikosti jednotlivých krajů. V tabulce 9 je uvedeno porovnání velikosti pokrytého území jednou výjezdovou základnou v České republice a jednotlivých krajích v letech 2010, 2015, 2020. Tabulka 9 je uspořádána dle velikostí území pokrytého jednou výjezdovou základnou v roce 2020.

Tabulka 9 Velikost území pokryté jednou výjezdovou základnou ZZS v ČR v letech 2010, 2015 a 2020 (v km<sup>2</sup>)

území	2010	2015	2020	$\Delta$ 2015/2010 (%)	$\Delta$ 2020/2015 (%)
Olomoucký kraj	351	351	329	0	-6
Kraj Vysočina	358	324	324	-9	0
Královéhradecký kraj	317	317	317	0	0
Jihomoravský kraj	313	313	313	0	0
Jihočeský kraj	402	335	305	-17	-9
Plzeňský kraj	333	333	283	0	-15
Karlovarský kraj	301	255	255	-15	0
Pardubický kraj	301	282	251	-6	-11
Středočeský kraj	273	288	248	5	-14
Zlínský kraj	305	283	248	-7	-12
Ústecký kraj	281	243	243	-14	0
Liberecký kraj	226	226	226	0	0
Moravskoslezský kraj	187	175	165	-6	-6
Hlavní město Praha	26	28	24	8	-14
$\bar{\varnothing}$ v ČR	282	269	250	-4	-7

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2021), Český statistický úřad (2022)

Z tabulky 9 vyplývá, že na území České republiky došlo k poklesu velikosti území pokrytého jednou výjezdovou základnou mezi lety 2010 a 2015 o 4 % a mezi lety 2020 a 2015 o dalších 7 %. Se snížením velikosti území pokrytého jednou výjezdovou základnou dochází k větší dostupnosti rychlé zdravotnické pomoci občanů. Největší snížení velikosti území pokrytého jednou výjezdovou základnou je v Jihočeském kraji, kde došlo ke snížení velikosti území pokrytého jednou výjezdovou základnou mezi lety 2010 a 2015 o 17 % a mezi lety 2015 a 2020 o dalších 9 %. Největší velikost území, které pokrývá jedna výjezdová základna je v Olomouckém kraji, a to 329 km<sup>2</sup>. Průměrná velikost území pokrytého jednou výjezdovou



základnou v České republice je 250 km<sup>2</sup> a tomuto průměru se nejvíce přibližuje Karlovarský, Pardubický, Středočeský a Zlínský kraj.

Se změnou počtu výjezdových základen v jednotlivých krajích se mění velikost území obsluhované jednou výjezdovou základnou, současně také dochází ke změnám v počtu obyvatel, které pokrývá jedna výjezdová základna. Údaje v tabulce 10 jsou uspořádány podle největšího počtu obyvatel připadající na jednu výjezdovou základnu v roce 2020.

Tabulka 10 Počet obyvatel na jednu výjezdovou základnu ZZS v ČR v letech 2010, 2015 a 2020

území	2010	2015	2020	Δ 2015/2010 (%)	Δ 2020/2015 (%)
Hlavní město Praha	65 738	70 414	63 575	7	-10
Jihomoravský kraj	50 074	51 088	51 971	2	2
Olomoucký kraj	42 803	42 315	39 408	-1	-7
Ústecký kraj	44 010	37 401	37 137	-15	-1
Královéhradecký kraj	36 960	36 761	36 720	-1	0
Zlínský kraj	45 465	41 763	36 257	-8	-13
Moravskoslezský kraj	43 013	39 139	36 146	-9	-8
Česká republika	37 524	36 020	33 866	-4	-6
Středočeský kraj	31 188	34 918	31 773	12	-9
Liberecký kraj	31 359	31 403	31 605	0	1
Pardubický kraj	34 422	32 259	29 048	-6	-10
Kraj Vysočina	27 105	24 261	24 231	-10	0
Karlovarský kraj	27 967	22 910	22 562	-18	-2
Plzeňský kraj	24 864	25 070	21 890	1	-13
Jihočeský kraj	25 506	21 261	19 502	-17	-8
<b>Ø v ČR</b>	<b>37 524</b>	<b>36 020</b>	<b>33 866</b>	<b>-4</b>	<b>-6</b>

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2021), Český statistický úřad (2022)

Při porovnání údajů z tabulky 10 je zřejmé, že za deset let došlo průměrně ke snížení počtu obyvatel připadající na jednu výjezdovou základnu mezi lety 2010 a 2015 o 4 % a mezi lety 2015 a 2020 o dalších 6 %. Největší pokles obyvatel na jednu výjezdovou základnu je v Jihočeském kraji, kde došlo ke snížení mezi lety 2010 a 2020 celkem o 25 %, druhý

největší pokles počtu obyvatel připadající na jednu výjezdovou základnu je v Karlovarském kraji, a to mezi lety 2010 a 2015 o 18 % a mezi lety 2015 a 2020 o další 2 %.

Každá výjezdová základna je tvořena několika výjezdovými skupinami, a to buď RZP ve složení zdravotnický záchranář a řidič-záchranář, nebo RLP ve stejném složení jako RZP, a navíc s lékařem a RV ve složení lékař a řidič-záchranář. Výjezdové skupiny slouží ve dvanáctihodinových směnách nepřetržitě celých dvacet čtyři hodin denně. Stejně jako se vyvíjí v čase počet výjezdových základen, tak se vyvíjí počet a typ výjezdových skupin. V tabulce 11 je uvedeno porovnání mezi lety 2010, 2015 a 2020 v typech a počtu výjezdových skupin.

Tabulka 11 Počet a typ výjezdových skupin ZZS v ČR v letech 2010, 2015 a 2020

<b>rok</b>	<b>RLP</b>	<b>RZP</b>	<b>RV</b>	<b>LZS</b>
2010	169	270	54	9,5
2015	91,97	347,49	92,74	6,6
2020	74	395	104,8	8,1
<b>Ø 2010 až 2020 (%)</b>	<b>-34</b>	<b>21</b>	<b>39</b>	<b>-8</b>

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2021)

Z údajů v tabulce 11 vyplývá, že ve sledovaných letech mezi 2010 až 2020 došlo ke změně struktury typů výjezdových základen. Dochází k zvyšování počtu výjezdových skupin typu RZP, kde je průměrné meziroční tempo nárůstu počtu výjezdových skupin 21 % a u výjezdové skupiny typu RV 39 %. Naopak využívání výjezdové skupiny RLP vykazuje průměrné meziroční tempo poklesu o 34 %. Letecká záchranná skupina LZS je zřízena pouze v některých krajích na základě dohody mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a provozovateli vrtulníků letecké záchranné služby je celé území České republiky zajištěno v případě potřeby leteckou záchrannou službou. V roce 2021 vstoupili v platnost nové smlouvy mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a provozovateli vrtulníků letecké záchranné služby s osmiletou platností, tj. do roku 2028. Společnost DSA a.s. provozuje vrtulníky na základnách v Českých Budějovicích, Ústí nad Labem, Liberci, Hradci Králové a Jihlavě. Společnost ATE, s.r.o. provozuje vrtulníky na základnách v Praze a Plzni. Letecké záchranné služby jsou významnou součástí integrovaného záchranného systému.

Pro porovnání počtu výjezdových skupin v jednotlivých krajích byly zvoleny roky 2015 a 2020 a údaje jsou zobrazeny v tabulce 12. Tabulka 12 je uspořádána podle procentuální změny mezi roky 2015 a 2020 u výjezdové skupiny RLP. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby vytváří výjezdové skupiny podle smluvního ujednání se zdravotními pojišťovnami a personálních možností.

Tabulka 12 Počet a typ výjezdových skupin v krajích ČR v letech 2015 a 2020

území	2015 RLP	2015 RZP	2015 RV	2020 RLP	2020 RZP	2020 RV	Δ 2020/2015 RLP (%)	Δ 2020/2015 RZP (%)	Δ 2020/2015 RV (%)
Plzeňský kraj	4	28	9	0	34	12	-100	21	33
Liberecký kraj	0,3	18,9	10,7	0	20	10	-100	6	-7
Zlínský kraj	6,3	17,9	5,1	2,5	23,5	8	-60	31	57
Moravskoslezský kraj	10,9	41,5	9	6,5	45,1	11,8	-40	9	31
Královéhradecký kraj	3	18	6	2	20,9	7	-33	16	17
Kraj Vysočina	8	16	4	6	18	5	-25	13	25
Středočeský kraj	14	44	16	12	54	17	-14	23	6
Jihočeský kraj	6,5	34	9	6	35,5	10	-8	4	11
Jihomoravský kraj	16	24	3	15	26,5	3	-6	10	0
Hlavní město Praha	0	25	6	0	31	5	0	24	-17
Ústecký kraj	13	26,7	0	13	30	1	0	12	0
Pardubický kraj	4	18	7	4	19	8	0	6	14
Karlovarský kraj	0	17,5	5	0	17,5	5	0	0	0
Olomoucký kraj	6	18	3	7	20	2	17	11	-33

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 12 vyplývá, že hlavní město Praha a Karlovarský kraj nemají žádnou výjezdovou skupinu RLP. V Libereckém, Plzeňském kraji došlo k úplnému zrušení výjezdových skupin RLP, ve Zlínském kraji došlo ke snížení o 60 % v roce 2020 oproti roku 2015 a v Moravskoslezském kraji došlo ke snížení o 40 % v roce 2020 oproti roku 2015. Ostatní kraje přistupují ke snížení nebo k případnému zrušení výjezdové skupiny RLP pozvolna.

Významným ukazatelem dostupnosti a zajištění zdravotnické péče poskytované zdravotnickou záchrannou službou je počet zaměstnanců. Pracovní poměr ve zdravotnické záchranné službě vzniká na základě pracovní smlouvy, v praxi se používá pojem „kmenoví zaměstnanci“. Současně je využívána možnost zaměstnávání pracovníků na základě dohody o pracovní činnosti, případně dohody o provedení práce, jde o tzv. externisty, jinak řečeno smluvní zaměstnanci. Pro zjednodušení terminologie bude v následujícím textu uveden pojem „mzda“, přestože zaměstnanci zdravotnické záchranné služby jsou odměňováni „platem“. V tabulce 13 je zobrazen průměrného přepočteného evidenčního počtu všech zaměstnanců, kmenových i smluvních, zdravotnické záchranné služby v České republice.

Tabulka 13 Průměrný přepočtený evidenční počet všech zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020

rok	zaměstnanci kmenoví	zaměstnanci smluvní	zaměstnanci ZZS
2015	6 260	925	7 185
2016	6 449	1 527	7 976
2017	6 503	1 232	7 735
2018	6 549	1 026	7 575
2019	6 572	958	7 530
2020	6 646	1 228	7 875
∅ 2015 až 2020 (%)	1,2	5,8	1,8

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z porovnání z tabulky 13 vývoje počtu kmenových zaměstnanců v letech 2015 až 2020 vyplývá neustálý meziroční nárůst počtu kmenových zaměstnanců, průměrné meziroční tempo růstu počtu kmenových zaměstnanců dosahuje výše 1,2 %. Průměrné meziroční tempo změn u smluvních zaměstnanců dosahuje výše 5,8 %, účelem náborem smluvních zaměstnanců je zajištění nepřetržitého provozu zdravotnické záchranné služby tzn. dvacet čtyři hodin denně sedm dní týdně v provozu.

Struktura personálního obsazení zdravotnické záchranné služby vyplývá z její činnosti a složení jednotlivých výjezdových skupin. Profesionální struktura se skládá z pracovních pozic lékař, nelékař, ostatní, řidič, THP. Pracovní náplň pracovních pozic lékař a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby je zřejmá již ze samotného názvu pracovní

pozice. Pracovní pozice nelékař zahrnuje všechny nelékařské zdravotnické pracovníky, jako jsou zdravotní záchranáři, zdravotní sestry. Pracovní pozice ostatní představuje pomocně obslužné činnosti, kam patří pracovníci úklidu, údržbářské a výpomocné práce. Pracovní pozice THP neboli technicko-hospodářský pracovník zahrnuje administrativní pracovníky, kam patří ekonomové, účetní, technici, referenti, plánovači, správci. Profesionální struktura kmenových zaměstnanců zdravotnické záchranné služby je zobrazena v tabulce 14.

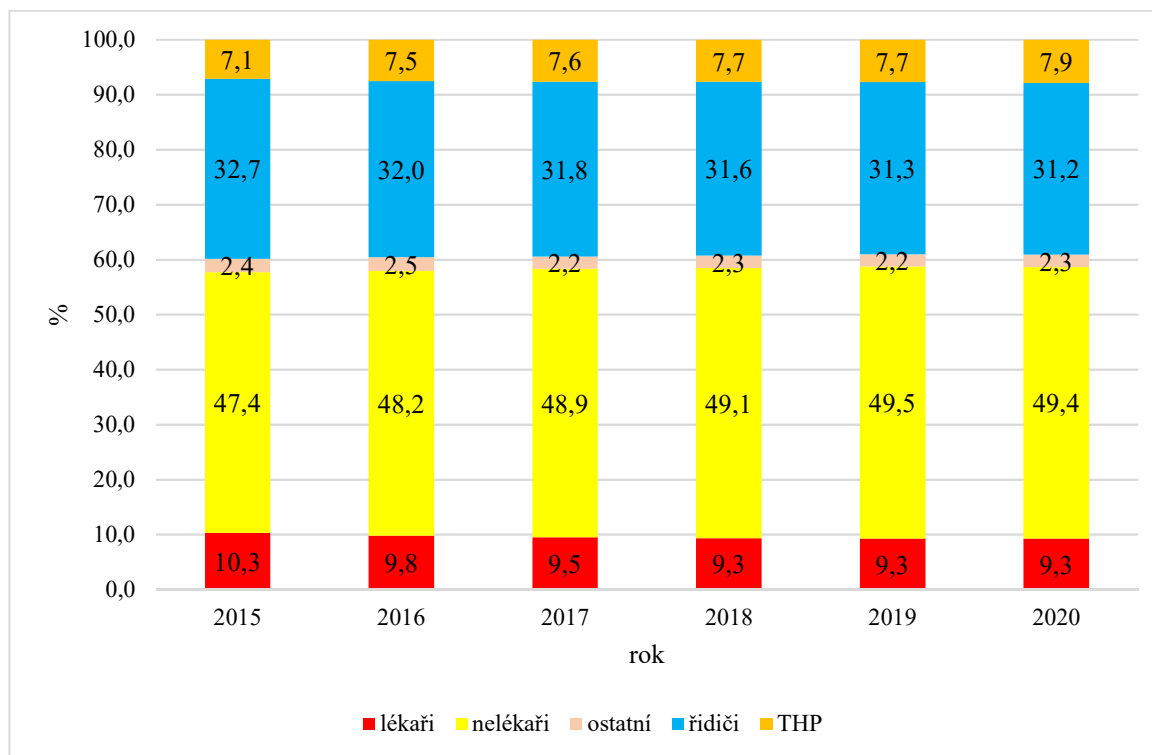
Tabulka 14 Profesionální struktura kmenových zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v průměrném přepočteném evidenčním počtu, v %)

rok	lékaři	nelékaři	ostatní	řidiči	THP	zaměstnanci ZZS
2015	646	2 968	153	2 047	446	6 260
2016	630	3 107	161	2 065	486	6 449
2017	616	3 179	145	2 068	496	6 503
2018	611	3 218	149	2 070	501	6 549
2019	609	3 252	147	2 057	507	6 572
2020	615	3 282	153	2 073	524	6 646
Ø 2015 až 2020 (%)	-1,0	2,0	0,04	0,3	3,2	1,2

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 14 vyplývá, že ve sledovaných letech dochází k průměrnému meziročnímu nárůstu přepočteného průměrného evidenčního počtu zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o 1,2 %. Nejvyšší průměrný meziroční nárůst, a to 3,2 % je u zaměstnanců na pozici technicko-hospodářských pracovníků v letech 2015 až 2020. Druhý největší průměrný meziroční nárůst zaměstnanců je na pozici nelékaři, a to 2,0 % ve sledovaných letech. Naopak obsazenost počtu pracovních míst na pozici lékaře se průměrně meziročně snižuje o 1,0 % v letech 2015 až 2020. Profesionální struktura kmenových zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých letech 2015 až 2020 je znázorněna v grafu 1.

Graf 1 Profesní struktura kmenových zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %)

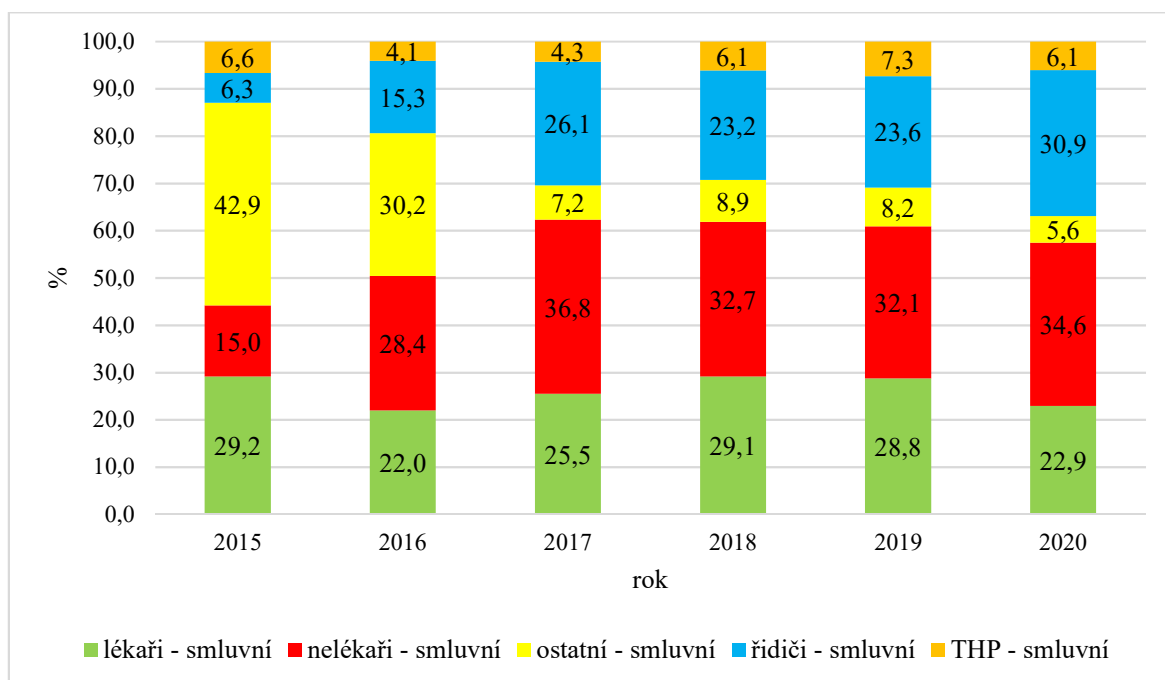


Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Porovnáním profesní struktury kmenových zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých letech v grafu 1 je zřejmá poměrně stabilní profesní struktura. Při porovnání roku 2020 oproti roku 2015 došlo k poklesu počtu lékařů o 1 %, dále došlo k poklesu řidičů o 1,5 % a naopak došlo k nárůstu počtu nelékařských zdravotnických pracovníků o 2 % a nárůstu technicko-hospodářských pracovníků o 0,8 % v roce 2020 oproti roku 2015.

Profesní struktura smluvních zaměstnanců zdravotnické záchranné služby je závislá na aktuálních potřebách zdravotnické záchranné služby a průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců v jednotlivých letech se mění, jak je vidět v grafu 8. Podobně jak se mění počet smluvních zaměstnanců se mění i profesní struktura smluvních zaměstnanců, která je zobrazena v grafu 2.

Graf 2 Profesní struktura smluvních zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchraných služeb ČR (2021)

Z grafu 2 vyplývá, že zaměstnávání smluvních zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v čase vede k nárůstu počtu nelékařských zdravotnických zaměstnanců o 19,6 % v roce 2020 oproti roku 2015 a ještě většímu nárůstu u pracovních pozic řidičů, kde došlo k nárůstu o 24,5 % v roce 2020 oproti roku 2015. Naopak u zaměstnávání smluvních zaměstnanců na pozici lékaře došlo k poklesu o 6,3 % v roce 2020 oproti roku 2015. K velkému poklesu došlo mezi lety 2015 a 2020 u pracovní pozice definované jako ostatní, a to o 37,3 %.

Důležitým ukazatelem zajištění dostupnosti zdravotnické záchranné služby je koncentrace počtu zdravotnických pracovníků zdravotnické záchranné služby ve vztahu k počtu obyvatel České republiky a jednotlivých krajů České republiky. V tabulce 15 je uveden vývoj počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře a jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře zdravotnické záchranné služby, který je dostupný pro obyvatele České republiky v letech 2015 až 2020.

Tabulka 15 Počet obyvatel na jeden úvazek kmenového lékaře a nelékaře ZZS v ČR v letech 2015 až 2020

<b>rok</b>	<b>jeden úvazek lékaře</b>	<b>jeden úvazek nelékaře</b>
2015	16 345	3 556
2016	16 796	3 405
2017	17 223	3 338
2018	17 418	3 310
2019	17 558	3 289
2020	17 407	3 261
$\emptyset$ 2015 až 2020 (%)	1,3	-1,7

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 15 vyplývá, že průměrný meziroční nárůst počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře zdravotnické záchranné služby v České republice dosahuje výše 1,3 % ve sledovaných letech 2015 až 2020. Naopak se snižuje počet obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře, průměrný meziroční pokles činí 1,7 % ve sledovaných letech.

Mezikrajské srovnání počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře zdravotnické záchranné služby je znázorněno v tabulce 16. Tabulka je uspořádána dle počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek lékařů v roce 2020.



Tabulka 16 Počet obyvatel jednotlivých krajů na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře ZZS v ČR v letech 2015 až 2020

území	lékaři 2015	lékaři 2016	lékaři 2017	lékaři 2018	lékaři 2019	lékaři 2020	$\varnothing$ 2015 až 2020 (%)
Hlavní město Praha	39 983	39 767	41 152	44 209	43 291	46 174	2,9
Moravskoslezský kraj	21 551	21 667	21 965	21 335	21 174	21 038	-0,5
Pardubický kraj	20 170	21 279	19 634	21 501	20 180	19 510	-0,7
Středočeský kraj	14 116	14 244	15 549	16 228	17 733	18 982	6,1
Královéhradecký kraj	14 121	18 928	18 188	18 522	18 468	18 527	5,6
Olomoucký kraj	16 275	15 462	20 994	20 429	19 447	18 067	2,1
Zlínský kraj	17 853	17 796	17 255	16 794	17 815	17 484	-0,4
Jihomoravský kraj	15 781	16 898	16 411	16 100	16 021	16 197	0,5
Jihočeský kraj	16 481	16 766	18 181	16 501	16 138	15 969	-0,6
Karlovarský kraj	14 182	14 987	14 649	15 235	16 235	14 965	1,1
Ústecký kraj	17 149	17 006	17 127	17 572	17 247	14 333	-3,5
Liberecký kraj	10 384	10 656	11 068	11 372	11 230	11 026	1,2
Kraj Vysočina	10 374	10 608	10 225	10 313	10 863	11 016	1,2
Plzeňský kraj	10 738	10 463	10 197	10 748	10 496	10 966	0,4

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 16 vyplývá, že ve většině krajů České republiky dochází k nárůstu počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře zdravotnické záchranné služby ve sledovaných letech. Největší průměrný meziroční nárůst počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře je ve Středočeském kraji, a to 6,1 % mezi lety 2015 a 2020. Naopak největší průměrný meziroční pokles počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře v letech 2015 až 2020 je v Ústeckém kraji, a to 3,5 %.

V tabulce 17 je uveden počet obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového nelékařů zdravotnické záchranné služby, kteří jsou dostupní pro obyvatele jednotlivých krajů ČR v letech 2015 až 2020. Tabulka je uspořádána dle počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového nelékařů v roce 2020.

Tabulka 17 Počet obyvatel jednotlivých krajů na jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře ZZS v ČR v letech 2015 až 2020

území	nelékaři 2015	nelékaři 2016	nelékaři 2017	nelékaři 2018	nelékaři 2019	nelékaři 2020	$\emptyset$ 2015 až 2020 (%)
Hlavní město Praha	5 942	5 604	5 330	5 034	4 941	4 857	-4,0
Jihomoravský kraj	4 577	4 542	4 264	4 196	4 129	4 192	-1,7
Středočeský kraj	3 937	3 904	3 933	3 912	4 012	4 043	0,5
Olomoucký kraj	4 377	4 064	4 031	4 018	4 000	3 936	-2,1
Zlínský kraj	4 228	4 085	4 014	3 981	3 958	3 775	-2,2
Liberecký kraj	3 740	3 542	3 612	3 593	3 485	3 482	-1,4
Moravskoslezský kraj	3 419	3 357	3 293	3 315	3 327	3 384	-0,2
Ústecký kraj	3 597	3 417	3 376	3 393	3 370	3 268	-1,9
Pardubický kraj	2 956	2 713	2 702	2 710	2 595	2 562	-2,8
Karlovarský kraj	2 745	2 715	2 541	2 464	2 516	2 551	-1,5
Kraj Vysočina	2 538	2 523	2 513	2 507	2 523	2 444	-0,8
Plzeňský kraj	2 900	2 378	2 381	2 414	2 418	2 408	-3,6
Královéhradecký kraj	2 581	2 486	2 377	2 338	2 263	2 213	-3,0
Jihočeský kraj	2 276	2 240	2 178	2 140	2 115	2 070	-1,9

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 17 vyplývá, že kromě Středočeského kraje došlo v ostatních krajích České republiky k poklesu počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře zdravotnické záchranné služby ve sledovaných letech. Největší průměrný meziroční pokles počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře ve sledovaných letech o 4,0 % v hlavní městě Praze. Nejmenší průměrný meziroční pokles počtu obyvatel na jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře je v Moravskoslezském kraji, a to 0,2 % mezi sledovanými lety 2015 a 2020.

Hlavní činností zdravotnické záchranné služby je poskytování přednemocniční neodkladné péče, kterou se rozumí péče o osobu postiženou náhle vzniklou poruchou, ohrožující život nebo zdraví jejich vlastní, nebo osoby v jejich okolí, a to na místě vzniku náhlého onemocnění nebo úrazu, během její dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejím předávání v cílovém zdravotnickém zařízení. Výjezdy v rámci této hlavní činnosti zdravotnické záchranné služby jsou definovány jako primární výjezdy a jsou se zdravotními

pojišťovnami nasmlouvány pod smluvní odborností zdravotné péče označené kódem 709 se zkratkou ZZS. Další typ výjezdů zdravotnické záchranné služby je přeprava pacientů neodkladné péče, které jsou definovány jako sekundární výjezdy a zdravotními pojišťovnami jsou nasmlouvány pod odborností zdravotní péče označené kódem 799 se zkratkou PPNP. Celkového počtu výjezdů zdravotnickou záchrannou službou je zobrazen v tabulce 18 v letech 2015 až 2020.

Tabulka 18 Počet výjezdů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020

rok	počet výjezdů
2015	1 067 704
2016	1 073 034
2017	1 094 740
2018	1 133 549
2019	1 137 701
Ø 2015 až 2019 (%)	1,6
2020	1 114 129
Δ 2020/2019 (%)	-2,1

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 18 vyplývá, počet výjezdů ve sledovaném období přesahuje hranici jednoho milionu výjezdů ročně. Do výjezdů jsou zahrnuty všechny realizované výjezdy zdravotnickou záchrannou službou. Průměrný meziroční nárůst výjezdů v letech 2015 až 2019 dosahoval výše 1,6 %, ale v roce 2020 došlo k meziročnímu poklesu počtu výjezdů o 2,1 %.

Jednotlivé výjezdy jsou odlišné typem události, z které vyplývá typ poskytované péče, délka poskytované péče, doprava pacienta do cílového zdravotnického zařízení. V tabulce 19 je uvedeno porovnání absolutního počtu výjezdů, výjezdových základů a skupin s průměrnými počty výjezdů denně na jednu výjezdovou základnu a skupinu v České republice.

Tabulka 19 Počtu obyvatel a výjezdů ZZS v ČR (v tis.), počet výjezdových základěn a skupin ZZS v ČR a průměrný počet výjezdů za jeden den, za jeden den na jednu základnu a za jeden den na jednu skupinu v letech 2015 až 2020

rok	počet obyvatel ČR (v tis.)	počet výjezdů (v tis.)	počet výjezdových základěn	počet výjezdových skupin	Ø počet výjezdů za 1 den (365 dnů v roce)	Ø počet výjezdů na 1 základnu za 1 den	Ø počet výjezdů na 1 skupinu za 1 den
2015	10 554	1 068	293	539	2 925	10	5
2016	10 579	1 073	307	557	2 940	10	5
2017	10 610	1 095	307	562	2 999	10	5
2018	10 650	1 134	311	570	3 106	10	5
2019	10 694	1 138	313	575	3 117	10	5
Ø 2015 až 2019 (%)	0,3	1,6	1,7	1,6	1,6	0,0	0,0
2020	10 702	1 114	316	582	3 052	10	5
Δ 2020/2019 (%)	0,1	-2,1	1,0	1,2	-2,1	0,0	0,0

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2022)

Z údajů v tabulce 19 vyplývá, že průměrný počet výjezdů denně je více než 3 000 od roku 2018, to znamená, že každou minutu vyjíždí zdravotnická záchranná služba ke dvou až třem událostem. Průměrný meziroční nárůst počtu výjezdů, výjezdových základěn, skupin i průměrný počet výjezdů za jeden den ve sledovaných letech dosáhl výše v rozmezí 1,6 % až 1,7 %. V roce 2020 oproti roku 2019 došlo k poklesu počtu výjezdů a průměrného počtu výjezdů za jeden den o 2,1 %. Počet výjezdových základěn a skupin v roce 2020 zaznamenal nárůst o 1 % oproti roku 2019, a přesto průměrný počet výjezdů za jeden den na jedné základně a skupině zůstal stejný.

Významným ukazatelem činnosti zdravotnické záchranné služby je počet vykázaných kilometrů na zdravotní pojišťovny v dělení dle typu výjezdů, a to primární výjezdy v rámci hlavní činnosti zdravotnické záchranné služby, nebo sekundární plánované výjezdy v rámci přepravy pacientů neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními vyžadující neustálé monitorování pacienta zdravotnickým pracovníkem. Porovnání počtu

vykázaných kilometrů na zdravotní pojišťovny v rozdělení podle režimu výjezdů je uvedeno v tabulce 20.

Tabulka 20 Počet vykázaných kilometrů za výjezdy v režimu ZZS, PPNP a celkem na zdravotní pojišťovny ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v tis. km)

rok	ZZS	PPNP	celkem vykázaných km	podíl ZZS/PPNP (%)
2015	26 024	2 273	28 298	92
2016	26 023	2 671	28 694	91
2017	27 050	2 386	29 436	92
2018	28 128	2 377	30 505	92
2019	27 685	2 363	30 048	92
∅ 2015 až 2019 (%)	1,6	1,0	1,5	
2020	27 998	2 680	30 678	91
Δ 2020/2019 (%)	1,1	13,4	2,1	

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 20 vyplývá, že zdravotnická záchranná služba provádí primární výjezdy (ZZS) z 91 % až 92 % objemu všech výjezdů. Počet vykázaných kilometrů na zdravotní pojišťovny od roku 2018 přesahuje 30 000 kilometrů ročně. Z pohledu průměrných meziročních změn ve vykázaných kilometrech na zdravotní pojišťovny v letech 2015 až 2019 k došlo k nárůstu u výjezdů ZZS o 1,6 % a u výjezdů PPNP o 1,0 %. Ale v roce 2020 oproti roku 2019 došlo k výraznému nárůstu výjezdů typu PPNP, a to o 13,4 %.

Rozdělení výjezdů na primární a sekundární plánované výjezdy souvisí i s počtem ošetřených pacientů dle typu výjezdů na primární a sekundární plánované. V tabulce 21 jsou uvedeny počty ošetřených pacientů podle typu výjezdu a údaje jsou uspořádány podle let.

Tabulka 21 Počet ošetřených pacientů v režimu ZZS, PPNP zdravotnickou záchrannou službou v ČR v letech 2015 až 2020 (v tis.)

rok	ZZS	PPNP	celkem ošetřených pacientů	podíl ZZS/PPNP (%)
2015	946	37	983	96
2016	983	39	1 022	96
2017	994	34	1 028	97
2018	1 028	28	1 055	97
2019	1 035	32	1 067	97
Ø 2015 až 2019 (%)	2,3	-3,6	2,1	
2020	1 021	56	1 077	95
Δ 2020/2019 (%)	-1,4	75,0	0,9	

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 21 vyplývá, že počet ošetřených pacientů vykázaných v režimu ZZS zdravotnickou záchrannou službou tvoří 95 % až 97 % z celkového počtu ošetřených pacientů. Průměrné meziroční změny v počtu ošetřených pacientů ve sledovaných letech u ZZS dosáhl nárůstu o 2,3 %, ale u ošetřených pacientů v režimu PPNP poklesl o 3,6 %. Ale v roce 2020 došlo k výraznému meziročnímu nárůstu ošetřených pacientů v režimu PPNP, a to o 75,0 %.

## 4.2 Financování zdravotnické záchranné služby v České republice

Systém financování českého zdravotnictví je převážně postaven na finančních příjmech z veřejného zdravotního pojištění, z příjmů od státních a územních rozpočtů a příjmů pocházejících ze soukromého sektoru. Financování zdravotnické záchranné služby je vícezdrojové, ale složení příjmů se liší. Zdravotnická záchranná služba je příspěvkovou organizací kraje, z právního pohledu se jedná o samostatnou právnickou osobou, která poskytuje zdravotnickou péči jako službu a musí se snažit, aby její hospodaření bylo vyrovnané. V tabulce 22 jsou uvedeny kumulativní údaje o hospodaření zdravotnické záchranné služby v letech 2015 až 2020.

Tabulka 22 Náklady, výnosy a výsledku hospodaření ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč)

rok	výnosy	náklady	výsledek hospodaření
2015	5 599	5 588	11
2016	6 068	6 073	-5
2017	6 571	6 563	9
2018	7 221	7 195	26
2019	7 787	7 762	25
∅ 2015 až 2019 (%)	8,6	8,6	11,8
2020	9 595	9 566	29
Δ 2020/2019 (%)	23,2	23,2	16,0

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 22 vyplývá, že výnosy a náklady v roce 2019 oproti roku 2015 vzrostly shodně o 39 % a bylo dosaženo kladného hospodářského výsledku ve výši 11 mil. Kč, tj. nárůst výsledku hospodaření v roce 2019 oproti roku 2015 o 124 %. V roce 2020 oproti roku 2019 došlo také shodně k nárůstu o 23 % ve výnosech i nákladech a hospodářský výsledek vzrostl v roce 2020 o 15 % oproti roku 2019. Zdravotnická záchranná služba dosáhla ve sledovaných letech kumulativně kladného výsledku hospodaření, až na rok 2016, kdy došlo k propadu výsledku hospodaření na ztrátu 5 mil. Kč.

U zdravotnické záchranné služby jsou dosažené výnosy tvořeny objemem poskytnuté zdravotní péče pacientům. V tabulce 23 je uveden přehled výnosů v absolutních číslech.

Tabulka 23 Výnosy ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč)

rok	příspěvek od zřizovatele	výnosy od ZP	výnosy z dotací a příspěvků	ostatní výnosy	výnosy celkem
2015	3 035	2 318	112	133	5 599
2016	3 244	2 448	208	168	6 068
2017	3 628	2 544	225	175	6 571
2018	4 098	2 669	270	184	7 221
2019	4 501	2 792	277	217	7 787
∅ 2015 až 2019 (%)	10,4	4,8	25,4	13,0	8,6
2020	4 986	3 200	1 171	238	9 595
Δ 2020/2019 (%)	10,8	14,6	322,7	9,7	23,2

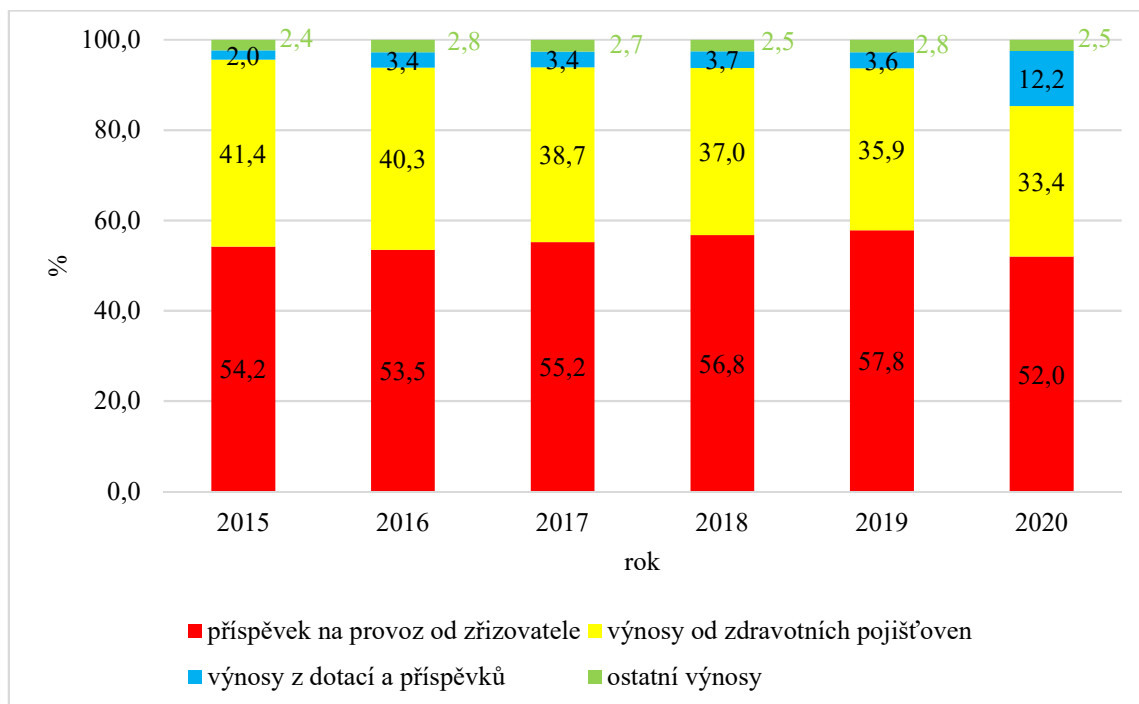
Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 23 vyplývá, že největším zdrojem financování zdravotnické záchranné služby je příspěvek na provoz od zřizovatele. Průměrný meziroční nárůst příspěvku od zřizovatele je 10,4 % v letech 2015 až 2019 a v roce 2020 dosáhl meziroční nárůst 10,8 %. Největší průměrný meziroční nárůst v letech 2015 až 2019 je ve výnosech z dotací a příspěvků, a to 25,4 %. Průměrné meziroční tempo růstu celkových výnosů v letech 2015 až 2019 je 8,6 %, ale v roce 2020 došlo k meziročnímu nárůstu celkových výnosů o 23,2 %. Na růstu celkových výnosů v roce 2020 se podílí výnosy z dotací a příspěvků, v meziročním srovnání se jedná o nárůst o 322,7 %, který byl způsoben jednorázovým příspěvkem Ministerstva zdravotnictví ČR na odměny pracovníkům ve zdravotnictví za pracovní nasazení v době koronavirové epidemie v roce 2020. Ostatní výnosy jsou tvořeny z prodeje služeb a doplňkové činnosti, kterými jsou především zdravotní dozor při pořádání sportovních, kulturních a vzdělávacích akcí, platby nepojištěných pacientů.

Údaje z tabulky 23 jsou graficky znázorněny v grafu 3, kde je znázorněna procentuální struktura jednotlivých výnosů na celkových výnosech zdravotnické záchranné služby v letech 2015 až 2020.



Graf 3 Struktura výnosů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z grafu 3 vyplývá, že příspěvek zřizovatele ve všech sledovaných letech tvoří více než 50 % z celého objemu dosažených výnosů. Nejvyšší byl příspěvek zřizovatele v roce 2019, kdy tvořil 57,8 % objemu z celkových výnosů. Druhým největším zdrojem financování zdravotnické záchranné služby jsou výnosy od zdravotních pojišťoven, které v roce 2015 dosáhly 41,4 % z celkových výnosů, ale v roce 2020 tvoří již jen 33,4 % z celkových výnosů zdravotnické záchranné služby. Výnosy z dotací a jiné příspěvky v letech 2015 až 2019 dosahují od 2,0 % do 3,7 % objemu celkových výnosů, ale v roce 2020 došlo k nárůstu na 12,2 % objemu z celkových výnosů. Ostatní výnosy ve sledovaných letech tvoří pouze 2,4 % až 2,8 % objemu z celkových výnosů.

Nejvýznamnějším zdrojem financování zdravotnické záchranné služby je příspěvek na provoz od zřizovatele. V tabulce 24 je zobrazena výše příspěvku na provoz od zřizovatele v letech 2015 až 2020 v dělení podle jednotlivých krajů a celé České republiky. Výše příspěvku na provoz od zřizovatele se v jednotlivých krajích liší podle rozpočtových možností krajských úřadu a vyjednávací pozice poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Tabulka 24 je uspořádána od největší částky příspěvku na provoz od zřizovatele v roce 2020.

Tabulka 24 Výše příspěvku na provoz od zřizovatele ZZS v ČR a v jednotlivých krajích v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč)

příspěvek na provoz od zřizovatele	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Ø 2015 až 2019 (%)	Δ 2020/2019 (%)
Středočeský kraj	410	417	458	492	535	570	6,8	6,5
Moravskoslezský kraj	358	373	405	465	526	552	9,0	4,9
Hlavní město Praha	206	247	318	356	406	548	21,6	35,0
Ústecký kraj	238	255	297	350	406	440	13,1	8,4
Jihomoravský kraj	271	288	339	398	417	440	10,2	5,5
Jihočeský kraj	270	288	325	375	406	438	10,2	7,9
Plzeňský kraj	227	242	259	279	297	311	6,5	4,7
Pardubický kraj	150	159	183	192	212	289	14,0	36,3
Kraj Vysočina	173	173	188	212	226	284	10,4	25,7
Olomoucký kraj	156	173	192	218	256	245	9,4	-4,3
Zlínský kraj	156	174	183	210	221	242	9,2	9,5
Královehradecký kraj	153	166	174	205	217	226	8,1	4,1
Liberecký kraj	144	152	164	189	204	214	8,2	4,9
Karlovarský kraj	120	125	138	157	172	192	9,9	11,6
Česká republika	3 032	3 232	3 623	4 098	4 501	4 991	10,5	10,9
Ø příspěvek na provoz od zřizovatele v ČR	216	231	259	293	322	356	10,5	10,6

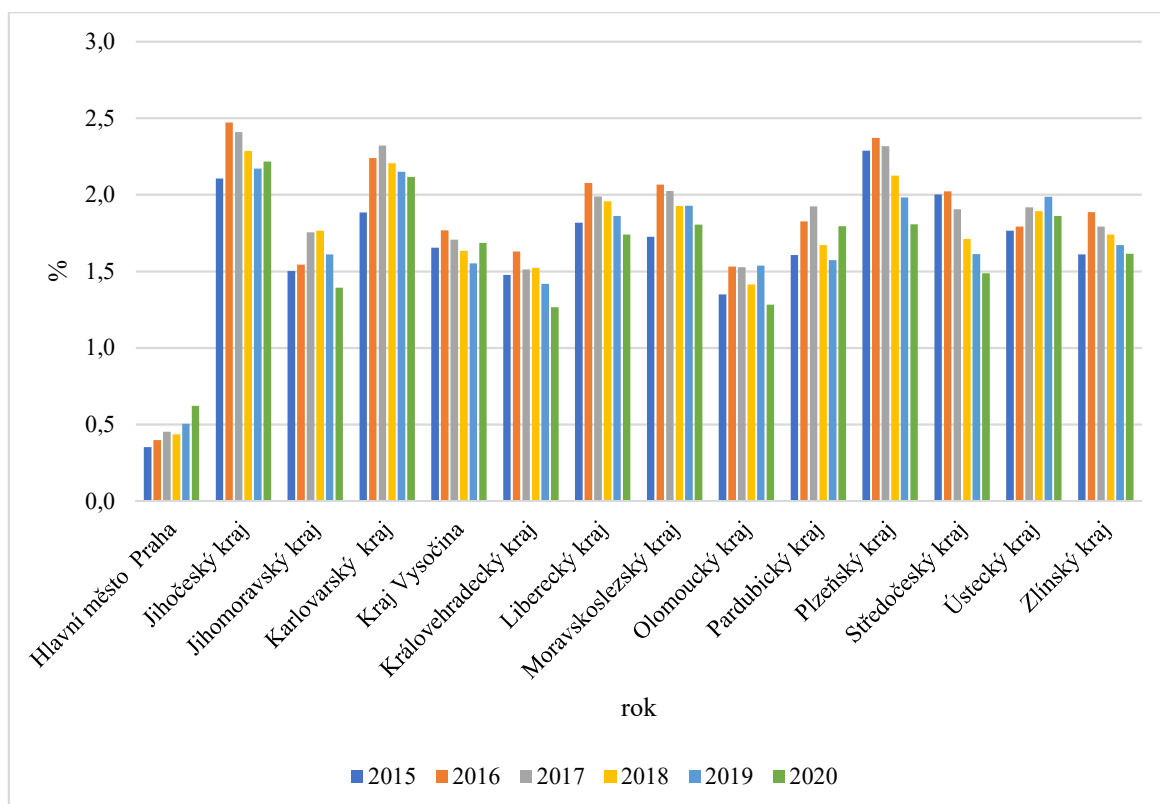
Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 24 vyplývá, že ve všech sledovaných letech nejvyšší částku příspěvku na provoz od zřizovatele obdržel největší kraj v České republice, a to Středočeský kraj, v roce 2020 obdržel 570 mil. Kč. Naopak kraj s nejmenším počtem obyvatel ve sledovaném období obdržel nejnižší výši příspěvku na provoz od zřizovatele, a to Karlovarský kraj, v roce 2020 obdržel 192 mil. Kč. Nejvyšší průměrný meziroční nárůst příspěvku na provoz od zřizovatele mezi lety 2015 a 2019 obdržel poskytovatel zdravotnické záchranné služby hlavního města Praha, a to 21,6 %. V roce 2020 oproti roku 2019 došlo k nejvyššímu meziročnímu nárůstu příspěvku na provoz od zřizovatele Pardubický kraj, a to 36,3 %. Průměrná výše příspěvku v České republice činila v roce 2020 výši 356 mil. Kč a oproti

roku 2019 vzrostla o 10,6 %. Průměrná výše příspěvku ve sledovaných letech 2015 až 2019 vykazovala průměrné meziroční tempo růstu 10,5 %.

Příspěvek na provoz od zřizovatele se odvíjí od celkového územního rozpočtu krajů. V grafu 4 je zobrazeno porovnání podílu příspěvku na provoz od zřizovatele na celkové územním rozpočtu kraje.

Graf 4 Vývoj příspěvku na provoz ZZS v ČR od zřizovatele podle jednotlivých krajů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2022)

Z grafu 4 vyplývá, že podíl příspěvku na provoz poskytovatele zdravotnické záchranné služby od kraje, tj. zřizovatele dosahu v roce 2015 největšího podílu na územní rozpočtu v Plzeňském kraji, a to 2,3 %, zatímco nejnižší podíl příspěvku na územní rozpočtu je v hlavním městě Praze, a to 0,4 %. V ostatních letech je nejvyšší podíl příspěvku na územním rozpočtu zřizovatele v Jihočeském kraji a nejnižší podíl je v hlavním městě Praze. Meziroční tempa růstu nebo poklesu nevykazují jednoznačné tendence, kromě

Středočeského kraje, kde v roce 2015 dosahoval příspěvek na provoz 2 % na územním rozpočtu a dále ve sledovaném období klesal až na úroveň 1,5 % v roce 2020.

Na výsledku hospodaření se vedle výnosů podílejí náklady, které zdravotnická záchranná služba může zčásti ovlivnit, ale vzhledem k tomu, že je příspěvkovou organizací kraje, tak mzdové ohodnocení zaměstnanců se řídí nařízením vlády o platových poměrech ve veřejném sektoru, kterým se poskytovatel zdravotnické záchranné služby přizpůsobit. Kumulovaný přehled nákladů zdravotnické záchranné služby je uveden v tabulce 25.

Tabulka 25 Přehled nákladů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč)

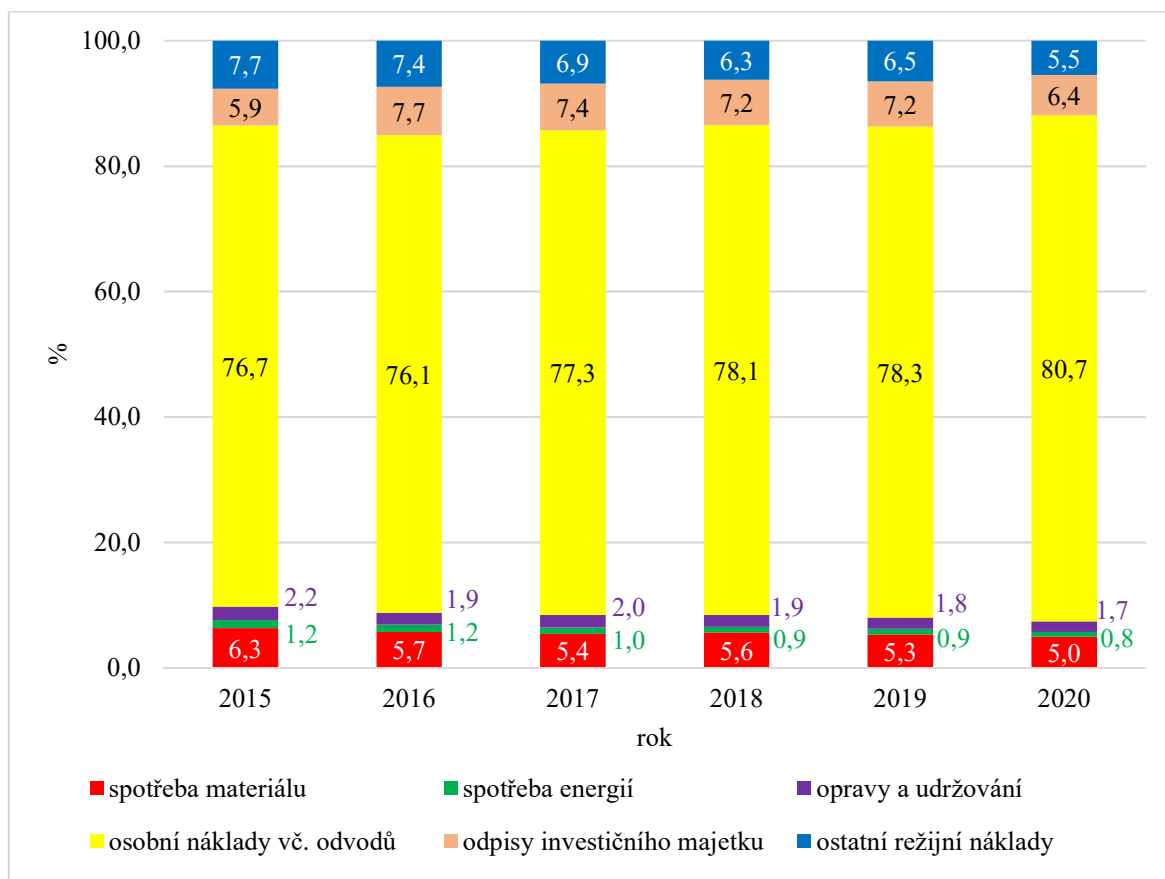
rok	spotřeba materiálu	spotřeba energií	opravy a udržování	osobní náklady vč. odvodů	odpisy investičního majetku	ostatní režijní náklady	náklady celkem
2015	354	70	120	4 287	328	428	5 588
2016	348	71	115	4 623	470	446	6 073
2017	355	68	130	5 072	488	450	6 563
2018	405	67	136	5 618	521	450	7 195
2019	413	69	139	6 077	560	504	7 762
∅ 2015 až 2019 (%)	3,9	-0,4	3,7	9,1	14,3	4,2	8,6
2020	475	73	158	7 719	616	525	9 566
Δ 2020/2019 (%)	15,0	5,8	13,7	27,0	10,0	4,2	23,2

Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z tabulky 25 vyplývá, že největší podíl na nákladech mají osobní náklady, ale největší průměrný meziroční nárůst v letech 2015 až 2019 dosahovaly odpisy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, a to 14,3 %. Celkové náklady v letech 2015 až 2019 vykazují průměrný meziroční nárůst 8,6 %. V roce 2020 došlo vlivem koronavirové epidemie k meziročnímu nárůstu celkových nákladů oproti roku 2019 o 23,2 %. Nejvyšší meziroční nárůst v roce 2020 oproti roku 2019 dosáhly osobní náklady včetně odvodů, a to 27,0 %.

Údaje z tabulky 25 jsou graficky znázorněny v grafu 5, kde je znázorněna procentuální struktura jednotlivých nákladů na celkových nákladech zdravotnické záchranné služby v letech 2015 až 2020.

Graf 5 Struktura nákladů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021)

Z grafu 5 vyplývá, že největší podíl na nákladech tvoří osobní náklady, a to ve sledovaných letech mezi 76,1 % až 80,7 %. Ostatní náklady tvoří minoritní podíl na celkovém objemu nákladů, podíl spotřeby materiálu v roce 2015 tvořil 6,3 % a v roce 2020 došlo ke snížení na podíl 5,0 % z celkového objemu nákladů. K poklesu podílu na celkovém objemu nákladů nastal i u ostatních režijních nákladů, které v roce 2015 tvořily 7,7 % a v roce 2020 klesly na 5,5 % podílu z celkového objemu nákladů. Výše odpisů ve sledovaných letech kolísá mezi 5,9 % až 7,7 %.

Významnou součástí nákladů zdravotnické záchranné služby jsou mzdové náklady. V tabulce 26 je uveden úhrnný vývoj průměrných mezd v celém národním hospodářství České republiky, v odvětví zdravotnictví České republiky bez ohledu na poskytovatele zdravotních služeb a kumulativně za všechny zdravotnické záchranné služby v ČR v rozdělení na kmenové a smluvní zaměstnance.

Tabulka 26 Průměrná hrubá měsíční mzda v ČR, zdravotnictví ČR, ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v Kč, na přepočtené počty)

<b>průměrná hrubá měsíční mzda</b>	<b>Česká republika</b>	<b>zdravotnictví ČR</b>	<b>ZZS ČR – kmenoví zaměstnanci</b>	<b>ZZS ČR – smluvní zaměstnanci</b>
2015	26 591	30 124	38 485	22 010
2016	27 764	31 754	40 068	14 061
2017	29 638	34 337	43 549	19 423
2018	32 051	37 346	48 204	23 390
2019	34 578	41 031	53 273	25 844
∅ 2015 až 2019 (%)	6,8	8,0	8,5	4,1
2020	35 662	46 907	64 635	20 993
Δ 2020/2019 (%)	3,1	14,3	21,3	-18,8

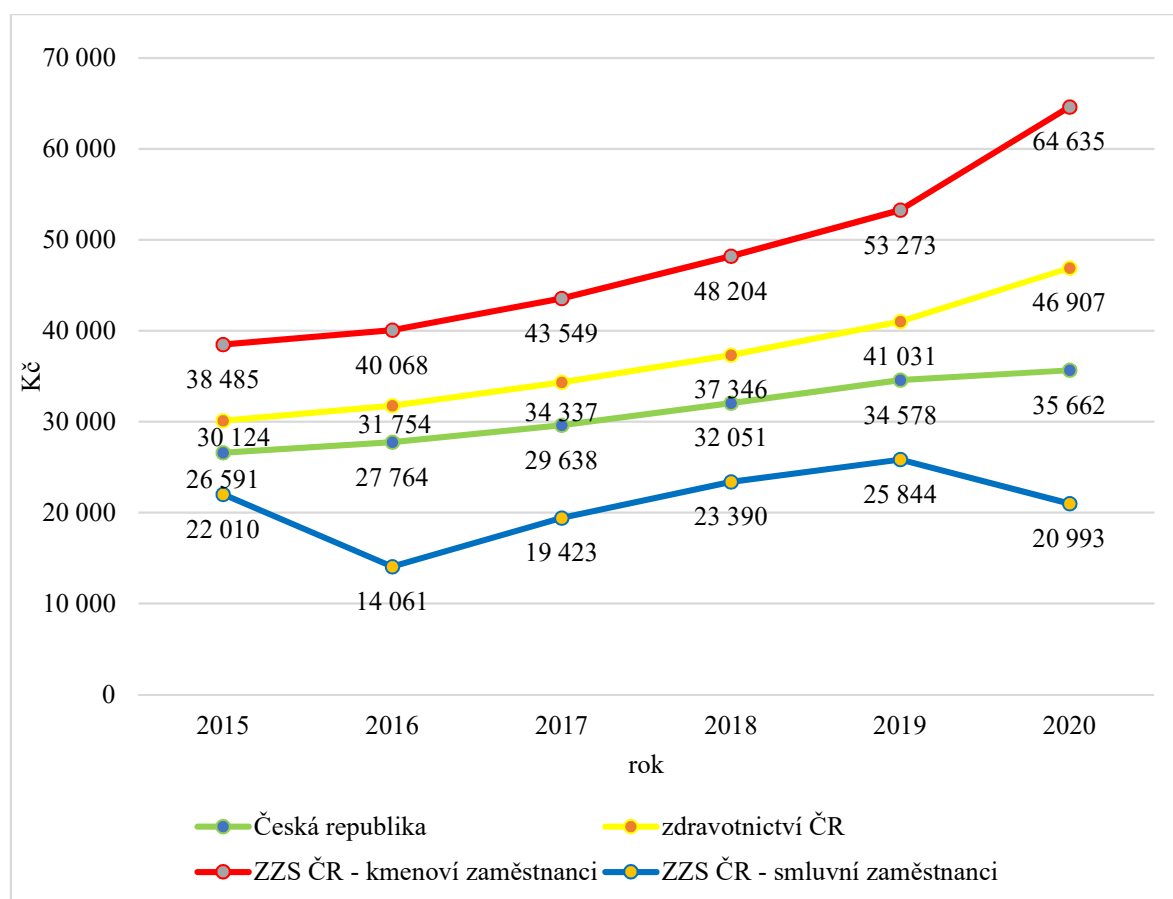
Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2022), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2022)

Z údajů tabulky 26 je patrný průměrný meziroční nárůst průměrných mezd v celé České republice o 6,8 %. Souhrnně za všechny kategorie pracovníků ve zdravotnictví České republiky je průměrný meziroční nárůst mezd ve výši 8,0 % a u kmenových zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se jedná o 8,5 % v letech 2015 až 2019. Z porovnání údajů v tabulce 26 je zřejmé, že rok 2020 byl z pohledu vývoje průměrných hrubých měsíčních mezd nestandardní, jedná se o rok, který byl ovlivněn epidemiologickou situací vyvolanou onemocněním COVID-19. Provoz poskytovatelů zdravotnických služeb byl extrémně zátěžový a měl dopad do průměrných hrubých měsíčních mezd. V odvětví celého zdravotnictví ČR došlo k meziročnímu nárůstu mezd o 14,3 % v roce 2020 oproti roku 2019. U kmenových zaměstnanců zdravotnické záchranné služby došlo k nárůstu průměrných hrubých měsíčních o 21,3 % v roce 2020 oproti roku 2019, které obsahuje i jednorázové

mimořádné odměny za pracovní nasazení při první vlně koronavirové epidemie, které byly kryty dotací od Ministerstva zdravotnictví České republiky. Naproti tomu celorepubliková průměrná hrubá měsíční mzda vzrostla pouze o 3,1 %.

Údaje z tabulky 26 jsou zobrazeny v grafu 6, kde jsou graficky znázorněna tempa růstu průměrných hrubých měsíčních mezd v celé České republice, v celém odvětví zdravotnictví České republiky a souhrnně za všechny zdravotnické záchrané služby České republiky v rozdělení na kmenoví a smluvní zaměstnance.

Graf 6 Vývoj průměrné hrubé měsíční mzdy v ČR, ve zdravotnictví ČR a u kmenových a smluvních zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020



Zdroj: vlastní zpracování, Asociace zdravotnických záchraných služeb ČR (2021), Český statistický úřad (2022), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2022)

Z grafu 6 vyplývá, že tempo růstu průměrných hrubých měsíčních mezd v letech 2015 až 2019 bylo téměř rovnoměrné ve sledovaných kategoriích za celou Českou republiku, za zaměstnance ve zdravotnictví a kmenové zaměstnance zdravotnické záchrané služby.

U smluvních zaměstnanců zdravotnické záchranné služby je průměrná hrubá měsíční mzda kolísavá stejně jako podíl smluvních zaměstnanců na celkovém počtu zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých letech. Rok 2020 byl rokem koronavirovým a byl extrémním pro zdravotníky, pro záchranáře, řidiče i lékaře zdravotnických záchranných služeb.

### **4.3 Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje**

Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje vznikla jako příspěvková organizace dnem zápisu do obchodního rejstříku 23. prosince 2003 a byla zapsaná pod názvem Územní středisko zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Ke dni 21. února 2007 byl název změněn na Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje. Pardubický kraj má rozlohu 4 519 km<sup>2</sup> a počet obyvatel 522 856 v roce 2020, hustota zalidnění je 115 obyvatel na km<sup>2</sup>, což ho řadí na desáté místo v rozloze a v hustotě obyvatel, na jedenácté místo v počtu obyvatel ze čtrnácti krajů České republiky. Údaje o zajištění a organizaci zdravotnické záchranné služby byly popsány v mezikrajském zkoumání, a proto je hlavním předmětem zkoumání ve Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje věková struktura pacientů, pracovní diagnózy indikující výjezdy výjezdových skupin, rozbor financování Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje poskytuje rychlou zdravotnickou pomoc všem věkovým kategoriím obyvatel. V tabulce 27 je uveden počet obyvatel Pardubického kraje v rozdělení podle věkových skupin a podle podílu ošetřených pacientů Zdravotnickou záchrannou službou Pardubického kraje v letech 2015 až 2020.



Tabulka 27 Počet obyvatel PAK a podíl ošetřených pacientů ZZS PAK na celkovém počtu obyvatel PAK v letech 2015 až 2020 (v %)

rok	počet obyvatel PAK k 31.12.				podíl ošetřených pacientů ZZS PAK na počet obyvatel PAK			
	0-14	15-64	65+	celkem	0-14 (%)	15-64 (%)	65+ (%)	celkem (%)
<b>2015</b>	79 315	341 189	95 645	<b>516 149</b>	2	4	18	<b>6</b>
<b>2016</b>	80 394	338 204	98 489	<b>517 087</b>	4	7	27	<b>10</b>
<b>2017</b>	81 098	335 911	101 328	<b>518 337</b>	3	7	28	<b>10</b>
<b>2018</b>	82 063	334 475	103 778	<b>520 316</b>	4	7	30	<b>11</b>
<b>2019</b>	83 010	333 567	106 085	<b>522 662</b>	4	7	30	<b>11</b>
<b>2020</b>	83 619	331 606	107 631	<b>522 856</b>	3	7	31	<b>11</b>

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad (2022), interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 27 vyplývá, že podíl ošetřených pacientů na celkovém počtu obyvatel Pardubického kraje tvořil v roce 2015 celkem 6 %. V letech 2016 a 2017 byl podíl ošetřených pacientů shodně 10 % v každém roce a v letech 2019 a 2020 došlo k nárůstu počtu ošetřených pacientů shodně na 11 % v každém roce. Ve všech sledovaných letech byla nejvíce ošetřovanou věkovou skupinou obyvatel skupina pacientů nad 65 let, která v roce 2020 dosáhla 31 % podílu na celkovém počtu obyvatel Pardubického kraje.

Změny v počtech ošetřených pacientů ve sledovaných letech ukazuje tabulka 28, která porovnává průměrné tempo změn v počtu ošetřených pacientů za období 2015 až 2019, a následně porovnává meziroční změnu v počtu ošetřených pacientů mezi lety 2019 a 2020.

Tabulka 28 Průměrné tempo změn v letech 2015 až 2019 a změna mezi lety 2019 a 2020 v počtu obyvatel PAK a počtu ošetřených pacientů ZZS PAK (v %)

rok	počet obyvatel PAK k 31.12.				počet ošetřených pacientů ZZS PAK			
	0-14	15-64	65+	celkem	0-14	15-64	65+	celkem
2015	79 315	341 189	95 645	516 149	1 734	14 675	16 873	33 282
2016	80 394	338 204	98 489	517 087	2 840	22 136	27 035	52 011
2017	81 098	335 911	101 328	518 337	2 711	22 070	28 678	53 459
2018	82 063	334 475	103 778	520 316	2 924	22 567	30 893	56 384
2019	83 010	333 567	106 085	522 662	2 998	22 424	31 675	57 097
Ø 2015 až 2019 (%)	1,1	-0,6	2,6	0,3	14,7	11,2	17,1	14,4
2020	83 619	331 606	107 631	522 856	2 511	21 877	32 973	57 361
Δ 2020/ 2019 (%)	0,7	-0,6	1,5	0,04	-16,2	-2,4	4,1	0,5

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad (2022), interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 28 vyplývá, že průměrné meziroční tempo růstu počtu obyvatel v Pardubickém kraji v letech 2015 až 2019 činilo 0,3 % a nárůst v počtu obyvatel mezi lety 2019 a 2020 byl 0,04 %. Největší průměrné meziroční tempo růstu mezi lety 2015 až 2019 je ve věkové skupině nad 65 let a stejně je tomu i v roce 2020 oproti roku 2019, kde došlo k meziročnímu nárůstu o 1,5 %. Změny v počtu obyvatel ve sledovaných letech se odrážejí v počtu ošetřených pacientů ZZS PAK, která eviduje průměrně meziroční tempo růstu počtu ošetřených pacientů v letech 2015 až 2019 ve výši 14,4 % a nejvíce ošetřovanou věkovou skupinou je skupina obyvatel nad 65 let, a to 17,1 %. Průměrné meziroční tempo růstu v počtu ošetřených pacientů ve věkové skupině 0-14 let je ve výši 14,7 % a ve výši 11,2 % věková skupina pacientů 15-64 let. Meziroční změna v počtu ošetřených pacientů v letech 2019 a 2020 je ve výši 0,5 % a ve věkové skupině nad 65 let je změna ve výši 4,1 %. U věkových skupin 0-14 a 15-64 let došlo mezi lety 2019 a 2020 k meziročnímu poklesu, a to dětí do 14 let o 16,2 % a u věkové skupiny 15-64 let o 2,4 %.

V tabulce 29 jsou porovnány údaje o počtu ošetřených pacientů ZZS PAK podle věkových skupin a současně jsou uvedeny procentuální podíly těchto věkových skupin na celkovém počtu ošetřených pacientů.

Tabulka 29 Počet ošetřených pacientů dle věkové struktury a jejich podíl na celkovém počtu ošetřených pacientů v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %)

rok	počet ošetřených pacientů ZZS PAK				podíl věkové skupiny pacientů na celkové počtu ošetřených pacientů v ZZS PAK		
	0-14	15-64	65+	celkem	0-14 (%)	15-64 (%)	65+ (%)
<b>2015</b>	1 734	14 675	16 873	<b>33 282</b>	5	44	51
<b>2016</b>	2 840	22 136	27 035	<b>52 011</b>	5	43	52
<b>2017</b>	2 711	22 070	28 678	<b>53 459</b>	5	41	54
<b>2018</b>	2 924	22 567	30 893	<b>56 384</b>	5	40	55
<b>2019</b>	2 998	22 424	31 675	<b>57 097</b>	5	39	55
<b>2020</b>	2 511	21 877	32 973	<b>57 361</b>	4	38	57

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad (2022), interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 29 vyplývá, že podíl ošetřených pacientů ve věkové skupině 0-14 let je ve sledovaných letech téměř konstantní. Hodnota podílu věkové skupiny 0-14 se pohybuje mezi 5 % v letech 2015 až 2019 a v roce 2020 došlo k poklesu na 4 %. Vývoj v počtu ošetřených pacientů ve věkové skupině 15-64 let je ve sledovaném období klesající, v roce 2015 dosahoval podíl věkové skupiny 15-64 let na celkovém počtu ošetřených pacientů ZZS PAK 44 % a v roce 2020 tvořil jejich podíl 38 %. Opačný vývoj je sledován ve věkové skupině obyvatel nad 65 let, kde v roce 2015 tvořil podíl ošetřených pacientů ve věku nad 65 let 44 % na celkovém počtu ošetřených pacientů a v roce 2020 jejich podíl vzrostl na 57 % ze všech ošetřených pacientů ZZS PAK. Lze předpokládat, že nárůst počtu ošetřených pacientů nad 65 let je způsoben demografickým vývojem, tj. stárnutím populace a dopadem onemocnění COVID-19 na starší věkovou skupinu, především v první vlně epidemie.

Zdravotnické operační středisko přijímá tísňové výzvy, kterým na základě získaných informací od volajícího přiřadí stupeň naléhavosti. Stupně naléhavosti jsou definovány

ve vyhlášce č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, ale Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje interně stanoví podrobnější identifikaci nahlášené události, jak je zobrazeno v tabulce 30. V interních stupních naléhavosti ve Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje je ještě stanoven stupeň VII. – smrt. K této diagnóze vyjíždí koroner a stupeň naléhavosti dle vyhlášky č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, není stanoven, proto není v tabulce 30 uveden.

Tabulka 30 Stupně naléhavosti tísňových výzev a počet pacientů v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. a v %)

stupeň naléhavosti ZZS PAK	2015 (tis.)	2016 (tis.)	2017 (tis.)	2018 (tis.)	2019 (tis.)	2020 (tis.)	stupeň naléhavosti dle vyhl. č. 240/2012 Sb.	$\phi$ 2015 až 2019 (%)	$\Delta$ 2020/2019 (%)
0. - žádná	4,6	0,7	0,6	0,8	0,6	1,1	4	-25,3	66,7
I. - lehká	4,6	7,8	8,3	8,8	8,2	7,3	3	9,9	-11,2
II. - střední	14,4	27,6	28,6	31,0	26,4	25,3	3	12,0	-4,0
III. - vysoká	6,8	10,9	10,2	9,8	15,6	16,9	2	19,9	8,2
IV. - potenciální ohr. života	1,1	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	2	8,2	-8,1
V. - přímé ohrožení života	0,5	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	1	9,6	-0,1
VI. - selhání vitálních funkcí	0,2	0,4	0,5	0,4	0,3	0,4	1	11,1	7,2

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 30 vyplývá, že ve sledovaných letech došlo ke změně struktury přijímaných tísňových výzev. Největší průměrný meziroční nárůst za sledovaná léta 2015 až 2019 byl u tísňových výzev III.- vysoká, a to 19,9 %, v roce 2020 došlo k dalšímu meziročnímu nárůstu oproti roku 2019 o 8,2 %. Největší průměrný meziroční pokles v letech 2015 až 2019 nastal u tísňových výzev 0. – žádná, ale v roce 2020 došlo k výraznému nárůstu, a to o 66,7 %.

Při příjmu tísňové výzvy operátor zdravotnického operačního střediska nejen definuje stupeň naléhavosti, ale také stanoví pracovní diagnózu osoby postižené na zdraví, kterou vyjíždí výjezdová skupina Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje ošetřovat. V tabulce 31 je zobrazeno rozdělení pracovních diagnóz do tří kategorií, a to somatické nemoci, traumata a jiné, případně nepřesně určené diagnózy.

Tabulka 31 Počet ošetřených pacientů podle povahy pracovní diagnózy v ZZS PAK v letech 2015 až 2021

<b>pracovní diagnóza</b>	<b>jiné a neznámé</b>	<b>somatické nemoci</b>	<b>traumata</b>	<b>celkem</b>
2015	3 778	21 132	8 372	33 282
2016	6 014	33 876	12 121	52 011
2017	6 360	34 745	12 354	53 459
2018	7 089	35 514	13 781	56 384
2019	7 227	36 028	13 842	57 097
∅ 2015 až 2019 (%)	11,5	12,6	8,4	11,5
2020	6 513	38 294	12 554	57 361
Δ 2020/2019 (%)	-9,8	6,3	-9,3	0,5

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 31 vyplývá, že největší počet stanovených pracovních diagnóz při výjezdu výjezdové skupiny jsou somatická onemocnění, kde současně došlo k největšímu nárůstu počtu pacientů, průměrné meziroční tempo růstu dosahuje 12,6 % za sledovaná léta 2015 až 2019, v roce 2020 u somatických onemocnění byl meziroční nárůst oproti roku 2019 o 6,3 %. Pracovní diagnóza traumata, kde se jedná převážně o poranění a úrazy, došlo k průměrnému meziročnímu nárůstu 8,4 % ve sledovaných letech 2015 až 2019, ale v roce 2020 došlo k meziročnímu poklesu oproti roku 2019 o 9,3 %. Počty pacientů s pracovní diagnózou jiné, které jsou upřesněny, až když na místo události dorazí výjezdová skupina, dosahovaly průměrného meziročního nárůstu 11,5 %, ale v roce 2020 oproti roku 2019 došlo k poklesu o 9,8 %.

Detailnější rozbor somatických onemocnění, ke kterým výjezdové skupiny Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje vyjíždějí, jsou uvedeny v tabulce 32. Tabulka 32 je uspořádána podle nejvyššího počtu somatického onemocnění v roce 2020.

Tabulka 32 Počet pacientů podle povahy somatického onemocnění v ZZS PAK v letech 2015 až 2021

specifikace somatického onemocnění	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Ø 2015 až 2019 (%)	Δ 2020/2019 (%)
nemoci dýchací a oběhové soustavy	9 736	16 274	16 973	17 461	18 108	17 256	16,8	-4,7
nemoci trávicí soustavy	2 827	4 528	4 689	4 898	4 831	4 686	14,3	-3,0
podezření na COVID-19						3 823		
poruchy duševní	2 957	4 285	4 139	3 551	3 543	3 144	4,6	-11,3
novotvary, nemoci krve a přeměny látek	1 563	2 370	2 514	2 658	2 625	2 771	13,8	5,6
nemoci svalové a kosterní	1 256	1 964	2 152	2 342	2 455	2 315	18,2	-5,7
nemoci nervové soustavy	1 304	2 176	1 978	2 084	1 949	1 971	10,6	1,1
nemoci močové soustavy	752	1 230	1 244	1 475	1 437	1 324	17,6	-7,9
těhotenství a nemoci gynekologické	378	577	633	531	569	575	10,8	1,1
infekční nemoci	265	354	301	350	369	277	8,6	-24,9
nemoci kůže	94	118	122	164	142	152	10,9	7,0

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 32 je zřejmé, že nejčastějším somatickým onemocněním podle počtu případů jsou nemoci dýchací a oběhové soustavy, kde průměrné meziroční tempo nárůstu tvoří 16,8 % ve sledovaných letech 2015 až 2019, ale v roce 2020 došlo u těchto nemocí k meziročnímu poklesu o 4,7 % oproti roku 2019. Druhou nejčastější příčinou výjezdu Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje jsou nemoci trávicí soustavy, kde průměrné meziroční tempo nárůstu tvoří 14,3 %, ale v roce 2020 došlo k poklesu o 3,0 % oproti roku 2019. Největší průměrný meziroční nárůst ve sledovaných letech 2015 až 2019 dosáhly nemoci

svalové a kosterní, a to 18,2 %, ale v roce 2020 došlo k meziročnímu poklesu o 5,7 % oproti roku 2019. Novým typem pracovní diagnózy, který v roce 2020 byl stanoven bylo podezření na COVID-19, a to v počtu 3 823 případů.

Ve Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje je vedle hlavní činnosti pod smluvní odborností 709 – zdravotnická záchranná služba a smluvní odborností 799 – přeprava pacientů neodkladné péče ještě provozována činnosti pod smluvní odborností 007 – koroner, z které plynou do výnosů organizace finanční prostředky ze zdravotních pojišťoven. Vzhledem k faktu, že tato činnost není provozována všemi zdravotnickými záchrannými službami, nebyla zkoumána v mezikrajském srovnání. V tabulce 33 je uveden přehled o počtu výjezdů koronera, výnosy z výkonů a průměrná cena jednoho výkonu koronera v Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje.

Tabulka 33 Počet výjezdů koronera, celkový výnos z výkonů koronera a průměrná cena jednoho výkonu koronera v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč a v Kč)

rok	počet výjezdů koronera	výnosy z výkonů koronera (v tis. Kč)	průměrná cena jednoho výkonu koronera (v Kč)
2015	0	0	0
2016	262	95	363
2017	1 444	612	424
2018	1 910	863	452
2019	2 009	960	478
∅ 2015 až 2019 (%)	97,2	116,2	9,6
2020	2 558	1 291	505
Δ 2020/2019 (%)	27,3	34,5	5,6

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 33 je zřejmé, že v roce 2015 nebyla činnosti koronera v Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje provozována. Služby koronera poskytuje ZZS PAK v případě úmrtí mimo zdravotnické zařízení. Průměrné meziroční tempo nárůstu výkonů koronera je 97,2 % a v roce 2020 došlo k dalšímu meziročnímu nárůstu o 27,3 %. Zvyšující se počet

výkonů koronera a hodnoty body za výkon koronera roste průměrné meziroční výnosy z výkonů koronera ve sledovaných letech 2015 až 2019 o 116,2 % a v roce došlo k meziročnímu nárůstu o dalších 34,5 %.

Zdroje financování jsou tvořeny platbami za poskytnutou zdravotní péči vykázanou na zdravotní pojišťovny. Výnosy plynoucí z primárních výjezdů, tedy odbornosti 709 jsou zobrazeny v tabulce 34.

Tabulka 34 Počet primárních výjezdů, celkové výnosy z primárních výjezdů a průměrná cena jednoho primárního výjezdu v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč a v Kč)

rok	počet primárních výjezdů	výnosy ze primárních výjezdů (v tis. Kč)	průměrná cena jednoho primárního výjezdu (v Kč)
2015	31 798	82 500	2 595
2016	50 533	134 038	2 652
2017	52 245	139 405	2 668
2018	55 187	149 032	2 700
2019	55 649	155 774	2 799
∅ 2015 až 2019 (%)	15,0	17,2	1,9
2020	53 146	174 187	3 278
Δ 2020/2019 (%)	-4,5	11,8	17,1

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Dle údajů v tabulce 34 vykazuje Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje průměrné meziroční tempo nárůstu počtu primárních výjezdů ve sledovaných letech 2015 až 2019 15,0 %, v roce 2020 došlo k meziročnímu poklesu počtu primárních výjezdů o 4,5 %. Průměrné meziroční výnosy v letech 2015 až 2019 dosahovaly 17,2 % a v roce 2020 došlo k meziročnímu nárůstu oproti roku 2019 o 11,8 %. Meziroční změna průměrné ceny jednoho výjezdu mezi lety 2019 a 2020 vzrostla o 17,1 % oproti průměrné meziroční ceně jednoho výkonu za sledované roky 2015 až 2019, které dosahovalo výše 1,9 %.



Úhrady od zdravotních pojišťoven zahrnují také sekundární plánované výjezdy, jedná se o odbornost 799 – přeprava pacientů neodkladné péče. Tabulka 35 uvádí údaje o počtu a celkových výnosech za sekundární plánované výjezdy a průměrnou cenu jednoho sekundárního výjezdu Zdravotnickou záchrannou službou Pardubického kraje.

Tabulka 35 Počet sekundárních plánovaných výjezdů, celkový výnos za sekundárních plánovaných výjezdů a průměrná cena jednoho sekundárního plánovaného výjezdu v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč a v Kč)

rok	počet sekundárních plánovaných výjezdů	výnosy ze sekundárních plánovaných výjezdů (v tis. Kč)	průměrná cena jednoho sekundárního plánovaného výjezdu (v Kč)
2015	1 484	7 523	5 069
2016	1 478	7 526	5 092
2017	1 214	7 327	6 035
2018	1 187	7 829	6 540
2019	1 448	8 388	5 793
∅ 2015 až 2019 (%)	-0,6	2,8	3,4
2020	1 745	10 884	6 237
Δ 2020/2019 (%)	20,5	29,8	7,7

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 35 je zřejmé, že počet sekundárních plánovaných výjezdů je podstatně méně než primárních výjezdů. Průměrné meziroční tempo změn v počtu sekundárních výjezdů v letech 2015 až 2019 vykazovalo pokles 0,6 %, ale v roce 2020 došlo k výraznému nárůstu počtu sekundárních výjezdů a meziroční nárůst počtu sekundárních výjezdů dosáhl výše 20,5 % oproti roku 2019. Současně došlo k meziročnímu nárůstu výnosů za sekundární plánované výjezdy o 29,8 % v roce 2020 oproti roku 2019, zatímco průměrné meziroční tempo nárůstu výnosů za sekundární plánované výjezdy dosahovalo výše 2,8 %.

Na výnosech v roce 2020 se současně v rámci sekundárních plánovaných výjezdů podílely výjezdy k rizikovým pacientům k odběru vzorku na testování positivity na onemocnění COVID-19 tzv. mobilní odběry. Tyto výjezdy byly vykazovány na zdravotní pojišťovny samostatně a jejich počet v roce 2020 ve Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje je uveden v tabulce 36, která dále uvádí výnos za mobilní odběry a průměrný výnos za jeden mobilní odběr.

Tabulka 36 Počet mobilních odběrů COVID-19, celkový výnos mobilních odběrů COVID-19 a průměrný cena jednoho mobilních odběrů COVID-19 v ZZS PAK v roce 2020 (v tis. Kč a v Kč)

<b>COVID-19</b>	<b>2020</b>
počet mobilních odběrů	2 470
výnos z mobilních odběrů (v tis. Kč)	1 619
průměrný cena jednoho mobilního odběru (v Kč)	655

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Dle uvedených údajů v tabulce 36 bylo uskutečněno Zdravotnickou záchrannou službou Pardubického kraje celkem 2 470 mobilních odběrů s celkovým výnosem 1 619 tis. Kč. Průměrný výnos za jeden mobilní odběr činil 655 Kč.

Možnosti zdrojů financování jsou u všech zdravotnických záchranných služeb stejné. Případné odlišnosti vznikají v případné doplňkové činnosti, kterou organizace v rámci svých možností a kapacit může vykonávat. V tabulce 37 je uvedena struktura výnosů Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Tabulka 37 Výnosy a jejich struktura v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč)

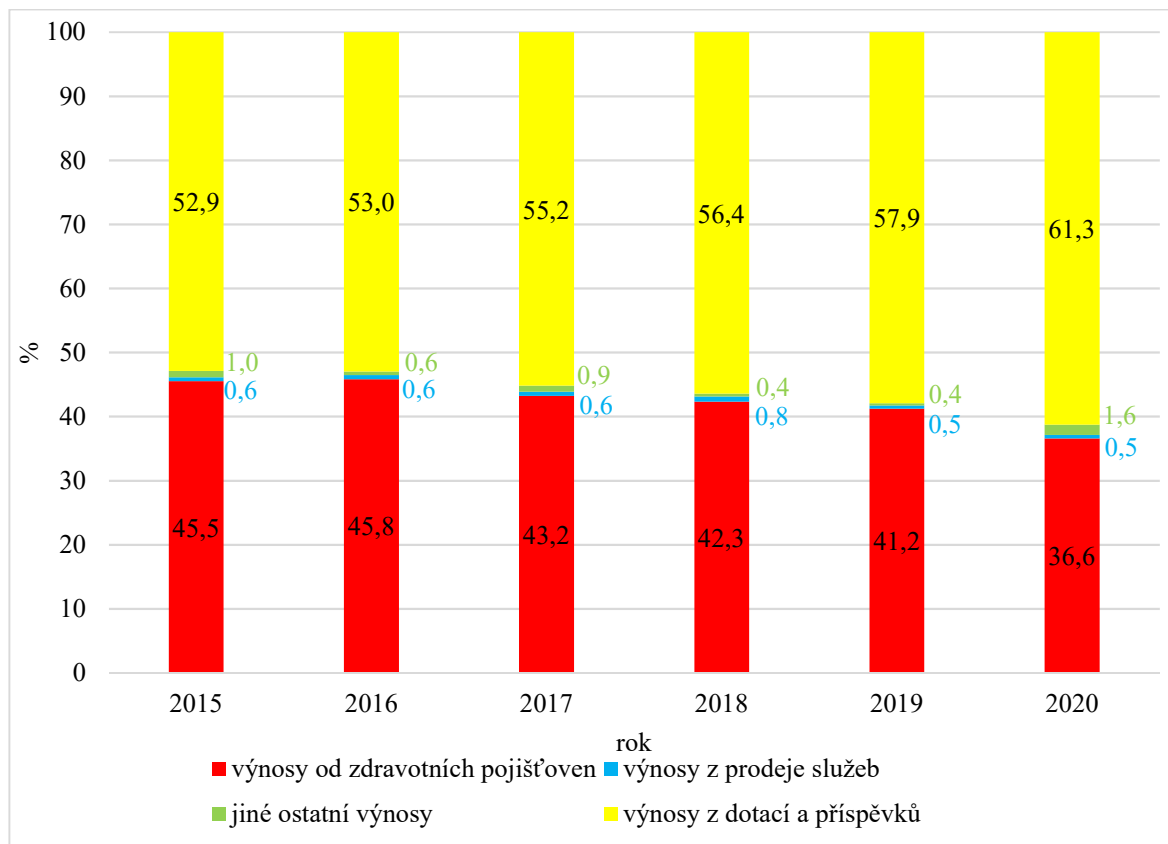
rok	výnosy od ZP	výnosy z prodeje služeb	jiné ostatní výnosy	výnosy z dotace a příspěvků	výnosy celkem
2015	131 281	1 732	2 977	152 530	288 520
2016	139 468	1 872	1 715	161 248	304 303
2017	143 345	2 133	3 102	182 932	331 512
2018	154 514	2 780	1 624	205 976	364 894
2019	162 913	1 867	1 439	228 891	395 110
Ø 2015 až 2019 (%)	5,5	1,9	-16,6	10,7	8,2
2020	184 443	2 671	7 948	308 985	504 047
Δ 2020-2019 (%)	13,2	43,1	452,3	35,0	27,6

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 37 je zřejmé, že největším zdrojem financování jsou ve všech sledovaných letech 2015 až 2020 výnosy z dotací a příspěvků. Průměrné meziroční tempo nárůstů výnosů z dotací a příspěvků činilo 10,7 % a v roce 2020 meziroční nárůst oproti roku 2019 dosáhl výše 35,0 %. Druhým největším zdrojem financování jsou výnosy od zdravotních pojišťoven, kde průměrné meziroční tempo nárůstu v letech 2015 až 2019 dosahovalo výše 5,5 % a v roce 2020 dosáhl meziroční nárůst výše 13,2 % oproti roku 2019. V roce 2020 došlo k výraznému meziročnímu nárůstu jiných ostatních výnosů oproti roku 2019, a to o 452,3 %, zatímco průměrné meziroční změny těchto výnosů v letech 2015 až 2019 zaznamenávaly pokles o 16,6 %. Nárůst byl způsoben proúčtováním bezplatného předání spotřebního materiálu za účelem boje s epidemií COVID-19.

Struktura výnosů Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje z tabulky 37 je zobrazena v grafu 7, jako procentuální podíly jednotlivých výnosů na celkových výnosech Zdravotnické záchranné služby.

Graf 7 Podíly jednotlivých výnosů na celkových výnosech ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %)



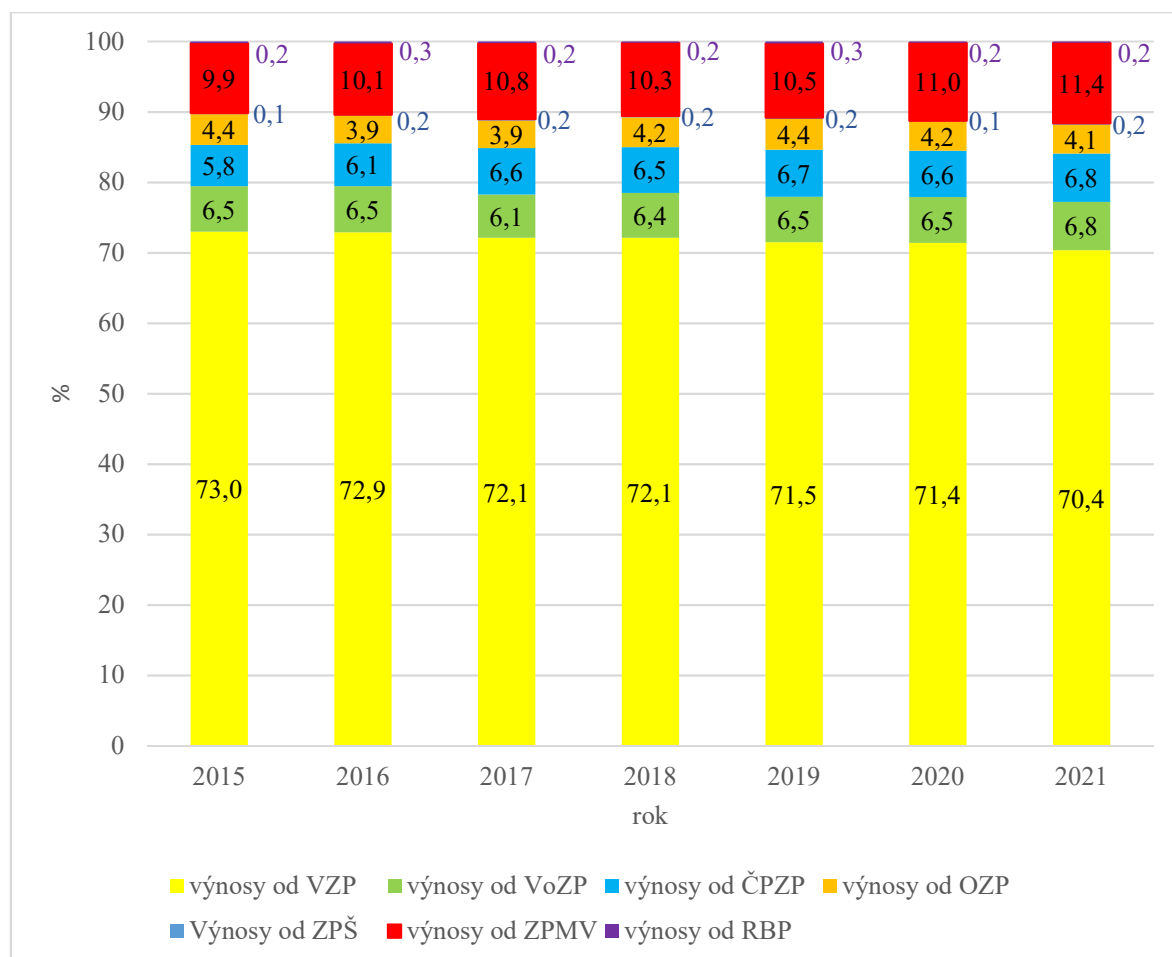
Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z grafu 7 je zřejmý největší podíl na celkových výnosech Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje, který je tvořen ve sledovaných letech 2015 až 2020. Výnosy z dotací a příspěvků tvoří 52,9 % v roce 2015 a v roce 2020 dosahují 61,3 % podílu z celkových výnosů organizace. Výnosy z dotací a příspěvků vykazují ve sledovaném období rostoucí tendence. Druhý největší podíl na celkových výnosech je tvořen výnosy od zdravotních pojišťoven, které v roce 2015 dosahovaly 46 %, ale naopak oproti výnosům z dotací a příspěvků vykazují klesající tendenci, protože v roce 2020 tvoří výnosy od zdravotních pojišťoven 37 % z celkových výnosů Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Výnosy z prodeje služeb i jiné ostatní výnosy tvoří minoritní podíl na celkových výnosech, a to pouze 1 % až 2 % u obou typů výnosů ve sledovaných letech 2015 až 2020.

Druhým největším zdrojem financování jsou platby od zdravotních pojišťoven za poskytnuté zdravotní služby. V České republice působí v roce 2022 sedm zdravotních

pojišťoven, které provádějí financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Podíly úhrad jednotlivých zdravotních pojišťoven na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven v Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje jsou znázorněny v grafu 8.

Graf 8 Podíly výnosů jednotlivých ZP na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z grafu 8 vyplývá, že největší podíl na výnosech od zdravotních pojišťoven je tvořen výnosy od největší zdravotní pojišťovny v České republice, a to od Všeobecné zdravotní pojišťovny. V roce 2015 tvoří výnosy od VZP 73,0 % a v roce 2020 dosáhly výnosy od VZP 70,4 %. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR je druhou největší pojišťovnou a v roce 2015 dosáhla 9,9 % podílu na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven, v roce 2020 byl podíl 11,4 %. Oborová zdravotní pojišťovna ve sledovaných letech tvoří stabilně 4 % podílu na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

a Vojenská zdravotní pojišťovna tvoří podíl 6 % až 7 % na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven ve sledovaných letech. Zdravotní pojišťovna Škoda a Revírní bratská pokladna, zdravotní pojišťovna v Pardubickém kraji nemají téměř žádné pojištěnce, takže podíl na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven je v rozsahu 0,1 % až 0,3 %.

Největším zdroje financování Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje jsou výnosy z dotací a příspěvků. Struktura výnosů z dotací a příspěvků je uvedena v tabulce 38.

Tabulka 38 Struktura výnosů z dotací a příspěvků v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč)

rok	výnosy z příspěvku na provoz od zřizovatele	výnosy z dotace od města Pardubice	výnosy z dotace na odměny od MZ ČR	výnosy z dotace na kriz. připravenost od MZ ČR (dotace celkem)	výnosy z rozpuštění dotací	výnosy z dotací na neinv. výdaje od MMR	výnosy celkem
2015	150 176			336 (5 095)		2 018	152 530
2016	159 257			1 991 (5 025)			161 248
2017	182 557			375 (5 116)			182 932
2018	190 757			1 010 (5 169)	14 209		205 976
2019	211 860			2 303 (5 117)	14 728		228 891
Ø 2015 až 2019 (%)	9,0			61,8	3,7		10,7
2020	229 171	104	54 795	5 168 (5 192)	19 747		308 985
Δ 2020/2019 (%)	8,2			1,4	34,1		35,0

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 38 vyplývá, že největší část výnosů z dotací a příspěvků je tvořena příspěvkem na provoz od zřizovatele na krytí nákladů alokovaných k hlavní činnosti Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Průměrné meziroční tempo nárůstu výnosů z příspěvku na provoz od zřizovatele tvořilo 9,0 % a v roce 2020 došlo k meziročnímu poklesu oproti roku 2019 o 8,2 %. V roce 2020 na základě žádosti obdržela Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje dotaci ve výši 104 tis. Kč od Statutárního města Pardubice na nákup osmi kancelářských křesel pro Zdravotnické operační středisko ZZS PAK v rámci dotačního titulu Sociální a zdravotní oblast – neregistrované služby. V roce 2020 obdržela Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje neinvestiční finanční příspěvek na odměny zaměstnancům za pracovní nasazení v první vlně koronavirové epidemie ve výši 54 795 tis. Kč od Ministerstva zdravotnictví České republiky na základě vyhlášky č. 305/2000 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020, ve znění pozdějších předpisů. Každý rok žádá Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje prostřednictvím svého zřizovatele o dotaci na krizovou připravenost u Ministerstva zdravotnictví České republiky na základě nařízení vlády č. 148/2012 Sb., o stanovení výše úhrady nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu, ve znění pozdějších předpisů. V letech 2015 až 2019 byly celkové přijaté dotace na řešení krizové připravenosti rozděleny na investiční a provozní prostředky. Investiční prostředky byly použity na nákup a obnovu vozového parku, rekonstrukce výjezdových základen a záložního operačního střediska. Provozní prostředky z dotace na krizovou připravenost v letech 2015 až 2019 byly profinancovány na krytí neinvestičních nákladů souvisejících s krizovou připraveností a v roce 2020 také na krytí zvýšených nákladů souvisejících s epidemií COVID-19. V roce 2019 tvořily výnosy z rozpuštění dotací částku 14 728 tis. Kč, v roce 2020 byla částka 19 747 tis. Kč, což je nárůst oproti roku 2019 o 34,1 %. V roce 2015 obdržela Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje dotaci z Integrovaného regionálního programu, kdy část čerpaných finančních prostředků na informační a komunikační systémy a infrastrukturu ve výši 2 018 tis. Kč bylo možné použít na neinvestiční výdaje.

Součástí hospodaření Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje jsou i náklady, které přímo nesouvisí s ošetřením pacientů, ale jsou potřebné k zajištění

připravenosti posádek a fungování celé organizace. Přehled nákladů a jejich struktura jsou uvedeny v tabulce 39.

Tabulka 39 Náklady a jejich struktura v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč)

rok	spotřeba materiálu	spotřeba energie	opravy a udržování	osobní náklady	odpisy investičního majetku	ostatní režijní náklady	náklady celkem
2015	16 394	2 375	5 644	222 687	21 440	16 542	285 081
2016	17 682	2 501	5 686	236 145	28 648	13 326	303 989
2017	16 392	2 551	7 561	265 425	27 891	11 559	331 379
2018	18 582	2 109	10 434	287 910	29 482	14 557	363 073
2019	20 575	2 458	11 713	311 534	31 339	17 039	394 657
Ø 2015 až 2019 (%)	5,8	0,9	20,0	8,8	10,0	0,7	8,5
2020	30 824	2 768	11 338	396 836	40 000	21 334	503 100
Δ 2020/2019 (%)	49,8	12,6	-3,2	27,4	27,6	25,2	27,5

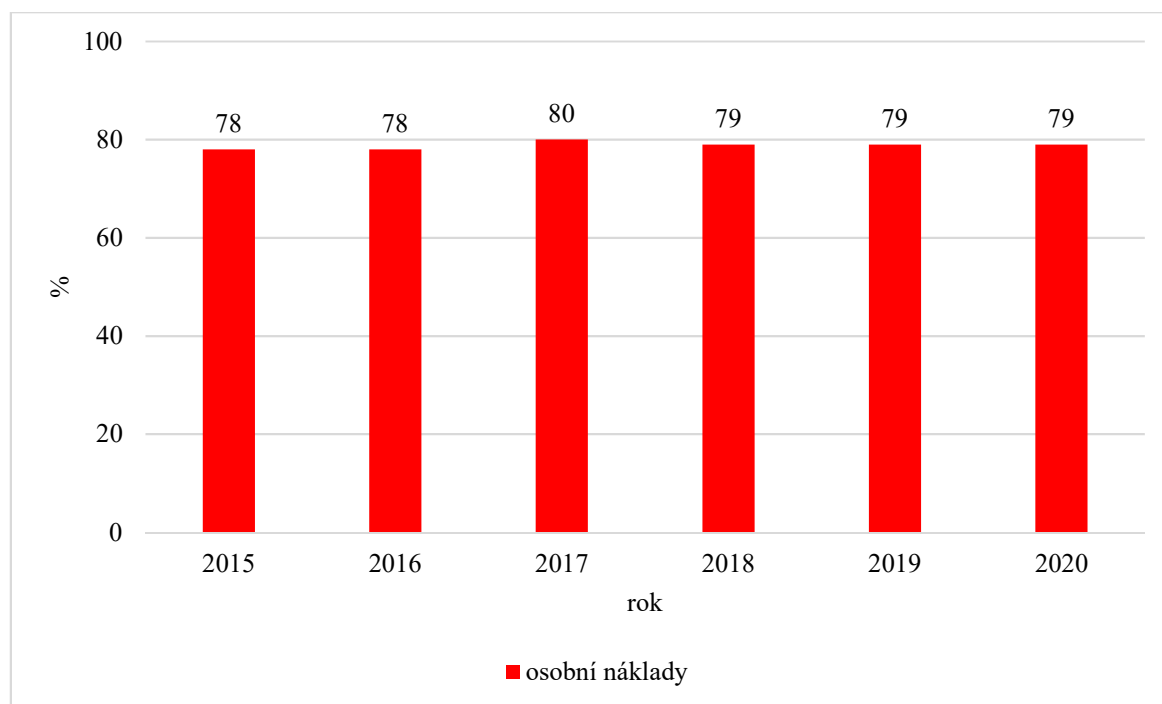
Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 39 je zřejmé, že největší podíl na celkových nákladech ve sledovaných letech jsou osobní náklady, průměrný meziroční nárůst v letech 2015 až 2019 dosáhl 8,8 % a v roce 2020 oproti roku 2019 došlo k meziročnímu nárůstu osobních nákladů o 27,4 %, které bylo způsobeno vyplacením jednorázových odměň zaměstnancům za pracovní nasazení v době koronavirové epidemie. Druhou největší položkou nákladů jsou odpisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku, průměrný meziroční nárůst v letech 2015 až 2019 dosáhl 10,0 % a v roce 2020 došlo meziročně k dalšímu nárůstu o 27,6 %. Významnou položkou nákladů především v roce 2020 je spotřeba materiálu, kde průměrný meziroční nárůst dosahoval 5,8 % v letech 2015 až 2019, ale v roce 2020 došlo k meziročnímu nárůstu o 49,8 %. Náklady v podobě oprav a udržování se týkají především vozového parku a průměrný meziroční nárůst v letech 2015 až 2019 dosahoval 20 %, ale v roce 2020 došlo k meziročnímu poklesu oproti roku 2019 o 3,2 %. Ostatní režijní náklady v roce 2020 oproti roku 2019 zaznamenaly výrazné meziroční navýšení o 25,2 %.



Nejvýznamnější položkou celkových nákladů tvoří osobní náklady. V grafu 9 je zobrazen procentuální vývoj osobních nákladů na celkových nákladech Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Graf 9 Podíl osobních nákladů na celkových nákladech v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z grafu 9 vyplývá, že osobní náklady tvoří ve sledovaných letech na celkových nákladech téměř konstantní podíl, který dosahuje výše 78 % až 80 %.

Výsledek hospodaření Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je dosažen porovnáním výnosů a nákladů. Porovnání nákladů, výnosů a výsledku hospodaření Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je uveden v tabulce 40.

Tabulka 40 Náklady, výnosy a výsledek hospodaření ZZS PAK v letech 2015 až 2020  
(v tis. Kč)

rok	náklady	tempo růstu (%)	výnosy	tempo růstu (%)	výsledek hospodaření
2015	285 081		288 520		3 440
2016	303 989	6,6	304 303	5,5	314
2017	331 379	9,0	331 512	8,9	133
2018	363 073	9,6	364 894	10,1	1 821
2019	394 657	8,7	395 110	8,3	453
∅ 2015 až 2019	335 636	8,5	336 868	8,2	1 232
2020	503 100		504 047		947
Δ 2020–2019; 2020/2019	108 443	27,5	108 937	27,6	494

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Porovnáním výsledku hospodaření z tabulky 40 vyplývá, že Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje dosahovala ve všech sledovaných letech zisk. Nejvyššího výsledku hospodaření bylo dosaženo v roce 2015, a to 3 440 tis. Kč. Průměrné meziroční tempo změn nákladů je nárůst o 8,5 % a výnosů o 8,2 % ve sledovaných letech 2015 až 2019. Meziroční tempo růstu nákladů a výnosů v roce 2020 oproti roku 2019 je téměř vyrovnané, u nákladů byl meziroční nárůst o 27,5 % a u výnosů 27,6 %.

Na závěr zkoumání interních dat Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je znázorněno v tabulce 41 porovnání největších položek z výnosů a nákladů, a to z celkových výnosů příspěvek na provoz od zřizovatele a výnosy od zdravotních pojišťoven a z celkových nákladů se jedná o osobní náklady, které jsou očištěny o vyplacené jednorázové mimořádné odměny v roce 2020, jejichž krytí bylo poskytnuto Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Tabulka 41 Porovnání výnosů z příspěvků na provoz od zřizovatele, výnosů od ZP a osobních nákladů v ZZS PAK (v tis. Kč)

rok	výnosy z příspěvek na provoz od PAK	tempo růstu (%)	výnosy od ZP	tempo růstu (%)	osobní náklady bez odměn COVID-19 v roce 2020	tempo růstu (%)
2015	150 177		131 280		222 687	
2016	159 257	6,1	139 468	6,2	236 145	6,0
2017	182 557	14,6	143 345	2,8	265 425	12,4
2018	190 757	4,5	154 514	7,8	287 910	8,5
2019	211 860	11,1	162 912	5,4	311 534	8,2
∅ 2015 až 2019	178 922	9,0	146 304	5,5	264 740	8,8
2020	229 170		184 442		342 041	
Δ 2020–2019; 2020/2019	17 310	8,2	21 530	13,2	30 507	9,8

Zdroj: vlastní zpracování, interní data Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (2022)

Z tabulky 41 vyplývá, že průměrné meziroční změny ve sledovaných letech 2015 až 2019 představují nárůsty všech vybraných položek, a to u výnosů z příspěvku na provoz od zřizovatele ve výši 9,0 %, u výnosů od zdravotních pojišťoven ve výši 5,5 % a u osobních nákladů se jedná o 8,8 %. V roce 2020 oproti roku 2019 došlo k meziročnímu poklesu příspěvku na provoz od zřizovatele na 8,2 %, ale současně došlo k nárůstu výnosů od zdravotních pojišťoven o 13,2 %, osobní náklady vzrostly o 9,8 %.

## 5 Výsledky

Výsledky zkoumání zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice jsou vytvořeny na základě rozboru dat na úrovni celé České republiky, na úrovni jednotlivých krajů a na úrovni Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje v oblastech, které doplňují celorepublikové zjištění o zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice. Vzhledem k téměř shodnému fungování všech zdravotnických záchranných služeb v České republice je možné získané údaje ze zkoumání Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje generalizovat.

Zajištění rychlé zdravotnické pomoci je dáno rozmístěním výjezdových základen v rámci jednotlivých krajů na základě plánu pokrytí kraje. Ve sledovaných letech, tj. 2010 až 2020, došlo v rámci celé České republiky k celkovému nárůstu počtu výjezdových základen o 13 %. V absolutním vyjádření se jedná k roku 2020 celkově o 316 výjezdových základen na území České republiky. Nárůst počtu výjezdových základen reflektuje aktuální potřebu pokrytí území touto službou ve vazbě na demografický vývoj, změny dopravní infrastruktury, osídlení v rámci kraje, dopravní obslužnost, situaci v dopravě v jednotlivých krajích. Na tyto reálné potřeby se snaží reagovat příslušné kraje coby zřizovatelé. Podkladem jsou nejen doporučení a statistické podklady jednotlivých poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, ale také podněty od samotných občanů, starostů obcí, zdravotních pojišťoven a dalších. Cílem je vždy zajištění dostupnosti této péče v souladu s legislativou a snaha o optimální a efektivní rozmístění výjezdových základen. Důležité je dodržení dostupnosti rychlé zdravotnické pomoci občanům do maximální doby dvaceti minut od nahlášení tísňové výzvy danou zákonem a zajištění včasného zásahu i v odlehlých částech kraje. S nárůstem počtu výjezdových základen dochází ke zmenšování velikosti území pokrytého jednou výjezdovou základnou, mezi lety 2010 až 2020 došlo k průměrnému snížení velikosti území obsluhované jednou výjezdovou základnou o 11 %, čímž se i zkrátila doba dojezdu na místo události. Průměrná velikost území pokrytého jednou výjezdovou základnou v České republice v roce 2020 je 250 km<sup>2</sup>. Nezanedbatelný vliv na změnu struktury a počtu výjezdových základen má také demografický vývoj. V důsledku stárnutí obyvatelstva dochází v některých aglomeracích ke zvýšenému počtu výjezdů souvisejících se stářím obyvatel daného sídliště či části obce. Dalším důsledkem nárůstu počtu

výjezdových základen je počet obyvatel připadající na jednu výjezdovou základnu, který se mezi sledovanými lety 2010 až 2020 snížil o 10 %, a to z průměrného počtu obyvatel 37 524 v roce 2010 na průměrný počet obyvatel 33 866 v roce 2020.

Zajištění zdravotnické záchranné služby se ve sledovaných letech 2010 až 2020 změnilo i ve složení výjezdových skupin, kde byl definován vývojový trend reagující na nedostatek lékařů a vzrůstající kompetence zdravotnických záchranářů se specializací. Tento stav vedl v řadě zdravotnických záchranných služeb, zejména pak tam, kde je hojně zastoupena městská aglomerace, k postupnému trendu snižování počtu posádek RLP na úkor navýšení posádek RV a RZP. Tato změna struktury posádek umožňuje lékařům daleko větší mobilitu, kdy jeden lékař může být k dispozici více posádkám RZP. V praxi toto funguje tak, že po zajištění pacienta lékařem a jeho stabilizaci může lékař samotný transport pacienta do zdravotnického zařízení přenechat v kompetenci posádky RZP a být tak v případě potřeby k dispozici pro další pacienty. Z dostupných dat je patrné, že mezi lety 2010 až 2020 došlo v počtu výjezdových skupin typu RLP k průměrnému poklesu o 34 %. Naopak u výjezdových skupin typu RZP a RV došlo k nárůstu. U RZP se jedná o průměrný nárůst mezi lety 2010 až 2020 o 21 % a u RV o 39 %.

Součástí zdravotnické záchranné služby je i speciální letecká záchranná služba. Tou však nedisponují všechny kraje. I tato činnost je zajišťována s důrazem na efektivitu, některé kraje tedy využívají ke své činnosti služeb letecké záchranné služby krajů sousedních. Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje využívá při poskytování přednemocniční neodkladné péče leteckou záchrannou službu (LZS) Olomouckého, Jihomoravského a Královéhradeckého kraje a také leteckou záchrannou službu Kraje Vysočina a leteckou službu Policie ČR. Zajištění letecké techniky je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví ČR, kde s poskytovateli vrtulníků došlo k uzavření nových smluv platných na období 2021 až 2028. Takto je zajištěno pokrytí celého území České republiky.

Poskytování rychlé zdravotnické pomoci je služba obyvatelstvu, při výkonu této činnosti sehrává klíčovou roli lidský faktor. Průměrný přepočtený počet všech zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v České republice byl v roce 2020 celkem 7 875 zaměstnanců. Skládá se z kmenových zaměstnanců v počtu 6 646 a externistů neboli smluvních zaměstnanců v počtu 1 228. Průměrný meziroční nárůst počtu všech zaměstnanců

je 1,8 % ve sledovaných letech 2015 až 2020. Největší skupinu zaměstnanců tvoří zdravotničtí nelékařští pracovníci, kterých v roce 2020 bylo v evidenci zdravotnické záchranné služby 3 282. Další klíčovou skupinou zaměstnanců zdravotnické záchranné služby jsou lékaři. V rámci této pozice ve sledovaných letech 2015 až 2020 došlo k průměrnému meziročnímu poklesu, a to o 1,0 %. Tento pokles je bohužel v posledních letech trendem, i v následujících obdobích nelze očekávat významný pozitivní zvrat v této sféře. Z tohoto důvodu bylo v rámci zdravotnické záchranné služby již v minulých letech nezbytné začít postupně přeorganizovat činnost a strukturu výjezdových stanovišť s cílem částečně tento negativní trend kompenzovat posílením v oblasti zdravotnického nelékařského personálu. Zde lze zaznamenat průměrný meziroční nárůst na pozici nelékařů, a to o 2,0 % mezi lety 2015 až 2020.

Součástí zkoumání zajištění rychlé zdravotnické pomoci byla výjezdová činnost zdravotnické záchranné služby v České republice. Ta v průběhu sledovaných let 2015 až 2020 přesáhla 1 milion výjezdů ročně. Průměrný meziroční nárůst počtu výjezdů v letech 2015 až 2019 byl 1,6 %. Mezi lety 2019 a 2020 došlo naopak k meziročnímu poklesu o 2,1 %. Důvodem tohoto poklesu byla s vysokou pravděpodobností koronavirová epidemie a vyhlášení nouzového stavu. V návaznosti na vyhlášení nouzového stavu došlo k výraznému omezení pohybu obyvatelstva. V důsledku toho se pravděpodobně snížilo určitou měrou rizikové chování lidí, došlo k poklesu počtu dopravních nehod, traumatologických úrazů atd. Současně také vzrostly obavy obyvatel z nákazy COVID-19 ve zdravotnických zařízeních. Přesto i vlivem nárůstu počtu obyvatel v roce 2020 zůstal zachován průměrný počet výjezdů na jednu výjezdovou základnu za jeden den v počtu 10 výjezdů denně a 5 výjezdů na jednu výjezdovou skupinu denně. Počet vykázaných kilometrů na zdravotní pojišťovny v letech 2015 až 2019 průměrně meziročně vzrostl o 1,5 %. V roce 2020 došlo k meziročnímu nárůstu oproti roku 2019 o 2,1 % na počet 30 678 tisíc kilometrů. Tento nárůst byl způsoben především meziročním nárůstem přepravy pacientů neodkladné péče neboli sekundárními plánovanými výjezdy, a to o 13,4 % oproti průměrnému meziročnímu nárůstu v letech 2015 až 2019. V roce 2020 se jednalo převážně o převozy pacientů s koronavirovou nákazou na vyšší zdravotnická pracoviště nebo mezikrajské převozy při naplněných kapacitách zdravotnických zařízení v daném kraji. O vlivu koronavirové epidemie vypovídá i počet ošetřených pacientů v režimu přepravy pacientů neodkladné péče, kde byl zaznamenán meziroční nárůst počtu pacientů v letech 2019 a 2020

o 75,0 %, zatímco u primární péče neboli zásahů zdravotnické záchranné služby, počet ošetřených pacientů v těchto letech meziročně poklesl o 1,4 %. Vývoj sledovaných ukazatelů v letech 2015 až 2019 byl opačný. Průměrné meziroční tempo růstu ošetřených pacientů v režimu přepravy pacientů neodkladné péče zaznamenalo pokles o 3,6 %, počet ošetřených pacientů v režimu zdravotnické záchranné služby průměrně meziročně vzrostl o 2,3 %.

Na základě zkoumání interních dat Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je možné doplnit k výjezdové činnosti zdravotnických záchranných služeb v České republice údaje o věkovém složení ošetřovaných pacientů. Zde podíl všech ošetřených pacientů na celkovém počtu obyvatel Pardubického kraje dosahuje v roce 2015 výše 6 %, v letech 2016 až 2020 dosahují výše v rozmezí 10 % až 11 %. Nejvíce ošetřovaných pacientů je ve věkové skupině nad 65 let, kde od roku 2018 přesahuje jejich výše 60 % podílu na celkovém počtu obyvatel Pardubického kraje nad 65 let. Dalším zkoumáním podílu ošetřených pacientů na celkovém počtu ošetřených pacientů Zdravotnickou záchrannou službou Pardubického kraje bylo potvrzeno, že nejobjemnější skupinou ošetřovaných pacientů jsou pacienti ve věkové skupině nad 65 let, a to ve všech sledovaných letech 2015 až 2020. Výsledkem rozboru přiřazených stupňů naléhavosti k tísňovým výzvám byl významný rok 2020, kde došlo k meziročnímu nárůstu výzev stupně naléhavosti 0, a to o 66,7 % oproti roku 2019. Důvodem nárůstu bylo fungování zdravotnického operačního střediska jako jednoho z informačních a koordinačních center pro informování občanů o způsobu zvládnutí onemocnění COVID-19. S přiřazenými stupni naléhavosti souvisí stanovení pracovní diagnózy, kterou získává výjezdová skupina při výjezdu k místu události. Ve sledovaných letech 2015 až 2019 byl nejvyšší průměrný meziroční nárůst u pracovních diagnóz nemoci svalové a kosterní, v roce 2020 byla nově definována pracovní diagnóza podezření na COVID-19, která byla u Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje indikována v 3 823 případech.

Předmětem dalšího zkoumání bylo financování zdravotnické záchranné služby v České republice. Porovnáním celkových nákladů a celkových výnosů kumulativně za všechny zdravotnické záchranné služby v České republice bylo zjištěno, že průměrný meziroční nárůst nákladů a výnosů v letech 2015 a 2019 je shodný, a to 8,6 %. V roce 2020 oproti roku 2019 došlo k meziročnímu nárůstu celkových nákladů a celkových výnosů shodně o 23,2 %.

Největší podíl na financování zdravotnické záchranné služby v České republice dle zjištěných šetření jsou zřizovatelé, tedy příslušné kraje. Příspěvek na provoz od zřizovatele tvoří více jak 50 % celkových výnosů. Příspěvek na provoz od zřizovatele se odvíjí od celkového územního rozpočtu krajů a vyjednávacích argumentacích jednotlivých poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Průměrný meziroční nárůst příspěvku na provoz od zřizovatel je 10,5 % ve sledovaných letech 2015 až 2020. V roce 2020 dosáhla výše příspěvku na provoz od zřizovatele kumulativně za zdravotnické záchranné služby v České republice 4 991 milionů korun. Druhým klíčovým zdrojem financování zdravotnických záchranných služeb jsou platby od zdravotních pojišťoven. Ty v letech 2015 až 2019 dosahovaly průměrný meziroční nárůst 4,8 % a v roce 2020 oproti roku 2019 došlo k navýšení o 14,6 %. Tento skokový růst byl způsoben navýšením hodnoty bodu za zdravotní výkony v souvislosti s významným růstem nákladů na péči poskytovanou v době koronavirové epidemie. Při porovnání struktury výnosů v letech 2015 až 2020, ale dochází k poklesu podílu výnosů od zdravotních pojišťoven, kdy v roce 2015 tvořily 41,4 % podílu na celkových výnosech, přičemž v roce 2020 tvořily už pouze 33,4 % podílu na celkových výnosech. Největší podíl na výnosech od zdravotních pojišťoven má Všeobecná zdravotní pojišťovna, která se podílela na výnosech Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje ve sledovaných letech v rozmezí 73,0 % v roce 2015 a v roce 2020 ve výši 70,4 %. Součástí výnosů jsou také výnosy z dotací a příspěvky, které dosahovaly průměrný meziroční nárůst v letech 2015 až 2019 výše 24,4 %. V roce 2020 došlo k výraznému nárůstu oproti roku 2019, a to o 322,7 %. Tento dramatický nárůst byl způsoben jednorázový příspěvkem na mimořádné odměny zaměstnancům zdravotnické záchranné služby za pracovní nasazení v první koronavirové vlně od Ministerstva zdravotnictví ČR. Ostatní zdroje financování pocházejí z doplňkové činnosti, jako je zdravotní dozor, vzdělávací akce a tvoří pouze minoritní část výnosů v rozmezí 2,4 % až 2,8 % z celkových výnosů ve sledovaných letech 2015 až 2020.

Součástí výzkumu byla také nákladová část hospodaření zdravotnické záchranné služby v České republice. Největší část ve struktuře celkových nákladů tvoří osobní náklady včetně odvodů. Ty dosáhly v roce 2020 podílu 80,7 % na celkových nákladech. Odměňování zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v České republice se řídí nařízením vlády o platových poměrech a navyšování platových tarifů zaměstnanců nemůže poskytovatel zdravotnické záchranné služby v České republice ovlivnit. V rámci úhrad od zdravotních



pojišťoven bohužel nedochází opakovaně k reflektování této skutečnosti a v rámci výše úhrad tyto legislativní nárůsty nejsou zohledněny. Zdravotnické záchranné služby jsou proto v této oblasti nuceni žádat o příspěvek na provoz svého zřizovatele, tj. příslušný kraj. Průměrný meziroční nárůst průměrné hrubé mzdy v letech 2015 až 2019 byl u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v České republice 8,5 %, u zaměstnanců ve zdravotnictví České republiky 8,0 %, celorepublikový průměr činil 6,8 %. V roce 2020 oproti roku 2019 došlo k meziročnímu nárůstu průměrných hrubých mezd u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v České republice o 21,3 %, u zaměstnanců ve zdravotnictví České republiky obecně o 14,3 % a celorepublikový nárůst činil pouze 3,1 %. Další podstatnou část nákladů tvoří odpisy investičního majetku, které dosáhly ve sledovaných letech 2015 až 2019 průměrný meziroční nárůst 14,3 % a v roce 2020 nárůst o dalších 10,0 % oproti roku 2019. Nárůst výše odpisů vypovídá o rostoucích investičních nákupech zdravotnické záchranné služby v České republice, a to především do obnovy a rozšiřování vozového parku, nákupu a obnově zdravotnické přístrojové techniky a rozšiřování výjezdových základů. V roce 2020 významně vzrostly náklady na opravy a údržbu vozového parku oproti roku 2019 ve výši 13,7 % v porovnání s průměrnými meziročními změnami v letech 2015 až 2019, a to 3,7 %. Náklady na spotřebu materiálu v roce 2020 meziročně vzrostly o 15,0 % oproti roku 2019, jednalo se především o nákupy spotřebního materiálu rukavic, ochrany dýchacích cest, dezinfekce. Důvodem nárůstu nákladů na opravy a údržbu vozového parku, nákladů na nákupy spotřebního materiálu v roce 2020 byla s vysokou pravděpodobností koronavirová epidemie, kdy bylo nutné vybavit všechny výjezdové skupiny před každým výjezdem ochrannými pomůckami, celé pracoviště zdravotnické záchranné služby podléhalo vysokým hygienickým požadavkům a musela být zapojena do zvýšeného provozu všechna sanitní vozidla z důvodu dlouhého dezinfekčního čištění sanitních vozidel po každém výjezdu.

## 6 Závěr

Zdravotnická záchranná služba v České republice je legislativně zajištěna a provázána se systémem zdravotní péče České republiky i ostatními složkami integrovaného záchranného systému. Jako zdravotní služba je definovaná zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, i jako instituce definovaná zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, který vytvořil ucelený rámec pro zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice. Zdravotnická záchranná služba je příspěvkovou organizací zřizovanou krajem, ze které vyplývá přidaná hodnota ze znalosti regionálních požadavků a potřeb v dostupnosti rychlé zdravotnické pomoci občanům kraje. Organizační struktura a technická vybavenost je jasně definována, je jednotná a logická. Odborně i technicky přijatelnou dostupnost zdravotnické záchranné služby v České republice definuje plán plošného pokrytí kraje a nebrání v dalším navyšování počtu výjezdových základen a posádek, tam kde poskytovatel zdravotnické záchranné služby a kraj reaguje na změny v sídelní a dopravní infrastruktuře. V oblasti personální politiky je dlouhodobý trend v rámci celé České republiky, který spočívá v rostoucích kompetencích zdravotnických záchranářů se specializací a přechod k jednotnému systému rendez-vous. Přesto je zásadním pilířem personální politiky snaha o navýšení počtu kmenových lékařů, protože jsou zásadním prvkem stability systému. Součástí soustavného vzdělávání zaměstnanců zdravotnické záchranné služby jsou školení a výcviky se složkami integrovaného záchranného systému jako důležitá součást krizové připravenosti na měnící se společenské a přírodní prostředí. Zdravotnická záchranná služba využívá vícezdrojové financování, kde přednemocniční neodkladná péče je dle seznamu zdravotních a dopravních výkonů s určenými bodovými hodnotami hrazena zdravotními pojišťovnami na základě uzavřeného smluvního vztahu. Prokázané provozní náklady, které nejsou hrazeny v rámci veřejného zdravotního pojištění, jsou financovány z příspěvku na provoz zřizovatelem. Financování investičních akcí je pokryto investičními příspěvky zřizovatele, vlastními prostředky, evropskými dotačními tituly, které úspěšně vytvářejí podmínky pro průběžné dovybavení a obnovu především zdravotnické techniky, vozového parku. Dalším zdrojem financování jsou dotační tituly ze státního rozpočtu, kterými jsou úhrada nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací, příspěvek z fondu zábran škod České kanceláře pojistitelů.

Dalšími příjmy jsou dary, tržby z prodeje majetku, tržby za zdravotnickou asistenci, školení pro veřejnost a podnikatelské subjekty. Ekonomické prostředí zdravotnické záchranné služby ve sledovaných letech je relativně stabilní a hospodaření je převážně vyrovnané zásluhou zvyšujícího se příspěvku na provoz od zřizovatele, který musí kompenzovat nárůst osobních nákladů zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Výnosy od zdravotnických pojišťoven za poskytovanou zdravotní péči vykazují ve sledovaných letech klesající tendenci, a proto je nutné řešit navýšení bodového ohodnocení výkonů v rámci dohodovacího řízení se zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a Svazem zdravotních pojišťoven, kde se významně prosazuje zastupování jednotlivých zdravotnických záchranných služeb Asociací zdravotnických záchranných služeb České republiky. Zajištění a financování zdravotnické záchranné služby v České republice za podpory zřizovatelů a aktivního přístupu Ministerstva zdravotnictví České republiky v metodickém řízení vytváří relativně stabilní systém na velmi dobré úrovni, což bylo potvrzeno v období koronavirové epidemie, která významně poznamenala činnost zdravotnické záchranné služby. Zejména v počátečních měsících epidemie vedení zdravotnické záchranné služby muselo vyvinout velké úsilí k zajištění ochranných pomůcek, nastavení nestandardních organizačních opatření směřujících k zajištění činnosti v prostředí s vysokým rizikem nákazy koronavirem. Ve všech krajích zdravotnické záchranné služby vytvářely mobilní odběrové týmy, v Praze byly vytvářeny krizové týmy pro řešení situací v sociálních zařízeních. Zajišťovaly se transporty nestabilních „koronavirových“ pacientů mezi nemocnicemi a později i mezi kraji po celé České republice., kdy byly využity velkokapacitní sanitní vozy Golem a Fénix. V prvních měsících dopadla obrovská zátěž na zdravotnická operační střediska, která stejně jako operační střediska ostatních složek integrovaného záchranného systému, řešila mnohanásobně zvýšený počet tísňových výzev a současně zastávala i roli informačního a koordinačního střediska pro širokou veřejnost a poskytovala psychosociální podporu. Přestože se především v počátcích epidemie pohybovala na hranicích kapacitních i personálních možností, zdravotnická záchranná služba ve všech krajích fungovala a nezastavila ani neomezila svoji činnost, čímž potvrdila svoji nezastupitelnou roli v bezpečnostní strategii České republiky.

## 7 Seznam použitých zdrojů

### Knižní zdroje

ČELEDOVÁ, L. a kol. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2018, 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

FRANĚK, O. *Manuál operátora zdravotnického operačního střediska*. 11. vyd. Praha : MUDr. Ondřej Franěk, 2021, 258 s. ISBN 978-80-905651-7-3.

HAMPLOVÁ, L. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2020, 156 s. ISBN 978-80-271-1476-4.

KAZIMOUR, I. *Historie českého zdravotnictví*. Praha : E-knihy jedou, 2016, 460 s. ISBN 978-80-7512-593-4.

KEBZA, V. a kol. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2 vyd. Praha : Karolinum, 2017, 119 s. ISBN 978-80-246-3657-3.

KŘÍŽOVÁ, E. *Zdraví – kultura – společnost*. Praha : Karolinum, 2018, 139 s. ISBN 978-80-246-3937-6.

MACH, J. a kolektiv právní kanceláře České lékařské komory. *Univerzita medicínského práva*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013, 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

MÁČE, M. *Finanční účetnictví veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2018, 608 s. ISBN 978-80-271-2385-8.

NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2017, 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011, 240 s. ISBN 978-80-247-6378-1.

NEUBAUER, J. a kol. *Základy statistiky: Aplikace v technických a ekonomických oborech*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012, 240 s. ISBN 978-80-247-7063-5.

OCHRANA, F. a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3228-2.

REKTOŘÍK, J. a kol. *Krizový management ve veřejné správě: Teorie a praxe*. Praha : Ekopress, 2004. 249 s. ISBN 80-86119-83-1.

REMEŠ, R. a kol. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

RŮŽIČKOVÁ, P. *Finanční analýza: metody, ukazatele, využití v praxi*. 6. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2019, 160 s. ISBN 978-80-271-2633-0.

ŠEBLOVÁ, J. a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 416 s. ISBN 978-80-247-8598-1.

ŠEBLOVÁ, J. a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2018. 479 s. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠÍN, R. a kol. *Medicína katastrof*. Praha : Galén, 2017, 351 s. ISBN 978-80-7492-295-4.

ŠTĚTINA, J. a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2014, 584 s. ISBN 978-80-247-4578-7.

TRAVERS, A. a kol. *Emergency Medical Services: Clinical Practice and Systems Oversight, svazek 1*. 3. vyd. NAEMSP, 2021, 604 s. ISBN 9781119756279.

TUČEK, J. *Sanitky v Československu a Česku 1918-2018*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2019, 312 s. ISBN 978-80-271-2404-6.

VILÁŠEK, J. a kol. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha : Karolinum, 2014, 190 s. ISBN 978-80-246-2477-8.

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

### **Internetové zdroje**

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky: *Zdravotnické záchranné služby ČR* [online]. 2021 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z <https://www.azzs.cz/>

Český statistický úřad: *Průměrná hrubá měsíční mzda podle odvětví* [online]. 2021 [cit. 2022-01-24]. Dostupné z [https://www.czso.cz/csu/czso/pmz\\_cr](https://www.czso.cz/csu/czso/pmz_cr)

Český statistický úřad: *Průměrná mzda a evidenční počet zaměstnanců – Metodika* [online]. 2021 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z [https://www.czso.cz/csu/czso/1-pmz\\_m](https://www.czso.cz/csu/czso/1-pmz_m)

Dotace EU: *IROP – Výzva 97 Integrovaný záchranný systém – Zdravotnické záchranné služby krajů* [online]. 2021 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z <https://www.dotacni.info/irop-cr-vyzva-c-97-integrovaný-zachranny-system-zdravotnicke-zachranne-sluzby-kraju/>

Ministerstvo financí [online]. 2016 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z [https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Ucetnictvi\\_Metodika\\_2016\\_Metodicka-pomucka-Zmeny-Ceskych-ucetnich-standardu-c-703-a-c-704\\_v02.pdf](https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Ucetnictvi_Metodika_2016_Metodicka-pomucka-Zmeny-Ceskych-ucetnich-standardu-c-703-a-c-704_v02.pdf)

Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Přehled o vývoji částek minimální mzdy* [online]. 2021 [cit. 2022-01-24]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/prehled-o-vyvoji-castek-minimalni-mzdy>

Ministerstvo pro místní rozvoj: *Integrovaný regionální operační program 2021-2027* [online]. 2021 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z [https://irop.mmr.cz/getmedia/973d67a0-e0b6-47a5-9845-72c209b3a209/PD-IROP-2021-2027\\_20211026.pdf.aspx?ext=.pdf](https://irop.mmr.cz/getmedia/973d67a0-e0b6-47a5-9845-72c209b3a209/PD-IROP-2021-2027_20211026.pdf.aspx?ext=.pdf)

Ministerstvo pro místní rozvoj: *Výzva č. 23 Specifické informační a komunikační systémy a infrastruktura I.* [online]. 2016 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z <https://irop.mmr.cz/cs/vyzvy/seznam/vyzva-c-23-specificke-informacni-a-komunikacni-sys>

Ministerstvo spravedlnosti České republiky: *Veřejný rejstřík a Sbírká listin ČR* [online]. 2021 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z <https://or.justice.cz/ias/ui/rejstrik>

Ministerstvo zdravotnictví: *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2020 [cit. 2021-08-08]. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>

Ministerstvo zdravotnictví: *Letecká záchranná služba* [online]. 2021 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/leteckou-zachrannou-sluzbu-ceka-v-roce-2021-rada-zmen/>

Ministerstvo zdravotnictví: *Metodika MZ – Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby* [online]. 2020 [cit. 2021-01-09]. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/metodika-mz-plan-pokryti-uzemi-kraje-vyjezdovymi-zakladnami-zdravotnicke-zachranne-sluzby/>

Nariadení vlády č. 148/2012 Sb., o stanovení výše úhrady nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu [online]. 2022 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-148>

Nariadení vlády č. 341/2017 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-341>

Nezávislý web o zdravotnické záchranné službě: *System zdravotnické záchranné služby* [online]. 2022 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z <https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>

Registr smluv: *Statutární město Pardubice – ZZS Pardubického kraje – 8 ks kancelářské křeslo pro Zdravotnické operační středisko* [online]. 2019 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z <https://smlouvy.gov.cz/smlouva/11001320?backlink=4b491>

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně: *Telefonicky asistovaná první pomoc (TAPP) Doporučený postup* [online]. 2017 [cit. 2021-08-08]. Dostupné z [https://www.urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2017\\_TAPP.pdf](https://www.urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2017_TAPP.pdf)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 2022* [online]. 2022 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování 2022* [online]. 2022 [cit. 2022-01-24]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008372/nzis-rep-2021-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2020.pdf>

Všeobecná zdravotní pojišťovna: *Dohadovací řízení* [online]. 2021 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dohodovaci-rizeni>

Všeobecná zdravotní pojišťovna: *Postup při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotnické záchranné služby, zdravotní dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče a přepravy na pitvu a z pitvy* [online]. 2021 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/smlouvy/segment-dopravy/postup\\_uzavreni\\_smlouvy\\_segment\\_dopravy\\_0421.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/smlouvy/segment-dopravy/postup_uzavreni_smlouvy_segment_dopravy_0421.pdf)

Všeobecná zdravotní pojišťovna: *Seznam zdravotních výkonů* [online]. 2022 [cit. 2022-01-04]. Dostupné z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony>

Všeobecná zdravotní pojišťovna: *Seznam dopravních výkonů* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/doprava>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. 2022 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci [online]. 2022 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [online]. 2022 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě [online]. 2022 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-240>

Vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů



neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky [online]. 2022 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-296>

Vyhláška č. 305/2000 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020 [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-305>

Vyhláška č. 563/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-563>

Záchranná služba: *Systém zdravotnické záchranné služby v ČR* [online]. 2021 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z <https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>

Zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejícího zákonů [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-129>

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20220201>

Zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-250>

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>

Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy: *Povinně zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zzshmp.cz/povinne-zverejnovane-informace/>

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje: *Výroční zpráva* [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zzsck.cz/o-nas/vyrocni-zpravy>

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravské kraje: *Povinně zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zzsrmk.cz/povinne-zverejnovane-informace>

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje: *Povinně zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zzskvk.cz/povinne-zverejnovane-informace>

Zdravotnická záchranná služba Kraj Vysočina: *Výroční zpráva* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zzsvysocina.cz/14-vyrocni-zprava-podle-zakona-o-svobodnem-pristupu-k-informacim/ds-1044/p1=1606>

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje: *Povinně zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zzskhk.cz/cs/povinne-zverejnovane-informace>

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje: *Zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zzslk.cz/zverejnovane-informace/>

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje: *Povinně zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://zzsmk.cz/Default.aspx?subhref=povinneInfo>

Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje: *Dokumenty ZZS OK* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <https://www.zzsol.cz/dokumenty/informace>

Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje: *Výjezdové základny* [online]. 2022 [cit. 2022-02-13]. Dostupné z <https://www.zzspak.cz/o-nas/vyjezdove-zakladny>

Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje: *Povinně zveřejňované informace* [online]. 2022 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z <http://www.zzspk.cz/povinne-zverejnovane-informace.html>

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje: *Výroční zpráva* [online]. 2022 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z <https://www.uszssk.cz/vyrocní-zpráva/>

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje: *Výroční zpráva* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <http://www.zzsuk.cz/vyrocní-zpravy/>

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje: *Výroční zpráva* [online]. 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z <http://www.zzszk.cz/prilohy/>

## 8 Seznam obrázků, tabulek, grafů a zkratk

### 8.1 Seznam obrázků

Obrázek 1 Krajské uspořádání ZZS v ČR.....	34
--	----

### 8.2 Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehled ZZS v ČR s uvedením sídla organizace a dnem zápisu do veřejného rejstříku .....	33
Tabulka 2 Stupně naléhavosti události dle vyhlášky č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů .....	37
Tabulka 3 Stanoviště, provozovatel, volací znak a noční provoz letecké záchranné služby v ČR .....	40
Tabulka 4 Přehled zdravotních a dopravních výkonů smluvní odbornosti 709 zdravotnické záchranné služby k 31. 12. 2021 .....	48
Tabulka 5 Přehled zdravotních a dopravních výkonů smluvní odbornosti 799 přeprava pacientů neodkladné péče k 31. 12. 2021 .....	49
Tabulka 6 Přehled zdravotních a dopravních výkonů smluvní odbornosti 007 služby koronera k 31. 12. 2021 .....	50
Tabulka 7 Rozloha území ČR a krajů (v km <sup>2</sup> ), počet obyvatel v ČR a v krajích, počet výjezdových základen ZZS v ČR a krajích k 31. 12. 2020.....	53
Tabulka 8 Počet výjezdových základen ZZS v ČR v letech 2010, 2015, 2020 .....	55
Tabulka 9 Velikost území pokryté jednou výjezdovou základnou ZZS v ČR v letech 2010, 2015 a 2020 (v km <sup>2</sup> ).....	56
Tabulka 10 Počet obyvatel na jednu výjezdovou základnu ZZS v ČR v letech 2010, 2015 a 2020.....	57
Tabulka 11 Počet a typ výjezdových skupin ZZS v ČR v letech 2010, 2015 a 2020.....	58
Tabulka 12 Počet a typ výjezdových skupin v krajích ČR v letech 2015 a 2020.....	59
Tabulka 13 Průměrný přepočtený evidenční počet všech zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 .....	60
Tabulka 14 Profesionální struktura kmenových zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v průměrném přepočteném evidenčním počtu, v %) .....	61
Tabulka 15 Počet obyvatel na jeden úvazek kmenového lékaře a nelékaře ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 .....	64

Tabulka 16 Počet obyvatel jednotlivých krajů na jeden pracovní úvazek kmenového lékaře ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 .....	65
Tabulka 17 Počet obyvatel jednotlivých krajů na jeden pracovní úvazek kmenového nelékaře ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 .....	66
Tabulka 18 Počet výjezdů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 .....	67
Tabulka 19 Počtu obyvatel a výjezdů ZZS v ČR (v tis.), počet výjezdových základen a skupin ZZS v ČR a průměrný počet výjezdů za jeden den, za jeden den na jednu základnu a za jeden den na jednu skupinu v letech 2015 až 2020 .....	68
Tabulka 20 Počet vykázaných kilometrů za výjezdy v režimu ZZS, PPNP a celkem na zdravotní pojišťovny ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v tis. km).....	69
Tabulka 21 Počet ošetřených pacientů v režimu ZZS, PPNP zdravotnickou záchrannou službou v ČR v letech 2015 až 2020 (v tis.) .....	70
Tabulka 22 Náklady, výnosy a výsledku hospodaření ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč) .....	71
Tabulka 23 Výnosy ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč).....	72
Tabulka 24 Výše příspěvku na provoz od zřizovatele ZZS v ČR a v jednotlivých krajích v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč).....	74
Tabulka 25 Přehled nákladů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v mil. Kč) .....	76
Tabulka 26 Průměrná hrubá měsíční mzda v ČR, zdravotnictví ČR, ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v Kč, na přepočtené počty) .....	78
Tabulka 27 Počet obyvatel PAK a podíl ošetřených pacientů ZZS PAK na celkovém počtu obyvatel PAK v letech 2015 až 2020 (v %).....	81
Tabulka 28 Průměrné tempo změn v letech 2015 až 2019 a změna mezi lety 2019 a 2020 v počtu obyvatel PAK a počtu ošetřených pacientů ZZS PAK (v %) .....	82
Tabulka 29 Počet ošetřených pacientů dle věkové struktury a jejich podíl na celkovém počtu ošetřených pacientů v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %) .....	83
Tabulka 30 Stupně naléhavosti tísňových výzev a počet pacientů v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. a v %) .....	84
Tabulka 31 Počet ošetřených pacientů podle povahy pracovní diagnózy v ZZS PAK v letech 2015 až 2021 .....	85
Tabulka 32 Počet pacientů podle povahy somatického onemocnění v ZZS PAK v letech 2015 až 2021 .....	86

Tabulka 33 Počet výjezdů koronera, celkový výnos z výkonů koronera a průměrná cena jednoho výkonu koronera v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč a v Kč).....	87
Tabulka 34 Počet primárních výjezdů, celkové výnosy z primárních výjezdů a průměrná cena jednoho primárního výjezdu v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč a v Kč) ...	88
Tabulka 35 Počet sekundárních plánovaných výjezdů, celkový výnos za sekundárních plánovaných výjezdů a průměrná cena jednoho sekundárního plánovaného výjezdu v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč a v Kč).....	89
Tabulka 36 Počet mobilních odběrů COVID-19, celkový výnos mobilních odběrů COVID-19 a průměrná cena jednoho mobilních odběrů COVID-19 v ZZS PAK v roce 2020 (v tis. Kč a v Kč) .....	90
Tabulka 37 Výnosy a jejich struktura v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč).....	91
Tabulka 38 Struktura výnosů z dotací a příspěvků v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč).....	94
Tabulka 39 Náklady a jejich struktura v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč).....	96
Tabulka 40 Náklady, výnosy a výsledek hospodaření ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v tis. Kč).....	98
Tabulka 41 Porovnání výnosů z příspěvků na provoz od zřizovatele, výnosů od ZP a osobních nákladů v ZZS PAK (v tis. Kč) .....	99

### 8.3 Seznam grafů

Graf 1 Profesní struktura kmenových zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %)	62
Graf 2 Profesní struktura smluvních zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %)	63
Graf 3 Struktura výnosů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %) .....	73
Graf 4 Vývoj příspěvku na provoz ZZS v ČR od zřizovatele podle jednotlivých krajů (v %)	75
Graf 5 Struktura nákladů ZZS v ČR v letech 2015 až 2020 (v %) .....	77
Graf 6 Vývoj průměrné hrubé měsíční mzdy v ČR, ve zdravotnictví ČR a u kmenových a smluvních zaměstnanců ZZS v ČR v letech 2015 až 2020.....	79
Graf 7 Podíly jednotlivých výnosů na celkových výnosech ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %).....	92

Graf 8 Podíly výnosů jednotlivých ZP na celkových výnosech od zdravotních pojišťoven v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %) .....	93
Graf 9 Podíl osobních nákladů na celkových nákladech v ZZS PAK v letech 2015 až 2020 (v %) .....	97

#### 8.4 Seznam použitých zkratk

ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
IROP	integrovaný regionální operační program
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PAK	Pardubický kraj
PPNP	převaha pacientů neodkladné péče
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
RV	rychlá lékařská pomoc v systému rendez-vous
THP	technicko-hospodářský pracovník
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
ZPŠ	Zdravotní pojišťovna Škoda
ZZS	zdravotnická záchranná služba
ZZS PAK	Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje