

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE PROVOZNĚ EKONOMICKÁ FAKULTA



DISERTAČNÍ PRÁCE

Vybrané problémy ekonomiky provozu ordinace praktického lékaře

Selected Issues in Operating Economics of General Medical Practice

Autor disertační práce:
Školitel:

Ing. Milan Říha, DiS.
prof. Ing. Miroslav Svatoš, CSc.
katedra ekonomiky

Praha 2012

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval svému školiteli, panu prof. Ing. Miroslavu Svatošovi, CSc. za odborné vedení a konzultace při zpracovávání disertační práce.

Poděkování patří též členům katedry ekonomiky Provozně ekonomické fakulty České zemědělské univerzity v Praze za připomínky při zpracovávání praktické části práce, prof. Ing. Libuši Svatošové, CSc. za cenné rady při statistickém vyhodnocení dotazníkového šetření a všem externím konzultantům.

Obsah

Seznam zkratk	1
ÚVOD	3
1. Cíl disertační práce	4
2. Metodika teoretické a praktické části	5
2.1. Intervalové odhady	7
2.2. Testování statistických hypotéz	9
2.3. Analýza závislosti kvalitativních znaků	12
3. Literární rešerše	16
3.1. Historický vývoj zdravotního pojištění	16
3.2. Základní modely zdravotnických systémů	18
3.3. Primární péče	21
3.4. Způsoby financování zdravotnictví v jednotlivých zemích	22
3.5. Problémy českého zdravotnictví	43
3.6. Kalkulace	49
3.7. Studie MUDr. Lubomíra Nečase	57
3.8. Srovnání průměrného platu ve zdravotnictví s jinými odvětvími národního hospodářství České republiky	61
4. Všeobecné praktické lékařství	63
4.1. Odlišnost pojetí jakosti ve zdravotnictví	67
4.2. Statistické údaje	72
4.3. Založení a vedení soukromé lékařské praxe v ČR	79
5. Struktura příjmů praktického lékaře	88
5.1. Kapitační platby	88
5.2. Zdravotní pojišťovny	95
5.3. Regulační poplatky	97
5.4. Ostatní příjmy praktických lékařů	100
5.5. Celkové příjmy ordinace praktického lékaře	102
6. Náklady ordinace praktického lékaře	103
6.1. Požadavky na vybavení ordinace praktického lékaře	103
6.2. Náklady na software ordinace praktického lékaře	109
6.3. Připojení k internetu	115
6.4. Reklama	119
6.5. Nakládání s odpady	120
6.6. Mzdové náklady ordinace praktického lékaře	121
6.7. Rizika vstupu nadnárodních řetězců na český trh	126
7. Hospodářský výsledek ordinace praktického lékaře	135
7.1. Varianta – začínající lékař v pronajatých prostorách	135
7.2. Varianta – zavedená praxe v pronajatých prostorách	138
7.3. Varianta – zavedená praxe ve vlastních prostorách	139
7.4. Varianta – koupě zavedené praxe	141
8. Praktická část disertační práce	142
8.1. Pilotní výzkum	142
8.2. Zvolené výzkumné prostředí a výzkumný soubor	143
8.3. Formulace hypotéz	162
9. Diskuse, závěry a doporučení	172
9.1. Optimální výše kapitační platby	172
9.2. Návrh řešení financování venkovských praxí	174
9.3. Podpora začínajících mladých lékařů	175

ZÁVĚR.....	175
Hodnocení literatury.....	177
Seznam tabulek, grafů a obrázků	178
Seznam tabulek	178
Seznam grafů.....	180
Seznam obrázků	181
Použité prameny.....	182
Publikace	182
Internetové zdroje.....	185
Právní předpisy.....	185

Seznam zkratek

A4	standardní formát papíru 210×297 mm
ADSL	Asymmetric Digital Subscriber Line
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AJAX	Asynchronous JavaScript and XML
ARF	Amtsrädsforeningen
CD	Compact Disc
CD-ROM	Compact Disc Read-Only Memory
CRP	C_reaktivní protein
CT	Computerized Tomography – radiologická vyšetřovací metoda
ČIŽP	Česká inspekce životního prostředí
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČR	Česká republika
ČSN	česká (československá) státní norma
ČSTV	Český svaz tělesné výchovy
ČSÚ	Český statistický úřad
DEMO	demoverze
Dg.	diagnóza
DPH	daň z přidané hodnoty
DZS	dopravní zdravotní služba (doprava raněných, nemocných a rodiček)
EHIC	European Health Insurance Card
EKG	elektrokardiogram
EN	evropská norma
FO	fyzická osoba
HDP	hrubý domácí produkt
HTML	HyperText Markup Language
I.D.	intradermálně
I.M.	intramuskulárně
ICZP	Informační centrum zdravotního pojištění
IČ	identifikační číslo
IČO	identifikační číslo organizace
IČP	identifikační číslo zdravotnického pracoviště
IČP	identifikační číslo pracoviště
IČPP	identifikační číslo pracovníka na pracovišti
IČZ	identifikační číslo zařízení
IČZ	identifikační číslo zdravotnického zařízení
ISBN	International Standard Book Number
ISO	International Organisation for Standardization
Kč	koruna česká
KP VZP ČR	krajská pobočka Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
LCD	Liquid Crystal Display
LSPP	lékařská služba první pomoci
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MR	magnetická rezonance
MS	Microsoft
MZ	ministerstvo zdravotnictví
MZDR	ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHS	National Health Servis

OD	ošetřovací den
odst.	odstavec
OL	ošetřující lékař
ORL	otorinolaryngolog
OS ČLK	okresní (obvodní) sdružení České lékařské komory
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OZPBD	ostatní zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí
PCT	Primary Care Trusts
PHP	Hypertext Preprocessor
písm.	písmeno
PL	praktický lékař
PLO	PraktiserendeLægers
PO	právnícká osoba
PPD	příjmový pokladní doklad
PPP	Purchasing Power Parity
přep. p.	přepočtený počet
PSC	poštovní směrovací číslo
RES	retikulo-endoteliální systém
RHC	Rural Health Clinics
RLP	rychlá lékařská pomoc
RTG	rentgenové záření
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
S.C.	subkutánně
Sb.	Sbírka zákonů
SEV	sociologický empirický výzkum
SQL	Structured Query Language
SŠ	střední škola
SW	software
SZZ	smluvní zdravotnické zařízení
THP	technicko-hospodářský pracovník
TLD	TopLevel doména
USA	Spojené státy americké
USG	ultrazvukové vyšetření
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠ	vyšší škola
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
WWW	World Wide Web
XHTML	Extensible HyperText Markup Language
XML	eXtensible Markup Language
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPA	zdravotní pojišťovna AGEL
ZPBD	zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí
ZPOD	zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením
ZULP	zvlášť účtované léčivé přípravky
ZUM	zvlášť účtovaný materiál (ZULP, ZP a stomatologické výrobky)
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

V systému českého zdravotnictví je praktický lékař vstupní branou do zdravotnického systému. Nestačí-li svépomoc pacienta při řešení jeho zdravotních obtíží, obrací se právě na praktického lékaře. Tato úroveň poskytování zdravotní péče tak tvoří celých 25 % ze všech úrovní zdravotnického systému v České republice.

Systém financování zdravotnictví je velmi specifický oproti způsobu financování jiných odvětví národního hospodářství. Převážná část příjmů praktických lékařů přichází od zdravotních pojišťoven a jen zlomek tvoří příjmy přímo od pacientů anebo jejich zaměstnavatelů. Praktický lékař je tedy v převážné míře závislý na výši kapitační platby, která tvoří cca 80 – 90 % jeho veškerých příjmů. A právě výše kapitační platby má přímý vliv na to, zda-li budou mít lékaři dostatek finančních prostředků, aby mohli poskytovat kvalitní lékařskou péči s využitím nejmodernějších diagnostických přístrojů, naplňovat potřebu svého celoživotního vzdělání v oboru a koneckonců zda-li budou mít čerství absolventi lékařských fakult zájem pracovat na této pozici.

Velkým problémem se stává také zajištění základní zdravotní péče v příhraničních regionech, neboť počet kapitačních pojištěnců je na malých městech a vesnicích nízký a je-li výše celkových kapitačních příjmů přímo závislá na počtu pojištěnců, mohou být příjmy venkovské praxe nižší než reálné náklady, které musí praktický lékař pro provoz své ordinace vynaložit. Dalším výrazným činitelem v sektoru praktických lékařů je vstup nadnárodních řetězců i do oblasti zdravotnictví. Zde jsou vytvářeny systémy zdravotních pojišťoven – ordinací praktických lékařů – odborných lékařských praxí – nemocnic – farmaceutických firem. V tomto případě jsou ohroženy praxe praktických lékařů spíše ve velkých městech, neboť o venkovské praxe takové nadnárodní řetězce jeví pramalý zájem. Řetězce jsou pak schopny poskytovat pacientům mnohem lepší servis, avšak rizikem se zde stává preferování vlastních medikamentů a odesílání pacientů na odborná vyšetření do svých vlastních pracovišť.

Problematika kapitačních plateb s ohledem na jejich celkovou výši je tedy problémem, který musí být diskutován a jejich výše vědecky podložena, neboť důsledky jejich nesprávného stanovení mohou být pro celý zdravotnický systém České republiky fatální a nesnadno v krátkém časovém horizontu napravitelné.

1. Cíl disertační práce

Hlavním cílem disertační práce je komplexní zjištění a popis příjmů i výdajů ordinace praktického lékaře včetně jejich kvantifikace, analýza a verifikace dotazníkového šetření s následným určením optimální kapitační platby z pohledu praktického lékaře.

Na hlavní cíl disertační práce navazuje i její výstup, který spočívá v následném navržení výše tzv. kapitační platby, která by umožnila optimální provoz ordinace praktického lékaře.

Dílními cíli této disertační práce jsou:

- vyčíslit přímé a nepřímé náklady na provozování ordinace praktického lékaře;
- zjistit skladbu příjmů využitelných pro financování ordinace praktického lékaře;
- zhodnotit, zda a v čem, vstup nadnárodních řetězců poskytovatelů zdravotní péče může ohrozit ordinace praktických lékařů z hlediska jejich konkurenceschopnosti,
- na základě výsledků empirického výzkumu formulovat doporučení pro stanovení výše kapitační platby poskytované praktickým lékařům zdravotními pojišťovnami.

2. Metodika teoretické a praktické části

Teoretická část práce se opírá o literární rešerši, přičemž sledované prameny mají různorodou povahu. Mezi tyto patří:

- ✓ odborná literatura;
- ✓ závazné právní předpisy platné v České republice a v Evropské unii;
- ✓ metodické pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky;
- ✓ vlastní zjištění formou konzultací s praktickými lékaři provozující praxi;
- ✓ dokumentace České lékařské komory;
- ✓ statistická zjištění zveřejněná Českým statistickým úřadem a ÚZIS;
- ✓ analýza reálných nákladů ordinací praktických lékařů;
- ✓ dokumenty poskytnuté výrobcí zdravotnického vybavení a poskytovatelů služeb pro ordinace praktických lékařů.

Teoretická část disertační práce začíná teoretickými východisky příslušné problematiky, kterými je zhodnocení zdravotního systému České republiky a objasnění role praktického lékaře. V práci jsou využity statistické údaje zejména s ohledem na demografické složení obyvatelstva, neboť výše kapitační platby je indexována právě s ohledem na věk kapitačních pojištěnců. Dále je věnována pozornost vývoji počtu praktických lékařů v České republice v rozložení dle jejich pohlaví.

Dostatečná pozornost v předložené práci je věnována problematice podmínek pro provozování samostatné lékařské praxi v oboru všeobecného lékařství, ať již z pohledu vzdělání personálu ordinace (praktický lékař, všeobecná zdravotní sestra), tak povinné vybavenosti ordinace a její velikosti.

Vzhledem ke skutečnosti, že financování ordinace praktického lékaře zajišťují zdravotní pojišťovny, je tato problematika zpracována tak, aby poskytla dostatečné informace o tom, za jakých podmínek uzavírá zdravotní pojišťovna smlouvu s nestátním zdravotnickým zařízením, jakým způsobem probíhá výběrové řízení a jak se uskutečňuje následné financování ordinace praktického lékaře ze strany zdravotní pojišťovny. Práce se též zabývá změnami mezi zdravotními pojišťovnami, které nastaly v poslední době a poskytuje přehled zdravotních pojišťoven, které v současné době působí v České republice.

Dále je teoretická část zaměřena na možnosti vlastní prezentace praktického lékaře na veřejnosti a poukazuje na omezení, která stanovuje svými stavovskými předpisy Česká

lékařská komora. Pozornost je věnována též moderním počítačovým technologiím, včetně předávání sumarizačních dat zdravotním pojišťovně s využitím XML technologií.

Vzhledem ke stále větší potřebě chránit životní prostředí je v disertační práci věnována kapitola vzniku, třídění a nakládání s odpady vzniklými při výkonu lékařské praxe. A právě s minimalizací rizik spojených s provozem ordinace praktického lékaře souvisí i část pojednávající o systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení dle norem ISO 9001.

Protože praktický lékař pracuje nejen s osobními, ale též i s citlivými (zdravotními) údaji, je v práci věnována též pozornost problematice jejich ochrany dle z.č. 101/2000 Sb.

Dále je teoretická část zaměřena na vznik a vstup nadnárodních zdravotnických řetězců, popisuje jeho jednotlivé prvky a pojednává o výhodách a nevýhodách, které tyto představují pro české zdravotnictví. Zejména je zmíněn jejich způsob získávání praktických lékařů, kteří odprodávají své praxe nebo se stávají zaměstnanci nadnárodních zdravotnických řetězců včetně důvodů, které je k tomu vedou.

Empirická část práce vychází z části teoretické a opírá se o mnohačetné osobní konzultace s praktickými lékaři vykonávajícími dlouholetou praxi v České republice. Jsou využity konzultace a vlastní zjištění na České lékařské komoře, Ministerstvu zdravotnictví ČR, týkající se předmětné problematiky.

Ke splnění cílů této práce byla použita metoda kvantitativního přístupu SEV. Jako techniky sběru dat bylo využito standardizovaného dotazníkového šetření u všech praktických lékařů v České republice, které jsou v evidenci ÚZISu a bylo prováděno doplňkové šetření s využitím odborně vyškolených tazatelů v regionech, ze kterých se nevrátil požadovaný počet dotazníků, aby jejich počet byl relevantní pro celkové posouzení zkoumaných skutečností.

V rámci empirického šetření byly dotazníky rozeslány do 5.486 ordinací praktických lékařů v České republice dle adres, které byly převzaty z databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Dotazník je uveden v příloze č. 2.

Vzhledem k tomu, že byly osloveny všechny ordinace praktických lékařů, nebyl prováděn výběr respondentů a tím byla zajištěna maximální možná objektivita získaných výsledků. Aby se zvýšil počet vrácených dotazníků, byla dána praktickým lékařům možnost nejen vyplnění tištěné verze dotazníku, ale i elektronické přístupné na Internetu. Zodpovězené dotazníky zaslané zpět poštou byly vyhodnocovány prostřednictvím MS Excelu s statistickým programem SPSS a výsledky z internetové verze dotazníků do tohoto softwaru byly importovány automaticky.

Práce na zvolené problematice probíhaly v období let 2007 až 2012, kdy šlo nejen o zpracování literatury k danému tématu, ale byla postupně dotvářena představa i cíl práce a spolu s tím i její metodika, resp. metodika empirického výzkumu. Probíhala též řada konzultací s různými specialisty, kteří se problematikou financování zdravotnictví zabývají. V této souvislosti byl proveden pilotní průzkum v podobě sondážních dotazníků u 20 vybraných praktických lékařů, které měly odhalit jejich nedostatky, před tím než budou rozeslány všem praktickým lékařům v ČR. Na základě získaných poznatků z pilotního průzkumu byly některé otázky lépe formulovány a byly přidány některé možnosti pro odpovědi respondentů.

Vrácené dotazníky byly zkontrolovány z hlediska formálního i logického. V první fázi zpracování byly spočítány četnosti odpovědí v absolutním i relativním vyjádření. Z poznatků získaných výběrovým šetřením bylo provedeno zobecnění pomocí intervalových odhadů průměru a relativní četnosti základního souboru, které se staly základem dalšího statistického zpracování pomocí analýzy závislosti kvalitativních znaků.

2.1. Intervalové odhady

Při zobecňování výsledků získaných z výběrových šetření byly využity metody z oblasti statistické indukce, zejména teorie odhadu a testování statistických hypotéz. Vzhledem ke skutečnosti, že se vrátila jen část rozeslaných dotazníků a bylo zapotřebí umožnit zobecnění výsledků pro celý základní soubor, bylo toto zajištěno formou intervalových odhadů. Výpočet intervalu spolehlivosti znamená uvedení intervalu, který s předem danou pravděpodobností obsahuje danou hodnotu parametru základního souboru. V případě odhadu průměru základního souboru pak bylo vycházeno ze znalosti rozdělení základního souboru, znalosti či neznalosti rozptylu základního souboru, způsobu výběru apod.

Obecně lze interval spolehlivosti pro průměr základního souboru popsat následujícím způsobem:¹

$$P(\bar{x} - \Delta < \mu < \bar{x} + \Delta) = 1 - \alpha, \quad (1)$$

kde P = pravděpodobnost,
 \bar{x} = průměrná hodnota základního souboru,
 Δ = námi stanovená maximální přípustná chyba (podíl),
 α = hladina významnosti (obvykle volíme 0,05 či 0,01),
 μ = střední hodnota.

¹ Brase, C. H., Brase, C. P.: *Understandable statistics: concepts and methods*. Lexington: D. C. Heath, 1987. ISBN 0-669-12181-9.

Při konstrukci intervalového odhadu vycházíme z poznatků o asymptotickém rozdělení výběrových průměrů. Odtud vyplývá, že pro dostatečně velký rozsah výběru je rozdělení výběrových průměrů přibližně normální se střední hodnotou μ a rozptylem σ^2/n . Na základě těchto předpokladů a po matematických úpravách lze příslušný intervalový odhad průměru při znalosti rozptylu základního souboru zapsat takto:²

$$P\left(\bar{x} - u_\alpha \cdot \sqrt{\frac{\sigma^2}{n}} < \mu < \bar{x} + u_\alpha \cdot \sqrt{\frac{\sigma^2}{n}}\right) = 1 - \alpha, \quad (2)$$

kde P = pravděpodobnost,
 \bar{x} = průměrná hodnota základního souboru,
 u_α = tabelovaná hodnota normovaného normálního rozdělení
 σ^2 = celkový rozptyl,
 α = hladina významnosti (obvykle volíme 0,05 či 0,01),
 μ = střední hodnota,
 n = velikost základního souboru.

kde u_α představuje kritickou hodnotu normálního rozdělení. Pokud nebudeme znát rozptyl základního souboru, ale pouze nestranný odhad rozptylu s^2 , pak se výpočet intervalového odhadu opírá o kritické hodnoty Studentova t-rozdělení o $n - 1$ stupni volnosti.

Podobným způsobem je možné zkonstruovat intervalový odhad pro relativní četnost, kdy se v podstatě jedná o odhad pravděpodobnosti výskytu určitého jevu, resp. podílu jednotek s určitou vlastností v konečném základním souboru. Při konstrukci intervalu spolehlivosti je nutno rozlišovat, zda pracujeme s malými nebo velkými výběry. Při malých rozsazích vycházíme z toho, že výběrová absolutní četnost m (výskyt jevu A v rámci n pokusů) má při výběrech s vracením binomické rozdělení a při výběrech bez vracení rozdělení hypergeometrické. Jestliže se jedná o výběrový soubor velkého rozsahu, lze rozdělení výběrové relativní četnosti $f_i = m/n$ aproximovat normálním rozdělením a samotný interval je možné stanovit podle vztahu³

$$P\left(f_i - u_\alpha \cdot \sqrt{\frac{f_i(1-f_i)}{n}} < p < f_i + u_\alpha \cdot \sqrt{\frac{f_i(1-f_i)}{n}}\right) = 1 - \alpha. \quad (3)$$

² Brase, C. H., Brase, C. P.: *Understandable statistics: concepts and methods*. Lexington: D. C. Heath, 1987. ISBN 0-669-12181-9.

³ Brase, C. H., Brase, C. P.: *Understandable statistics: concepts and methods*. Lexington: D. C. Heath, 1987. ISBN 0-669-12181-9.

kde P = pravděpodobnost,
 f_i = výběrové relativní četnosti,
 u_α = tabelovaná hodnota normovaného normálního rozdělení,
 α = hladina významnosti (obvykle volíme 0,05 či 0,01),
 n = velikost základního souboru.

2.2. Testování statistických hypotéz

V případě testování statistických hypotéz se jedná o hledání odpovědi na určitou, předem vyslovenou hypotézu, která se nejčastěji dotýká parametrů normálního rozdělení. V disertační práci byl použit test hypotézy o shodě dvou průměrů (t-test). U tohoto testu se ověřuje nulová hypotéza $H_0: \mu_1 = \mu_2$ proti alternativní hypotéze $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$. Je třeba rozhodnout, zda výběrové průměry určené z nezávislých náhodných výběrů o rozsazích m a n se liší statisticky významně nebo pouze náhodně. Protože vycházíme z výběrových hodnot, je důležité před vlastním testem hypotézy o shodě dvou průměrů ověřit shodu ve variabilitě souborů. K tomu poslouží test hypotézy o shodě dvou rozptylů, který je známější pod názvem F-test. Testové kritérium tohoto testu je založeno na podílu dvou rozptylů, přičemž je nezbytné, aby v čitateli byl vždy rozptyl větší.⁴

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}, \quad s_1^2 \geq s_2^2 \quad (4)$$

kde F = rozdělení,
 s_i^2 = rozptyl.

Za platnosti nulové hypotézy má statistika F-rozdělení o $f_1 = (m - 1)$ a $f_2 = (n - 1)$ stupních volnosti. Jestliže $F < F_{\alpha}(f_1, f_2)$, není důvod, abychom nulovou hypotézu o shodě rozptylů zamítali. Výsledek testu pak následně určuje konkrétní postup pro t-test, který tím pádem má dvě možné varianty. První se označuje jako dvouvýběrový t-test a používá se při shodě rozptylů. Testové kritérium má tvar

$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{s \cdot \sqrt{\frac{1}{m} + \frac{1}{n}}}, \quad (5)$$

kde $s = \sqrt{\frac{1}{m+n-2} \cdot [(m-1) \cdot s_1^2 + (n-1) \cdot s_2^2]}$. Pokud $t > t_{\alpha(m+n-2)}$, pak se nulová hypotéza o shodě dvou průměrů bude zamítat.

⁴ Bowerman, B., O'Connell, R. T.: *Applied Statistics: improving business processes*. Chicago: Irwin, 1997. ISBN 0-256-19386-X.

Druhá varianta se použije v případě různých rozptylů a označuje se jako Welchův test. Testové kritérium má nyní tento tvar:⁵

$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{\sqrt{\frac{s_1^2}{m} + \frac{s_2^2}{n}}}. \quad (6)$$

Pro vyhodnocení testu je však nezbytné spočítat stupně volnosti pro kritickou hodnotu Studentova t-rozdělení a to pomocí vztahu⁶

$$f = \frac{\left(\frac{s_1^2}{m} + \frac{s_2^2}{n}\right)^2}{\frac{\left(\frac{s_1^2}{m}\right)^2}{m-1} + \frac{\left(\frac{s_2^2}{n}\right)^2}{n-1}}. \quad (7)$$

Jestliže $t > t_{\alpha}(f)$, pak se nulová hypotéza o shodě průměrů na dané hladině významnosti zamítá a platí hypotéza alternativní.

Pro hypotézy týkající se relativních četností byl užit test o shodě relativních četností, kdy na základě náhodných výběrů o velkých rozsazích n_1 a n_2 ($n_1 > 100$; $n_2 > 100$) je třeba ověřit hypotézu $H_0: p_1 = p_2$. Test je založen na statistice⁷

$$u = \frac{\frac{m_1}{n_1} - \frac{m_2}{n_2}}{\sqrt{\bar{p} \cdot (1 - \bar{p}) \cdot \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}, \quad (8)$$

kde $\bar{p} = \frac{m_1 + m_2}{n_1 + n_2}$ představuje vážený aritmetický průměr obou výběrových relativních četností. Kritická hodnota normálního rozdělení u_{α} se porovná s hodnotou testového kritéria u a pokud $u > u_{\alpha}$, nulová hypotéza se zamítá.

Bude-li se pracovat pouze s jedním výběrovým souborem, lze testovat nulovou hypotézu $H_0: p = p_0$, kde p_0 je daná (předpokládaná) hodnota. Neznámá pravděpodobnost p se odhaduje prostřednictvím výběrové relativní četnosti výskytu jevu A, tzn. podílem m/n . Test uvedené hypotézy lze tedy chápat jako test významnosti rozdílu výběrové relativní četnosti m/n a hypotetické pravděpodobnosti p .

⁵ Bowerman, B., O'Connell, R. T.: *Applied Statistics: improving business processes*. Chicago: Irwin, 1997. ISBN 0-256-19386-X.

⁶ Ross, S.: *A first course in probability*. Prentice-Hall, New York, 2001. ISBN 978-0130338518.

⁷ Ross, S.: *A first course in probability*. Prentice-Hall, New York, 2001. ISBN 978-0130338518.

Testové kritérium má tvar⁸

$$u = \frac{\frac{m}{n} - p_0}{\sqrt{\frac{p_0(1-p_0)}{n}}} \quad (9)$$

kde n velikost výběrového souboru

Testové kritérium u se následně porovná s kritickou hodnotu normálního rozdělení u_α a pokud bude $u > u_\alpha$, nulová hypotéza se zamítá.

Podmínkou použitelnosti tohoto testu je dostatečný rozsah výběrového souboru. V případě nedostatečného rozsahu výběrového souboru se použije binomický test, tj. test využívající přesného, tedy binomického rozdělení, o jehož parametru je vyslovena hypotéza. Testovým kritériem je zde výběrová absolutní četnost m . Protože rozdělení testového kritéria je nespojité, nelze určit kritickou hodnotu tak, aby odpovídala přesně stanovené hladině významnosti. Obvykle je tak nutné akceptovat nižší hladinu, kterou je při levostranné alternativě pravděpodobnost, že testové kritérium nabude nejvýše hodnoty m_D ,

$$P(m \leq m_D) = F(m_D) \leq \alpha \quad (10)$$

a při pravostranné alternativě pravděpodobnost, že testové kritérium nabude nejméně hodnoty m_H ,⁹

$$P(m \geq m_H) = [1 - F(m_H) + P(m = m_H)] \leq \alpha, \quad (11)$$

nebo naopak přistoupit na hladinu vyšší.

Pro shodu zjištěnou z relativních četností základního souboru byl použit binomický test.

V případě dvoustranné alternativní hypotézy vzniká otázka, jak určit m_D a m_H , má-li být požadované hladině významnosti α nejvýše roven součet obou těchto pravděpodobností. Obvykle je dvoustranný test chápán jako kombinace dvou jednostranných testů, přičemž každý z nich je realizován na hladině $\alpha/2$.

⁸ Bowerman, B., O'Connell, R. T.: *Applied Statistics: improving business processes*. Chicago: Irwin, 1997. ISBN 0-256-19386-X.

⁹ Ross, S.: *A first course in probability*. Prentice-Hall, New York, 2001. ISBN 978-0130338518.

2.3. Analýza závislosti kvalitativních znaků

Hodnocení výstupů vzniklých na základě dotazníkového šetření byla použita analýza závislosti kvalitativních znaků uspořádaných v kontingenčních tabulkách.

Kontingence se zabývá zkoumáním vztahu mezi množnými znaky, které mají větší počet obměn. V tomto případě hodnotíme dvoudimenzionální tabulky, které vznikají tříděním podle dvou proměnných – jde o tzv. kontingenční tabulky. Předpokládá se, že každá jednotka může být klasifikována podle dvou proměnných (kritérií) A a B. Proměnná A má r kategorií (úrovní) a proměnná B má s kategorií (úrovní). Četnost n_{ij} představuje počet prvků z výběru o rozsahu n , které podle proměnné A patří do kategorie A_i a podle proměnné B do kategorie B_j . Dále n_i definuje počet prvků z výběru, které patří do kategorie A_i (bez ohledu na hodnotu proměnné B), a podobně n_j počet prvků patřících do kategorie B_j . Kontingenční tabulka typu $r \times s$ pak vypadá následovně:¹⁰

Znak B	b_1	b_2	.....	b_j	.....	b_s	celkem
Znak A							
a_1	n_{11}	n_{12}	.....	n_{1j}	.....	n_{1s}	$n_{1.}$
a_2	n_{21}	n_{22}	.....	n_{2j}	.....	n_{2s}	$n_{2.}$
\vdots	\vdots	\vdots	\vdots	\vdots	\vdots
a_i	n_{i1}	n_{i2}		n_{ij}		n_{is}	$n_{i.}$
\vdots	\vdots	\vdots	\vdots	\vdots	\vdots
a_r	n_{r1}	n_{r2}	.....	n_{rj}	.....	n_{rs}	$n_{r.}$
celkem	$n_{.1}$	$n_{.2}$	.....	$n_{.j}$	.....	$n_{.s}$	n

Analýza této tabulky spočívá v provedení testu nezávislosti a ve stanovení síly (těsnosti) závislosti. Celý postup začíná ověřením nezávislosti mezi znaky. Nulová hypotéza předpokládá, že oba znaky jsou na sobě nezávislé. Pro posouzení platnosti této hypotézy se používá χ^2 – testu dobré shody.¹¹

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{n \cdot n_{ij}^2}{n_{i.} \cdot n_{.j}} - n \quad (12)$$

¹⁰ Upton, G., Cook, I.: Dictionary of Statistics. 2nd Edition Revised. Oxford University Press, 2004. ISBN 978-80199541454.

¹¹ Řezanková, H.: Analýza dat z dotazníkových šetření. 3. doplněné vydání. Professional Publishing, 2011. ISBN: 978-80-7431-062-1.

Hodnotu χ^2 srovnáme s kritickou hodnotou χ^2 – rozdělení o stupních volnosti $[(r-1) \cdot (s-1)]$. Jestliže hodnota χ^2 je větší než tabulková hodnota, hypotézu o nezávislosti mezi sledovanými kvalitativními znaky zamítáme.

χ^2 – test pro kontingenční tabulku $r \times s$ nelze použít, je-li více než 20 % teoretických četností menších než 5, příp. je-li alespoň v jednom políčku kontingenční tabulky očekávaná četnost menší než 1. V takových případech je nutno některé sousedící skupiny spojit. Ověříme-li uvedeným testovacím postupem, že mezi sledovanými znaky existuje závislost, zajímá nás, jak těsná je tato závislost.

Pro kontingenční tabulku $r \times s$ se často používá ke změření těsnosti závislosti koeficient průměrné čtvercové kontingence C (Pearsonův koeficient kontingence), který se vypočte takto:¹²

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}}. \quad (13)$$

Jsou-li zkoumané znaky nezávislé, je hodnota tohoto koeficientu nula. Maximální hodnota, dosažená při úplné závislosti, je však menší než 1 a mění se podle toho, do kolika tříd byly zkoumané znaky rozděleny.

Sílu závislosti lze též změřit pomocí Cramerova koeficientu V (tzv. Cramerovo V)¹³

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(h-1)}}. \quad (14)$$

pro $h = \min(r, s)$,

nebo pomocí Čuprovova koeficientu kontingence, který lze vyjádřit jako¹⁴

$$K = \sqrt{\frac{\chi^2}{n\sqrt{(r-1)(s-1)}}}. \quad (15)$$

V případě, že oba znaky mají stejný počet obměn ($r = s$), pohybuje se hodnota K od 0 do 1. Není-li stejný počet obměn ($r \neq s$), hodnoty 1 nedosahuje ani při úplné kontingenci.

¹² Řezanková, H.: *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 3. doplněné vydání. Professional Publishing, 2011. ISBN: 978-80-7431-062-1

¹³ Řezanková, H.: *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 3. doplněné vydání. Professional Publishing, 2011. ISBN: 978-80-7431-062-1

¹⁴ Salkind, N. J. et al.: *Encyclopedia of Measurement and Statistics 3-Volume Set*. SAGE Publishing, 2007. ISBN 978-1412916110.

Normovaný koeficient kontingence¹⁵

$$c_N = \frac{c}{c_{max.}} \quad (16)$$

Pokud se zkoumají dva kvalitativní znaky, které mohou nabývat pouze dvou obměn (alternativní znaky), hovoří se o asociační tabulce typu 2 x 2, jejíž schéma je následující:

Znak B	b	β	celkem
Znak A			
a	a	b	a + b
α	c	d	c + d
celkem	a + c	b + d	n

Při zkoumání závislosti mezi alternativními znaky A a B se postupuje stejně jako u kontingence, tzn., nejprve se ověří nulová hypotéza o nezávislosti znaků A a B, kdy se jako testovací kritérium použije opět veličina χ^2 (chí-kvadrát).¹⁶

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (a \cdot d - b \cdot c)^2}{(a + b)(a + c)(b + d)(c + d)}. \quad (17)$$

Při platnosti nulové hypotézy má toto testovací kritérium rozdělení χ^2 o jednom stupni volnosti. Pokud $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}$, pak se nulová hypotéza zamítá a závislost mezi znaky je prokázána i pro základní soubor.

Při používání χ^2 – testu pro asociační tabulku je potřeba mít na zřeteli předpoklady jeho použití. χ^2 – test v tomto případě dává spolehlivé výsledky pouze pro dostatečně velké rozsahy výběru n , prakticky pro $n > 40$. Pro $20 < n \leq 40$ lze ověřovat nezávislost dvou alternativních znaků jen tehdy, není-li žádná očekávaná četnost menší než 5. Pro $n \leq 20$ se nemá používat χ^2 – testu nikdy. V případě, že nejsou splněny podmínky pro použití χ^2 – testu, používáme pro testování závislosti v asociační tabulce Fisherův test. Fisherův test je založen na přímém výpočtu pravděpodobnosti, s níž se může ve výběru o rozsahu n vyskytnout seskupení četností (a), (b), (c), (d) v dané tabulce, nebo jakékoli jiné uspořádání četností, jež je nulové hypotéze méně příznivé.

¹⁵ Řezanková, H.: *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 3. doplněné vydání. Professional Publishing, 2011. ISBN: 978-80-7431-062-1

¹⁶ Salkind, N. J. et al.: *Encyclopedia of Measurement and Statistics 3-Volume Set*. SAGE Publishing, 2007. ISBN 978-1412916110.

V případě prokázané závislosti je možné dále asociační tabulku analyzovat, tj. lze změřit sílu závislosti mezi sledovanými kvalitativními znaky pomocí řady charakteristik. Nejznámější je koeficient asociace¹⁷

$$r_{AB} = \frac{a \cdot d - b \cdot c}{\sqrt{(a+b)(a+c)(c+d)(b+d)}}. \quad (18)$$

Koeficient asociace nabývá hodnot v rozmezí od -1 do $+1$ a interpretace je podobná jako u jiných charakteristik síly závislosti.

Existují ještě další, méně používané ukazatele, jako např. Yuleův koeficient asociace¹⁸

$$Q = \frac{a \cdot d - b \cdot c}{a \cdot d + b \cdot c}. \quad (19)$$

¹⁷ Salkind, N. J. et al.: *Encyclopedia of Measurement and Statistics 3-Volume Set*. SAGE Publishing, 2007. ISBN 978-1412916110.

¹⁸ Salkind, N. J. et al.: *Encyclopedia of Measurement and Statistics 3-Volume Set*. SAGE Publishing, 2007. ISBN 978-1412916110.

3. Literární rešerše

3.1. Historický vývoj zdravotního pojištění

„Prvopočátky dnešního sociálního zdravotního pojištění lze vystopovat již v cechovních zajišťovacích spolcích ve středověku. Rozmach průmyslové výroby a s ním spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy v 19. století vedl ke zřizování různých příspěvkových fondů, jak zaměstnavateli, tak komunitami, které doplňovaly činnost charitativních organizací při pomoci chudým. Zpočátku bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské pojištění, ale postupně s rozvojem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči.

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky. Povinnost platit toto pojištění se vztahovala na zaměstnance i zaměstnavatele. Od této doby začala v Německu vznikat celá řada podnikových i místních nemocenských pojišťoven. V roce 1881 německý císař Vilém II. vydal dokument k zavedení sociálního pojištění, který byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky, schválený německým parlamentem v roce 1883. Tento zákon byl do jisté míry výsledkem kompromisu s původním návrhem kancléře Bismarcka, který navrhoval zřízení systému národní zdravotní služby. Vzhledem k tomu, že tento návrh byl liberálními členy parlamentu a provinčními vládami odmítnut, přišel Bismarck nakonec s návrhem, který byl založen na existujících zaměstnaneckých fondech, vznikajících v místních pojišťovnách a v svobodných vzájemných pojišťovnách. Příspěvky na pojištění platil ze dvou třetin zaměstnavatel a z jedné třetiny zaměstnanec. Zahrnutí rodinných příslušníků do pojištění zaměstnance nebylo povinné, ale v závislosti na stanovení sazeb pojistného bylo u řady zdravotních pojišťoven možné. Pojištěný zaměstnanec měl nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky.

Již v roce 1886 byl podobný zákon přijat i v tehdejší Rakousku-Uhersku, a to dokonce ještě s širší působností než v Německu. Zákon se postupně vztahoval na všechny zaměstnané osoby a později i částečně na živnostníky. Ještě v roce 1887 byl v Rakousku-Uhersku přijat zákon o úrazovém pojištění. Podobná legislativa na přelomu 19. a 20. století vznikala v celé řadě dalších evropských zemí, například v Dánsku v roce 1892, ve Velké Británii bylo statutární zdravotní pojištění uzákoněno v roce 1911, ale třeba ve Francii až v roce 1928. Kritéria povinného zdravotního pojištění byla dvojí, buď podle zaměstnání, jako například v Německu, nebo podle výše příjmu – jako ve Velké Británii. V řadě zemí však zdravotní

pojištění dlouho uzákoněno nebylo a pojistná ochrana byla naprosto dobrovolná, jako tomu bylo například v Holandsku. Odhaduje se však, že dvě třetiny Holanďanů byly na konci 19. století dobrovolně zdravotně pojištěny v celé řadě menších fondů.

Konec 19. století byl i dobou vstupu komerčních pojišťoven do oblasti zdravotního pojištění. Stalo se tak v souvislosti s legislativou, která byla v té době přijata v řadě evropských zemí i ve Spojených státech jež stanovovala, že pracovní úraz je rizikem zaměstnavatele. Komerční pojišťovny začaly zaměstnavatelům nabízet produkty pojišťující toto riziko. Vedle výplaty invalidních dávek nebo odškodnění pozůstalým se pojištění vztahovalo i na léčebné výlohy.

Další vývoj pokračuje od poloviny 20. století, kdy řada západoevropských zemí nahrazuje systém statutárního pojištění, zajišťovaný samosprávnými fondy, národní zdravotní službou. Stalo se tak zejména ve Velké Británii (v roce 1948), Dánsku (1968), Itálii (1978), Portugalsku (1979), Řecku (jen částečně v 1983) a Španělsku (1985). Cílem této transformace bylo rozšíření pojistné ochrany na celou populaci a větší rovnost přístupu ke zdravotní péči. Ne vždy se však těchto cílů dosáhlo. V jiných zemích zůstal systém statutárního zdravotního pojištění, založený na samosprávných pojišťovnách, zachován a jeho působnost se rozšířila na celou populaci, například v Belgii (1963) a ve Francii (1945). Současně došlo ke konsolidaci nositelů takového statutárního zdravotního pojištění, jako například v již zmíněné Francii vznikla jediná Sécurité Sociale pro poskytování statutárního pojištění a dosud aktivní samosprávné vzájemné fondy se přesunuly do oblasti zdravotního pojištění.

Vůbec první zemí s tržní ekonomikou, která rozšířila pojistnou ochranu na celou populaci, byl Nový Zéland v roce 1939. V Asii byl systém sociálního zdravotního pojištění zaveden nejprve v Japonsku v roce 1922 a vztahoval se zpočátku pouze na zaměstnané osoby. V zemích Jižní Ameriky byla průkopníkem Chile v roce 1924, původně však tento systém zahrnoval jen asi 15 % obyvatelstva.

V zemích bývalého socialistického bloku byl většinou systém samosprávných zdravotních pojišťoven nahrazen tzv. Semaškovým modelem zcela zestátněného poskytování zdravotní péče a taktéž státem zajištěného pojistného krytí.

Velmi zajímavá je role lékařských organizací v historii celého vývoje zdravotního pojištění. Působily zde dvě protichůdné tendence. Lékaři na jedné straně rozšiřování statutární pojistné ochrany vítali z důvodu rozšíření okruhu pacientů, na druhé straně velmi nelibě nesli vměšování jakéhokoliv nelékařského prostředníka do svého vztahu s pacienty. Výsledkem toho bylo zablokování vývoje směřujícího k systému statutárního zdravotního pojištění v některých zemích, jako například ve Spojených státech, kde první formy statutárního

pojistného krytí v programech Medicare a Medicaid vznikly až v šedesátých letech 20. století. Výsledkem kompromisu s lékařskými organizacemi je i podoba Národní zdravotní služby ve Velké Británii nebo vznik samosprávného Sdružení pokladenských lékařů (*Kassenärztliche Vereinigung*) v Německu jako prostředníka mezi samostatně praktikujícím lékařem a zdravotní pojišťovnou.¹⁹

3.2. Základní modely zdravotnických systémů

Semaškův model (sovětský model)

Všechna zdravotnická zařízení jsou majetkem státu, zdravotnictví je financováno ze státního rozpočtu, je centrálně plánováno a považuje se za součást národního hospodářství. Zdravotnictví je tzv. bezplatné, zdravotníci a lékaři jsou zaměstnanci státu a dostávají mzdu. Zdravotnictví se považuje za nevýrobní odvětví a v důsledku toho se do něj nepřilévá tolik peněz, kolik by bylo potřeba. Výhodou systému je všeobecně dostupná zdravotní péče a rozmístění zdravotních zařízení v celém systému, prioritou je prevence a navazující zdravotní péče. Nevýhodou systému je nízká výkonnost, nedostatek finančních prostředků, které brzdí vývoj a zavádění nových medicínských technologií, malá motivace obyvatel v péči o své zdraví, bezkonkurenční prostředí, nízké finanční ohodnocení zdravotníků a lékařů. Tento model byl v minulosti používán v socialistickém zdravotnictví. Podle tohoto systému je zdraví – státem dodávaná služba. Ještě se s tímto modelem lze částečně setkat na Kubě.²⁰

Beveringův model (systém národní zdravotní služby)

Zdravotnická zařízení jsou vlastněna převážně státem. Specializovaná ambulantní zařízení, laboratoře, pracoviště RTC, MR a CT jsou často součástí nemocnic. Většina nemocnic patří do systému národní zdravotní služby. Soukromá lůžka mají omezený charakter. Zdravotníci a lékaři jsou buď zaměstnanci, kteří dostávají mzdu nebo samostatní podnikatelé, jsou honorováni kapítací nebo platbou za výkon. Soukromé bývají ordinace praktických lékařů, stomatologů a dalších specialistů, sanatoria a zařízení ošetrovatelské péče. Zdravotnictví je financováno z daní, prostřednictvím státního rozpočtu. Role profesních organizací je poměrně malá. Převládá nepřímá platba za služby. U tohoto modelu převládají výhody nad

¹⁹ Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. GRADA, 2008. str. 14-16. ISBN 978-80-247-2628-1.

²⁰ Suchánková, A.: *Zdravotnické systémy ve světě*. Praha, 3. lékařská fakulta UK, Kabinet veřejného zdravotnictví, str. 19. Dostupné na internetu:

<<http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste>> z 11.5.2012

nevýhodami. Mezi výhody patří obecná dostupnost a dostatečná nabídka kvalitních zdravotnických služeb a na ně navazujících služeb, včetně služeb primární medicíny, podpora nových medicínských technologií a přiměřené náklady na péči. Nevýhodou jsou dlouhé čekací doby na některé výkony a demotivující prostředí, které nenutí pacienty se dostatečně starat o své zdraví. V případě ekonomické krize trpí systém nedostatkem finančních zdrojů. Zdraví je státem garantovaná služba. Tento systém převládá ve Velké Británii, ve skandinávských zemích a ve státech jižní Evropy.²¹

Bismarcův model (pojišťovací model)

Zdravotnická zařízení jsou veřejná nebo soukromá. Zdravotníci a lékaři v lůžkových zařízeních jsou převážně zaměstnanci, v ambulantních zařízeních pak samostatní podnikatelé. Zdravotnictví je z větší míry hrazeno z povinného veřejného pojištění, které si platí většina populace. Zdravotní pojištění je tvořeno z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu. Přímé platby nepřekračují 15 %. Jedná se o příplatky za návštěvu lékaře, za léky, zdravotní pomůcky, pobyt v nemocnici a stomatologické výkony. Občané státu jsou registrováni u pojišťovny, kterou si vyberou. Pojišťovny jsou nestátní organizace, které spravují fondy. V některých státech se pojištění vztahuje i na rodinné příslušníky. Ambulantní zdravotnické služby mají v rukou soukromí lékaři, na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Jsou placeni kapítací nebo podle výkonu. Role profesních organizací je poměrně silná. Nemocnice jsou převážně veřejné, část nemocnic má však také komerční charakter. Fakultní nemocnice zřizuje stát. Účast státu je legislativní a kontrolní. Mezi výhody tohoto systému patří dostupnost základní zdravotní péče pro všechny, pestrá nabídka zdravotních služeb, podpora primární péče, vyhovující síť zdravotnických zařízení a návazných služeb a přiměřené náklady. Nevýhodou systému je, že poměrně velkou část finančních prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny, které se mohou dostat do finančních potíží, z nichž se dostávají jen na úkor pacienta. Značné administrativní náklady zdravotních pojišťoven mohou být spojovány s lobbismem. Důraz je kladen na kurativní péči. Tento systém je typický pro kontinentální Evropu – německy mluvící země, Francii, země Beneluxu a postkomunistické státy střední Evropy.²¹

²¹ Fousková, H.: *Systém zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich srovnání se systémem zdravotní péče v České republice*. Atestační práce. Praha, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2003, str. 7-10.

Ve výše zmíněných systémech se setkáváme, zvláště v souvislosti s ekonomickými problémy evropských zemí s pojmem sociální solidarita. Jedná se o solidaritu zdravých s nemocnými, bohatých s chudými, mladých se staršími, svobodných s rodinami s dětmi a ekonomicky aktivních s neaktivním obyvatelstvem. Na druhou stranu je morálním hazardem zbytečné čerpání finančních prostředků ze zdravotnických systémů bez ohledu na množství nákladů. WHO se snaží tomuto trendu zabránit důslednou propagační kampaní a určitými kontrolními mechanismy, které musí jednotlivé státy zabudovat do svých systémů.

Americký liberální model (tržní, pluralitní)

Zdraví je předmětem prodeje a koupě. Systém je založen na odpovědnosti každého jedince za své zdraví, a proto v něm funguje nerovný přístup k pacientům a odlišná kvalita péče. Financování zdravotnictví je založeno na soukromém pojištění a v malé míře na transferových a redistribučních veřejných programech, určených pro vybrané kategorie obyvatelstva a řešící zvláště závažná selhání trhu. Jedná se například o Medicare a Veteran's Health Administration, financované z federálních daní. Zdravotníci a lékaři mají postavení samostatného podnikatele nebo člena sdružení. Zdravotnická zařízení jsou soukromá, v menší míře veřejná. V tomto systému převládá velmi silná role profesních sdružení. Platby jsou ve 30-40 % přímé. Výhodou systému je konkurenční nabídka kvalitních služeb a nových medicínských technologií, nevýhodou pak nákladná zdravotní péče, nízká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny, nedostatečná preventivní a návazná péče, vysoký podíl administrativy. Typickým zástupcem tohoto modelu jsou Spojené státy Americké.²²

Veřejné zdravotnictví

Při studiu jednotlivých zdravotnických systémů je dnes běžné používat pojem veřejné zdravotnictví, který je anglickým ekvivalentem pojmu „public health“. Světová zdravotnická organizace WHO definuje veřejné zdravotnictví jako vědu „...jak lze organizovaným úsilím společnosti prodlužovat život, předcházet chorobám a podporovat zdraví obyvatelstva...“.²³

Toto úsilí musí být podporováno státní zdravotní politikou, která musí stanovit, co je rozumné, aby pro zdraví svých občanů zajišťoval stát. Proto nejsou uvedené typy systémů nijak fixní, ale mohou se navzájem prolínat. Současné trendy ve zdravotnictví se v jednotlivých zdravotnických systémech postupně mění z akutní péče na péči, která

²² Sedřová, R.: *Komparace systémů financování zdravotní péče v ČR a ve vybraných zemích EU*. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita Ekonomicko-správní fakulta, 2006. str. 18.

²³ Hnilicová, H., Janečková, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Portál 2009, 296 s., ISBN: 978-80-7367-592-9 srov. *Zpráva WHO 1988*.

chorobám předchází nebo alespoň oddaluje dobu jejich výskytu. Náklady na zdravotnictví v posledních dvaceti letech prudce stoupají. Příčinou je stárnutí populace, nákladné medicínské technologie a zbytečné zneužívání zdravotní péče. Snahou vyspělých států je dát do zdravotnictví 8-10 % HDP. Těžiště zdravotní péče se přesouvá z nemocnic do ambulancí, klesá počet nemocničních lůžek a počet dní hospitalizace. Je podporována primární péče praktických lékařů, kteří mají na starosti i komunitní (sociální) péči o pacienta. Ordinace praktického lékaře se má nacházet nejbližší pacientova bydliště. V rámci jednotlivých systémů zdravotnictví se prosazuje v jednotlivých státech důsledná kontrola kvality poskytovaných služeb, která je vynucena současným stavem veřejných rozpočtů států. Z liberálního systému proniká do ostatních systémů změna postavení pacienta vůči lékaři. Lékař se stává partnerem a nevnučuje pacientovi své názory, ale společně se snaží najít nejvhodnější způsoby léčby. Problém globalizace mění také pohled na celý systém zdravotnictví, který může být zasažen nějakou epidemií, pandemií nebo teroristickým útokem.

3.3. Primární péče

Primární péče je definována jako koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníka, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním, které jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Primární péče je péče komunitní na úrovni komunity, v podobě co nejvyšší úrovně pacientovy nezávislosti (samostatnosti a soběstačnosti) a kontroly nad svým životem. Klíčovým poskytovatelem primární péče je praktický nebo rodinný lékař, zdravotní sestra, sestra domácí péče. Právě zdravotní sestry mají například ve Velké Británii či Skandinávii významné kompetence.

Převažujícím modelem lékaře v primární péči ve světě je rodinný lékař. Pečuje o dospělé i dětskou populaci, zajišťuje kontrolu a prevenci, gynekologickou prevenci, antikoncepci a běžnou ambulantní gynekologii, očkování běžné úkony pediatrie, civilizační choroby a jejich prevenci, chronické nemoci a problematiku stárnutí. V rozvojových zemích lékař přebírá i jiné úkoly, které souvisejí s životní úrovní, jako je nedostatek vody, chudoba, hygiena či infekční choroby.

Koncept a definice primární péče je ve většině zemí stejný, ale existují výrazné rozdíly v organizaci, funkci a financování primární péče v různých částech Evropy i světa. V západní Evropě došlo v 60. – 70. letech a v socialistických zemích v 80. letech 20. století k prudkému rozvoji systému zdravotnictví. Projevilo se to zejména nemocničním boomem. Nemocnice byly postaveny skoro v každé komunitě, ale postupně se staly obrovskou ekonomickou zátěží. Proto se postupně ustupovalo od nadměrné hospitalizace k primární péči, která mohla šetřit finanční prostředky, ale i přinášet lepší výsledky. V některých zemích např. v Anglii, Norsku, Holandsku, Dánsku nebo ve Španělsku byl zvolen systém kontrolovaného přístupu ke specialistům, pouze na doporučení praktického lékaře – tzv. gatekeeping. Rodinní lékaři evropského typu po vzoru Spojeného Království jsou základem primární péče v bývalých anglických koloniích – USA, Kanadě, Austrálii či na Novém Zélandu. Je zde rozvinutá síť rodinných lékařů se širokými kompetencemi a systémem řízené péče. Například podíl praktických lékařů na péči o své pacienty ve spádových nemocnicích.

Naopak praktičtí lékaři v zemích Latinské Ameriky nemají dostatečnou kvalifikaci, společenskou prestiž ani odměnu za práci. Proto se země jako Argentina, Chile a Kolumbie pokoušejí o reformy zdravotnických systémů, včetně privatizace. Kubánští lékaři jsou známí po celém světě, i když nemají vyhraněné specializační programy pro praktické lékaře.

V Asii se uplatňuje v rozvoji primární péče soukromý sektor. Podle západoevropského vzoru mají vytvořena zdravotnická zařízení v Jižní Koreji, Tchaj-wanu, Hongkongu, Malajsii a Singapuru. Velký rozmach probíhá v Číně, Indonésii, Vietnamu a Filipínách.

Afrika se potýká stále s nedostatkem kvalifikovaných pracovníků a nedostatečnou a nevyhovující sítí zdravotnických zařízení. Problémy jsou spojeny zejména s AIDS, poruchami výživy, chudobou, hygienou a úmrtností v kojeneckém věku.²⁴

3.4. Způsoby financování zdravotnictví v jednotlivých zemích

3.4.1. Velká Británie

Velká Británie má v oblasti financování tzv. Beveridgův model, který byl nazván podle svého tvůrce Williama Beveridgeho, známého britského ekonoma a tvůrce sociálního systému, který se věnoval problémům nezaměstnanosti a sociálnímu pojištění v Británii mezi

²⁴ Vojtíšková, J.: *Primární péče u nás i ve světě*. Zdravotnické noviny, 2011, 60 (1), str. 3 srov. *Kvalita v primární péči. Za scénou*. Noviny o zdravotní politice a ekonomice ve zdravotnictví, 2007, 3 (16), str. 1. ISSN: 1214-7664.

světovými válkami. Byl ředitelem London School of Economics a přispěl svým programem k porážce konzervativců. V roce 1948 byl přijat labouristy zákon o Národní zdravotní službě (National Health Service – NHS). Tento systém je vysoce solidární a garantuje zdravotní péči pro veškeré obyvatelstvo. Během vývoje sice existovaly snahy (za vlády M. Thatcherové) změnit systém financování, ale tyto snahy nebyly prosazeny.

NHS platí zdravotní péči a zároveň zaměstnává většinu zdravotního personálu a lékařů. Finanční spoluúčast pacientů je nízká. Tvoří ji poplatky za recepty, kterou nejsou však vybírány od nízko příjmových skupin obyvatelstva a za léky. Stomatologické služby však bývají zpoplatněny až z 80ti procent. Soukromé zdravotnické služby, ze soukromého zdravotního pojištění, mají pouze doplňkový charakter a slouží jako alternativa pro dlouhé čekací doby za některé výkony nebo jako možnost vyššího komfortu. Výdaje v soukromém sektoru tvoří 15 – 18 %. NHS je tvořena 4 národními službami – Anglie, Walesu, Skotska a Severního Irska. Rozhodující pravomoci mají všechny čtyři konsensuálně, ale politická odpovědnost je na zemských vládách a místních samosprávách. V čele NHS stojí Státní sekretář pro zdraví a zdravotnictví (Secretary of State for Health), který odpovídá našemu ministru zdravotnictví. Na konci 90. let došlo k reformě, která oddělila primární péči o pacienta a nemocniční péči. Specializované ambulantní služby jsou poskytovány jen v ambulantních částech nemocnic, tzv. out-patient clinics. Jednotlivé typy péče jsou integrovány do tzv. NHS trustů, kde jsou sdružováni poskytovatelé primární i sekundární péče. Účelem tohoto opatření bylo decentralizovat NHS. Existuje několik typů trustů. Nejvýznamnější jsou trusty primární péče (Primary Care Trusts, PCT), které jsou zodpovědné za objednávání zdravotní péče pro populaci v určitém regionu velikosti našeho okresu. Systém fund holding, v rámci kterého jednotlivé praxe (5-6 lékařů pracujících společně) vstupují do systému jako sdružení nezávislých podnikatelů, kteří společně investují, hradí náklady a o zisk se dělí poměrným způsobem podle úvazku. Od NHS prostřednictvím PCT dostávají určitý rozpočet na zdravotnické služby, které poskytují nebo na platy personálu – lékařů, všeobecných sester, psychoterapeuta, fyzioterapeuta, manažera i recepční. Velikost i struktura týmu primární péče je dána specifickými geografickými, demografickými a epidemiologickými podmínkami regionu. Minimalizují se náklady, dodrží se vzájemná zastupitelnost lékařů a dostupnost péče o pacienty 24 hodin denně. Většina členů týmu poskytuje péči všem věkovým diagnostickým a indikačním skupinám, u kterých není nutná

hospitalizace. Dalším společným úkolem jsou preventivní programy a sledování zdravotního stavu populace v daném regionu.²⁵

Praktičtí lékaři musí stejně jako jednotlivé nemocnice zveřejňovat sérii dokumentů: roční zprávu o provedených výkonech ve srovnání se smluvními podmínkami, auditovanou roční závěrku, záměry pro další rok. Všechny tyto dokumenty musí být stále přístupné v ordinacích a jejich kopie jsou přístupné na jednotlivých úřadech. Pravidelné úřední audity se týkají správného využití prostředků a plnění jednotlivých smluv. Praktičtí lékaři mají také povinnost se řádně zabývat stížnostmi a podněty občanů.

Součástí smlouvy praktických lékařů s PCT je i odměna za vyšší kvalitu zdravotní péče, která je hlídána mnohem důkladněji než v ČR. Například limity na léky, které jsou stanovovány podle počtu a složení obyvatelstva. Úřad Prescription Pricing Authority se zabývá rozbory preskripce všech lékařů v jednom regionu. Pracuje s řadou ukazatelů a dokáže pomocí indikátorů správné preskripce odhalit, jak který lékař pracuje. Klasickým ukazatelem je podíl levných generik na celkové preskripci, indikátory správné léčby astmatu, kardiovaskulárních chorob či léčení infekcí antibiotiky. Úřad předává informace PCT a ten je s příslušným komentářem posílá jednotlivým lékařům.

Lékové limity mohou mít i nežádoucí účinky. Ve Velké Británii i v Německu občas vedou ke zvýšenému odesílání pacientů do nemocnic, lékař léčí po staru, tam kde jsou i modernější metody nebo se zbavuje nemocnějších, a tedy i nákladnějších pacientů. Proti lékovému limitu se může lékař odvolat s tím, že byl u něho proveden audit, tedy podrobné prověření správnosti a hospodárnosti léčby.²⁶

V současnosti je asi 300 PCT. Sdružují cca 29 tisíc praktických lékařů a 18 tisíc dentistů. Kromě práce praktických lékařů zajišťují i další služby sekundární péče formou dohod. Jedná se o stomatologické a farmaceutické služby, služby optiků a o poradenské telefonní linky zdraví a zdravotní péče, které řeší menší zdravotní problémy.

Primární péče je hrazena formou kapitace v kombinaci s platbou za výkon. Pacienti jsou registrováni podle místa svého bydliště a nemají volný přístup ke specializované péči. Angličtí praktičtí lékaři mají poměrně široké uplatnění. Poskytují základní gynekologickou, prenatální a poporodní péči, základní dermatologickou péči, základní výkony v oblasti ORL či chirurgie. Odpovídají i za vakcinaci a kontrolu epidemií. Praktičtí lékaři vytváří týmy

²⁵ *Organizační struktura týmů primární péče ve Velké Británii.* Zdravotnické noviny, 2000, 49 (13), str. 16 srov. Bošková, V.: *Podle legislativy ve Velké Británii je zdravotnictví otevřené veřejnosti.* Zdravotnické noviny, 2000, 49 (14), str. 4. ISSN: 1214-7664.

²⁶ Prokeš, M.: *Lékové limity v zahraničí i u nás. Regulační opatření.* Zdravotnické noviny, 2006, 55 (14), str. 12. ISSN: 1214-7664.

komunitní péče o místní obyvatelstvo. Sledují zejména kontinuitu služeb u seniorů a zdravotně postižených, která jim umožňuje zůstat co nejdéle v domácím prostředí. Celkové výdaje na zdravotní péči ve Velké Británii jsou relativně stabilní a v roce 2005 činily 8,3 % HDP.²⁷

Příjmy lékařů ve Spojeném království by se daly charakterizovat jako kombinace platu (základní příspěvek) a kapitační platby. Před rokem 2004 byl příjem lékařů ve Spojeném království založen na základním příspěvku, zvýšeným na základě, mimo jiné počtu registrovaných pacientů, charakteristik pacientů (věk, chronická onemocnění, bydliště ve znevýhodněných oblastech) a některých typů poskytovaných služeb. Existoval mírný růst příjmu podle seniority (v závislosti na počtu let registrace praktického lékaře). Po roce 2004 se příjmy navázaly na lékařskou praxi a charakteristiky pacientů na seznamu a jako takové mohou být charakterizovány jako systém kapitačních plateb.

Pro rok 1995 a 2000 byla kapitační platba založena na doporučeních Revizního orgánu odměňování lékařů a zubařů. Tato nezávislá organizace byla založena v roce 1971. Jejím úkolem bylo dávat doporučení předsedovi vlády a ministrowi zdravotnictví týkající se odměňování lékařů a zubních lékařů, kteří byli součástí národní zdravotní služby. V roce 2005 tzv. Obecná smlouva o lékařských službách zavedla tříletý kontrakt, který je sjednán mezi Britskou lékařskou asociací a Ministerstvem zdravotnictví. Základní plánovaný příjem praktického lékaře v roce 1995 měl být 43 165 £. Tato částka byla vypočítána na základě komplexního souboru příplatků, jako jsou základní příplatky podle počtu pacientů na seznamu, podle věku pacienta, deprivace platby za pacienty s bydlištěm v zanedbané oblasti, zastupování jiných lékařů, noční a naléhavé návštěvy, příplatky za senioritu, a několik preventivních činností. Plánovaná částka se může lišit od skutečné částky po uplynutí jednoho roku, proto byly v následujícím roce provedeny opravy za přeplatky a nedoplatky v předcházejícím roce. Například v roce 1995 tato oprava byla -217 £.

Skutečný průměr odměn v roce 1995 byl 42 291 £. V roce 2000 byla průměrná plánovaná úhrada 54 220 £ a skutečná odměna byla 56 406 £. Náklady praxe, včetně nákladů na automobil, telefon, pomocné zaměstnance a nájem byly odhadnuty Revizním orgánem odměňování lékařů a zubařů v letech 1995 a 2000. V roce 2005 byly náklady praxe sjednané ve Smlouvě o obecné lékařské službě.

V roce 2004 se platební systém změnil z orientace na praktického lékaře na orientaci na praxi s celkovým rozpočtem. Platba za praxi je založena na charakteristikách pacientů

²⁷ Hnilicová, H., Janečková, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Portál 2009. 296 s. ISBN: 978-80-7367-592-9.

v seznamu. Jsou provedeny úpravy podle věku a pohlaví, nemocnosti a úmrtnosti, počtu obyvatel v pečovatelských domech, obratu pacientů a dalších nákladů způsobených náklady na bydlení v oblasti s venkovským charakterem. V roce 2005 průměrná praxe s 5 500 pacienty a asi třemi praktickými lékaři na plný úvazek, s průměrnými potřebami populace a průměrnými náklady na poskytování služeb obdržela celkovou částku plateb 305 000 £, což je asi 54 £ za pacienta. Další příjem lze získat při splnění určitých požadavků na kvalitu. Jsou čtyři domény pro zlepšení kvality: klinická doména (s důrazem na některé choroby), organizační doména (mimo jiné: informace, komunikace, vzdělávání a řízení lékařské praxe), doména doplňkových služeb (screening rakoviny děložního čípku, dohled nad zdravým vývojem dítěte, péče o těhotné a služby v oblasti plánování rodičovství) a nakonec doména péče o pacienty, která sleduje, jak jsou služby poskytovány a jak jsou pacienti zapojeni do plánů rozvoje služeb. Míra, v níž je splněn ukazatel kvality, je oceněna body. V roce 2005 představoval každý bod hodnotu 120 £ při průměrném počtu pacientů. Maximální počet bodů, který lze získat, je 1 050. Podle nové smlouvy jsou bohatě kompenzovány investice praktických lékařů do výpočetní techniky.

Ve Velké Británii obdrží praktičtí lékaři 5% dodatečný příspěvek na důchod a přispívají 6 % z vlastních příjmů (důchodové příspěvky nejsou zahrnuty v údajích o příjmech anglických praktických lékařů; tyto důchodové příjmy by zvýšily celkové příjmy o 6 234 £).²⁸

3.4.2. Dánsko

Počátkem 70. let 20. století byl v Dánsku změněn systém zdravotního a sociálního pojištění podle vzoru Velké Británie. V roce 1973 vznikla Národní zdravotní služba, která tvoří jediný systém, který zabezpečuje zdravotní pojištění zcela financované z daňových příjmů. Souběžně bylo sloučeno všech doposud fungujících 13 zdravotních pojišťoven v jednu nekomerční zdravotní pojišťovnu Danmark Sygeforsikring, která má za úkol hradit tu péči, která není hrazena Národní zdravotní službou. Tímto opatřením se zajistil pro všechny rovný přístup ke zdravotní péči.

Zdravotní péče je v Dánsku silně decentralizována na třech úrovních: národní, regionální a místní. Národní úroveň je zajištěna ministerstvem zdravotnictví, zejména na úrovni legislativy

²⁸ Kroneman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009, 9 (26) Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> z 17.4.2012 srov. Boyle, S.: *United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011*, 13 (1), str. 1-486 dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

a kontroly. Ministerstvo je zřizovatelem národních univerzitních nemocnic, agentury pro potravinářské výrobky, etické rady, dánské rady proti kouření, rady řešící stížnosti pacientů apod. Na regionální úrovni jednotlivé regiony nesou odpovědnost za financování primární i sekundární péče. Jednotlivé rady regionů odpovídají za programy zaměřené na podporu zdraví. Na místní úrovni odpovídají místní rady za poskytování domácí péče, dětské dentální péče, školní zdravotní péče a péče o seniory.

Národní zdravotní služba nabízí dva druhy pojištění. Děti jsou evidováni v typu pojištění jako jejich rodiče. Většina obyvatelstva je v systému, kdy se musí zaregistrovat u jednoho praktického lékaře. Tuto registraci mohou změnit jednou za rok. U tohoto praktického lékaře mají nárok na bezplatnou zdravotní péči, odborného lékaře mohou kontaktovat jen na základě doporučení praktického lékaře. Hospitalizace v nemocnici je rovněž bezplatná na základě doporučení. Kolem 3 % obyvatel je registrováno v systému, kde má svobodu volby praktického i odborného lékaře. Za to však musí platit poplatky, které platí za první skupinu Národní zdravotní služba.

Nekomerční zdravotní pojišťovna Danmark Sygeforsikring nabízí doplňkové služby. V Dánsku existují ještě komerční pojišťovny, které poskytují komerční pojištění na léky, stomatologickou péči, poplatky v soukromých nemocnicích.

Primární péče tvoří základ celého systému. Praktičtí lékaři jsou prvními, se kterými se pacient setká. Provádějí další odborná vyšetření jako EKG, gynekologická a oční vyšetření. Tím se ušetří část nákladů určených pro specialisty a nemocnice. Pacient má přístup k odborným lékařům přes svého praktika. Návštěva stomatologa je svobodnou volbou pacienta.

Financování zdravotnictví je placeno z daňového systému z přímých plateb obyvatelstva. Praktičtí lékaři jsou soukromými lékaři, kteří jsou organizováni v asociacích, které vyjednávají se zástupci Národní zdravotní služby. Výsledkem jsou dohody o cenách služeb a jednotlivých výkonech. Praktičtí lékaři jsou placeni podle počtu svých pacientů a podle provedených výkonů – kombinovanou kapitačně výkonovou platbou. Odborní lékaři jsou placeni podle výkonu. Platba nemocnicím je zajištěna prostřednictvím Národní zdravotní služby. Nemocnice jsou spravovány regiony. Celkové výdaje na dánské zdravotnictví odpovídají 8,3 % HDP.

V Dánsku odvozují praktičtí lékaři své příjmy z kapitační platby, která činí třetinu až polovinu jejich příjmů, a z plateb za poskytované služby (konzultace, vyšetření, operace atd.).

Pro příjem dánských lékařů byly k dispozici dva zdroje: Jeden zdroj dat pochází z Amtsrådsforeningen (ARF). Z údajů ARF byla k dispozici data za rok 1996, 2000 a 2004.

ARF dodalo údaje o celkových příjmech praktických lékařů a nákladech praxe. Praktičtí lékaři musí platit své vlastní důchody a sociální příspěvky a totéž také za své zaměstnance. V Dánsku v letech 2002-2004 byly zavedeny zdravotní preventivní prohlídky (podpůrné konzultace). V roce 2005 lékaři provedli 130 000 těchto konzultací.

Dalším zdrojem dat byla organizace Praktiserende Lægers (PLO), dánská Organizace ambulantních lékařů. Z PLO byly k dispozici údaje za rok 1997 a 2003. PLO poskytla údaje o sazbách plateb a počtu služeb na obyvatele.²⁹

3.4.3. Německo

Německý zdravotní systém je založen na povinném zdravotním pojištění, které se týká asi 75 % obyvatelstva a pojištění soukromého, které má pouze doplňkovou funkci. Využívá ho pouze 10 % obyvatelstva. V Německu je kolem 300 pojišťoven. Existují jak veřejnoprávní pojišťovny, tak pojišťovny soukromé. Veřejnoprávní pojišťovny jsou odvětvové, podnikové nebo regionální. Výše pojistného se může u různých pojišťoven lišit. Je v limitu mezi 9-15 %. V průměru činí asi 14 %. Pojištění je realizováno přes zdravotní pojišťovnu. Poplatky za zdravotní péči a služby jsou stanoveny mezi pojišťovnou a lékaři smluvně. Povinné zdravotní pojištění se vztahuje na ty pojištěnce, kteří nepřesáhli příjem 46 000 € na osobu a rok. Zdravotní pojištění se týká i rodinných příslušníků – nezletilých dětí, manželky (pokud její příjem nepřesáhl 325 € za měsíc³⁰). Lidé s nižšími příjmy do 630 € neplatí zdravotní pojištění z příjmu. Za ně platí pouze zaměstnavatel nebo u nezaměstnaných stát, prostřednictvím Spolkového úřadu práce. Spoluúčast pacientů je dána tzv. hranicí zatížení, která nesmí přesáhnout 2 % hrubé mzdy a u chroniků 1 % hrubé mzdy. Od poplatků jsou osvobozeni děti a studenti do 19 let. Jsou zvýhodněny rodiny s dětmi a účastníci preventivních programů pojišťoven, kteří mohou navíc získat určitý bonus. Poplatek činí 10 € za den, maximálně pacienti zaplatí jen 280 € za rok. Poplatky se plať za předpis léků, za pobyt v nemocnici a za přepravu do nemocnice a za lázně. Zvýšila se spoluúčast v oblasti stomatologie. Pojišťovny hradí pevné paušály za daný výkon a zbytek si hradí pacient. Například pojišťovna hradí dvě

²⁹ Kroneman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009, 9 (26) Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country revised. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> z 17.4.2012 srov. Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M. B., Vallgarda, S.: *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*, 2007. 9 (6), str. 1-164. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

³⁰ údaje jsou z roku 2008.

preventivní prohlídky u zubaře za rok. Pojišťovny dále proplácí nemocenskou, mateřskou a pohřebné.

Německý zdravotnický systém je administrativně velmi složitý. Velkou roli hraje regulační role státu, jehož součástí je také vyjednávání mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami.

Nová verze bodovacího systému pojišťoven vychází ze zákona z roku 2005. Jedná se o ohodnocení lékařských výkonů, který začal důsledně rozlišovat výkony praktiků od odborných lékařů a rozdílně hodnotit práci samotného lékaře a práci přístrojů. Byl zaveden pojem výkonový komplex, kde byl zaveden statisticky zprůměrovaný čas pro určitý výkon. Pokud by lékař vykázal 10 celkových vyšetření a ještě 10 návštěv pacientů, počítačový systém pozná, že by musel pracovat více než 14 hodin denně. Za tyto prohrašky dává pojišťovna sankce, body navíc jsou mu propláceny s nižší hodnotou. Hodnota bodu se pohybuje kolem 5 centů. Po složitých jednáních se došlo ke stanovení orientačního čísla 77,9 centů za minutu práce.³¹

Primární péče je poskytována ambulantně, formou nezávislých soukromých praxí. Jestliže tito lékaři chtějí léčit tzv. na pojišťovnu, musí se sdružit do regionálních či zemských spolků poradenských lékařů. Tyto spolky disponují velkými pravomocemi – povolují nové lékařské praxe, zajišťují pohotovost, přímo zasahují do činnosti jednotlivých lékařů. Ambulantní lékaři jsou placeni za výkon. Spolky lékařů každoročně domlouvají rozpočet, který dostanou jejich ambulantní lékaři od zdravotní pojišťovny.

V Německu je podrobně rozpracována tzv. rodinná péče formou smlouvy, která je dohodnutá mezi svazy pojišťoven a zástupci smluvních lékařů. Tito lékaři musí vycházet z kompetencí oborů praktické medicíny, vnitřního lékařství a dětského lékařství. Rodinní lékaři mají postavení praktických lékařů v rámci oboru všeobecné lékařství. Do roku 1995 se na rodinné péči mohli podílet i internisté a pediatři. Po roce 1995 se však museli rozhodnout, zda se budou věnovat výhradně rodinné či odborné péči. Podle smlouvy musí být povinně vypracována struktura rodinné péče, vymezení jejich hranic vůči péči odborné, odměna za péči a pravidla dalšího vzdělávání lékařů. Na rozdíl od České republiky, kde pojišťovny nasmlouvají až výsledek iniciativy Lékařské komory a Institutu postgraduálního vzdělávání – licence jsou u nás lékařům udělovány bez vlivu pojišťoven – v Německu mohou pojišťovny ovlivnit způsob nabývání kvalifikace, korigovat kompetence smluvních lékařů a ověřovat i po uzavření smlouvy kvalitu lékařů.

³¹ Zemek, R.: *Německé zdravotní pojištění 1. díl*. Zdravotnické noviny, 2005, 54 (26), str. 20. ISSN 1214-7664.

Obsahem péče německých rodinných lékařů je preventivní ochrana zdraví, rozpoznání a léčení nemoci, rehabilitace a doplňující léčebná, sociální a psychická pomoc nemocným. Rodinní lékaři spolupracují s odbornými lékaři, aby včas zabezpečili navazující lékařské úkony a jsou odpovědní za komplexní zajištění léčby. Zajišťují pohotovost v bytě, péči mimo ordinační dobu, mají za úkol pravidelně navštěvovat imobilní pacienty v domácnosti, poskytovat první pomoc a dohlížet na životní a sociální prostředí pacientů. Zapojují jiné odborné lékaře do léčebných postupů a pečovatelských výkonů. Odpovídají nejen za kvalitativní a návaznou péči, ale i za hospodárnost poskytnutých výkonů a služeb. Například mají dohlížet, aby se nepřekrývaly úkony zdravotní sestry a pečovatelky v domácnosti pacienta či aby se neopakovala stejná vyšetření u různých ambulantních nebo nemocničních odborných lékařů. Rodinný lékař se musí také umět vyjádřit k případnému samoléčitelství pacienta, životosprávě a k jeho škodlivým návykům. Spolupracuje se svépomocnými organizacemi, nadacemi a dalšími občanskými sdruženími, které pomáhají nemocným. Dokumentaci pacientů jim předává jen se souhlasem pacienta. Rodinný lékař pracuje na základě seznamu povolených výkonů v rámci sazebníku. Některé výkony jsou však z rodinné péče vyloučeny a patří pod péči specialistů.

Úhrada rodinné péče se řídí tzv. Jednotným ceníkem smluvních lékařských výkonů. Součástí úhrady je i odměna za vedení komplexní dokumentace a za koordinaci navazující péče a služeb. Kalkulace se váže na průměrné náklady jednoho ošetřeného případu.

Provozní náklady veřejných nemocnic jsou placeny z fondu nemocenského pojištění, investiční výdaje jsou hrazeny přímo z rozpočtu spolkových zemí. Při úhradě nemocniční péče se používá platba za diagnózu – paušál za hospitalizovaného pacienta podle diagnózy. Německé nemocnice si nemohou dovolit žádnou nehospodárnost, protože celý systém je velmi přísně kontrolován zdravotními pojišťovnami i zemskými vládami. Poslední dobou se vyskytují problémy se sociálně znevýhodněnými občany – nezaměstnanými a cizinci. V rámci EU jsou náklady do zdravotnictví jedny z nejvyšších – přesahují 10 % HDP³². Německý systém odměňování lze charakterizovat jako systém plateb za službu.

Platba ambulantních lékařů (jak praktických lékařů, tak specialistů) je dvoustupňový proces. Nejdříve zdravotní pojišťovny (nemocenské pokladny) zaplatí celkovou výši plateb sdružením lékařů ve formě sjednaných kapitálních plateb za každého člena (pojištěnou osobu) pojišťovny. Tyto sjednané rozpočty jsou rozděleny mezi členy lékařských sdružení podle jednotného žebříčku hodnot poskytovaných služeb. Tato stupnice obsahuje všechny

³² Hnilicová, H., Janečková, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Portál 2009. 296 s. ISBN: 978-80-7367-592-9.

služby, které mohou být poskytovány lékaři za úplatu v rámci zákonného systému zdravotního pojištění. Každá z těchto služeb má určitou hodnotu. Lékaři fakturují každé čtvrtletí svým sdružením podle celkového počtu bodů. Celkový vyjednaný rozpočet se vydělí celkovým počtem bodů. Peněžní hodnota bodu je pak použita pro výpočet čtvrtletní odměny lékařů. Od roku 1997 do roku 2003 byl počet hrazených bodů na jednoho pacienta omezen. V roce 2002 již bylo 116 065 lékařů připojeno do systému sociálního zdravotního pojištění (SHI), z nichž 51 % pracovalo jako praktičtí lékaři. Přibližně 88 % německého obyvatelstva je zdravotně pojištěno. V roce 2007 byl systém odměňování změněn na systém sjednaných objemů služeb orientovaných na hustotu výskytu nemocí.

V Německu zveřejňuje Ústřední ústav pro péči praktických lékařů (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)) pravidelně analýzu struktury nákladů (Kostenstrukturanalyse). Údaje jsou založeny na daňových přiznáních reprezentativního vzorku lékařů z národního registru. Náhrady lékařů obsahují náklady na praxe, které činí přibližně 57 % z celkové odměny (57,5 % v západním Německu a 56,1 % ve východním Německu v roce 2001). Náklady praxí se skládají z nákladů na personál, kancelář, zdravotnickou techniku a materiálů na jedno použití. Němečtí lékaři pracují více než 55 hodin týdně. To je více než člověk, který pracuje na plný úvazek v Německu ve veřejném sektoru.³³

3.4.4. Rakousko

Základem pro dnešní zdravotní systém Rakouska se stal německý systém. Zdravotní pojištění je součástí sociálního pojištění, které je povinné. Existuje zde 27 pojišťovacích fondů, které jsou rozděleny podle území a profesí. Pojištěnec si svůj fond nemůže sám vybrat. Výše pojištění se pohybuje v rozmezí 6,4 – 9,1 % hrubé mzdy podle typu fondu. Zaměstnavatel přispívá asi polovinou z této částky svému zaměstnanci. Pojištěnci platí spoluúčasť ve výšce 20 %. Jedná se o koupení poukazu, který opravňuje k návštěvě smluvního lékaře. Doba platnosti poukazu je maximálně 3 měsíce. Na základě poukazu, který obdrží pacient od své pojišťovny si může vybrat svého praktického lékaře, který ho pak pošle dále za specialistou. Maximální částka spoluúčasti je stanovena na 72,67 € ročně. U nesmluvního lékaře pacient zaplatí v ordinaci celou částku, která je mu pak pojišťovnou proplacena do výše

³³ Kroneman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009, 9 (26). Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country revised. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> z 17.4.2012 srov. Busse, R., Riesberg, A.: *Germany. Health system review. Health Systems in Transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, str. 1-234. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

80 %. Připlácí se ještě za nemocniční péči 8 € denně, na lázně, rehabilitaci a na předpis léků ve výši 4,25 €. Soukromé pojištění má 40 % obyvatel. Většinou se za něj platí nadstandard v nemocnici nebo stomatologické výlohy.

Primární zdravotní péče je poskytována soukromými praktickými lékaři a ambulantními lékaři – specialisty. Ordinance jsou v soukromých zařízeních nebo v ambulantních odděleních nemocnic, které ještě poskytují záchrannou službu a preventivní péči. Lékaři jsou placeni jak kapitálními platbami, tak za výkony, tak jak si to jednotlivé pojišťovací fondy v regionu domluví.

Nemocniční péče se řídí Plánem nemocnic, který upravuje počet lůžek dle potřeb. Platba od pojišťovacího fondu vychází z paušálu podle výkonu a z diagnózy, které odpovídá příslušná doba v nemocnici. Pro jeho zavedení se musela do nemocnic zavést jednotná normovaná zdravotní dokumentace podle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO. Podíl celkových výdajů do zdravotnictví je asi 7,7 % HDP.³⁴

3.4.5. Švýcarsko

Švýcarský sociální a zdravotní systém vychází z německého systému zdravotní péče, v kterém dominantní roli hrají kantony. Pojišťovny, nemocnice i lékaři se sdružují v asociacích. Zdravotnictví je financováno prostřednictvím povinného zdravotního pojištění, daní a přímých plateb. Všechny pojišťovny jsou sdruženy do Asociace švýcarských zdravotních pojišťoven. Dnes je na území Švýcarska přes 100 pojišťoven. Pojištěnec si může svou pojišťovnu svobodně vybrat a může ji změnit 2x ročně. Výši pojistného si každá pojišťovna vypočítává z předpokládaných nákladů. Pojistné je fixní, bez ohledu na výši příjmu a době pojištění a individuální. Spoluúčast pacienta a přímé platby jsou poměrně vysoké. Každý pojištěnec, vyjma dětí a mladistvých do 18 let, u některých pojišťoven do 25 let, platí tzv. fixní částku, která se připočítává k pojištění. Čím je nižší fixní částka, tím je nižší pojištění u dané pojišťovny. Občané dále doplácí 10 % na všechny služby, které mají v rámci povinného pojištění. Horní limit čítá 600 CHF, u dětí 300 CHF. Dále doplácí na

³⁴ Kroneman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009. 9 (26) Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country revised. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> z 17.4.2012 srov. Hofmarcher, M. M., Rack, H. M.: *Health system review. Health Systems in Transition*. 2006, 8 (3), str. 1-247. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

dopravu do nemocnice a nemocniční péči. Soukromé pojištění je doplňkové pojištění a hraří např. nadstandard v nemocnici.³⁵

Praktičtí a ambulantní lékaři jsou převážně soukromí a jsou organizováni v lékařských asociacích, které mají právo vyjednávat s asociacemi pojišťoven. Členství v asociacích však není povinné. Jsou placeni převážně za výkon. Hodnoty bodů se stanovují 1x ročně a jsou schvalovány radou konfederace. Pacienti si mohou vybrat svého praktického i ambulantního lékaře v rámci kantonu.³⁶

V roce 2012 byl v některých kantonech Švýcarské konfederace zaveden systém řízené péče Delta, který má pomoci řešit problémy stárnutí populace, nedostatku zdravotnického personálu, nedůvěry pojišťoven vůči poskytovatelům. Systém by měl lépe reagovat na měnící se požadavky pacientů – vyšetření v mimopracovní době, v domácnosti nebo bez objednání. Řízená péče Delta je spojena s kurativou a koordinuje postupy jdoucí od pacienta přes praktika, lékárnou, nemocnici a domácí péči. Uvedený systém prosazuje kolektivní praxi – medicínská centra pod jednou střechou – praktici, specialisté, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, diabetologové a homeopati. Tento systém nám může připomínat naše polikliniky.³⁷

Nemocniční péče je hrazena podle počtu ošetrovacích dnů. Zdravotní pojišťovny stanoví paušál, který je výsledkem jednání mezi nimi a nemocnicemi. Kantony pak financují pojišťovnam kapitálové náklady a 50 % provozních nákladů. Celkové výdaje Švýcarska do zdravotnictví činily 11,2 % HDP.

3.4.6. Belgie

Belgický systém zdravotní péče je založen na principu sociálního pojištění charakterizovaného solidaritou mezi bohatými a chudými, zdravými a nemocnými. Organizace zdravotních služeb umožňuje lékaři terapeutickou svobodu, pacientům svobodu volby a odměny založené na platbách za služby. Téměř celá populace (více než 99 %) je pojištěna v širokém rozsahu. Služby, které jsou zahrnuty do povinného zdravotního pojištění, jsou popsány v celostátně stanoveném plánu plateb (více než 8 000 položek). Služby, které

³⁵ *Switzerland. Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Care Systems. 2000, str. 1-82. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

³⁶ Konšťacký, S.: *Řízená péče z pohledu švýcarských kolegů: ano či ne?* Medical Tribune, 2010, 6 (16), str. 2. ISSN: 1214-8911.

³⁷ Konšťacký, S.: *Řízená péče z pohledu švýcarských kolegů: ano či ne?* Medical Tribune, 2010, 6 (16), str. 2. ISSN: 1214-8911.

nejsou zahrnuty do plánu plateb, nejsou hrazeny. Financování je založeno na progresivním přímém zdanění, proporcionálních příspěvcích na sociální zabezpečení podle příjmů a alternativním financování ze spotřeby zboží a služeb (daň z přidané hodnoty). Přibližně 20 % z celkových výdajů na zdravotní péči je hrazeno pacienty prostřednictvím oficiální spoluúčasti, doplňkových a nenárokových lékařských úkonů, léků a přístrojů. Spoluúčasti jsou stejné pro všechny s výjimkou lidí s preferenčními úhradami.

Rozhodování v belgickém systému zdravotnictví spočívá v jednání mezi několika zúčastněnými stranami. Obecné politické záležitosti týkající se zdravotního pojištění a veřejného zdravotního rozpočtu rozhodují zástupci vlády a zdravotních fondů, ale také zástupci zaměstnavatelů, zaměstnanců a samostatně výdělečně činných osob. Důležitá část systému zdravotnictví je také regulována národními smlouvami a dohodami mezi zástupci poskytovatelů zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami.

V Belgii je odpovědnost za zdravotní politiku rozdělena mezi federální úroveň a podřízené subjekty (kraje a obce). Federální úroveň je odpovědná za regulaci a financování povinného zdravotního pojištění; stanovení akreditačních kritérií (tj. minimálních norem pro nemocniční služby), financování nemocničních rozpočtů a nákladných lékařských zařízení (například CT a MR skenery); právní předpisy týkající se odborných kvalifikací; a registrace léčiv a regulace jejich cen. Na úrovni samosprávných celků (kraje a obce) jsou vlády zodpovědné za podporu zdraví a prevenci, mateřství a služby zajišťující zdraví dětí, různé aspekty péče o seniory, domácí péči, koordinaci a spolupráci v rámci primární zdravotní péče a paliativní péče, dodržování akreditačních standardů a stanovení dalších akreditačních kritérií a financování investic nemocnic. Pro usnadnění spolupráce mezi federální úrovní a vládami krajů a obcí jsou pravidelně organizovány meziresortní konference. Povinné zdravotní pojištění je organizováno prostřednictvím šesti soukromých, neziskových národních sdružení nemocenských pojišťoven a jednoho veřejného vnitrostátního sdružení nemocenských pokladen. Hlavní odpovědností nemocenských fondů je uhradit dávky za zdravotní služby a zastupovat své členy v Národním Institutu pro zdraví a zdravotní pojištění (NIHDI-RIZIV-INAMI).

Od roku 1995 byly belgické nemocenské fondy učiněny více finančně odpovědnými za výdaje svých pojištěnců. Soukromé ziskové zdravotní pojišťovny představují pouze malou část nepovinného zdravotního pojištění na trhu.

Zdravotní péče je poskytována veřejnými zdravotnickými zařízeními, nezávislými ambulantními odborníky, nezávislými lékárníky, nemocnicemi a zvláštními zařízeními pro seniory. Nemocniční péče je poskytována buď soukromými neziskovými, nebo veřejnými

nemocnicemi. Většina lékařských specialistů pracuje samostatně v nemocnicích nebo v soukromých ambulantních praxích.

Praktičtí lékaři poskytují ambulantní nebo primární péči. Praktický lékař v Belgii léčí společně děti i dospělé. Jejich práce má geriatrický charakter, protože mnoho seniorů žije v systému domovů důchodců. Naopak cizinci – senioři dožívají v kruhu rodiny. Praktici dále léčí diabetes, podílí se na diagnostikování raných stádií deprese a mají na starosti prevenci alkoholismu a předcházení automobilových havárií.³⁸

Platební mechanismy jsou prováděny hlavně jako platby za službu. Existují dva systémy plateb:

- 1) přímá platba, kde pacient platí za celkové náklady na služby, a pak dostane náhradu z nemocenského fondu za část nákladů;
- 2) systém placení třetí strany, kde zdravotní fond platí přímo poskytovateli a pacient je odpovědný pouze za zaplacení všech spoluúčastí, doplňků a nehrazených služeb. Výše náhrady závisí na typu poskytované služby a stavu pacienta.

Obecně platí, že systém přímých plateb se vztahuje na ambulantní péči a systém placení třetí strany se vztahuje na nemocniční péči a léčiva.

Praktičtí lékaři v Belgii jsou odměňováni na základě platby za službu. Platby jsou výsledkem jednání mezi Výborem nemocenských fondů a lékaři. Platby vyžadují schválení ministra sociálních věcí. Kromě toho většina lékařů musí s výší plateb souhlasit. Platby jsou obvykle stanoveny na dva roky. Lékaři mohou účtovat více než sjednané platby, ale riskují odebrání praxe, pokud účtují nad stanovenou úroveň.

Dle údajů ASGB (AlgemeenSyndicaat van Geneeskundigen van Belgie – Belgické sdružení lékařů) se předpokládá, že 1,5 hodiny denně vynakládá praktický lékař na činnosti nevázané na pacienty, jako je vzdělávání, schůzky a studium literatury. Zbývá 6,5 hodiny na pacienta, z nichž je 70 % počítáno na kontakty s pacientem v ordinaci lékaře a 30 % na domácí návštěvy. Průměrná doba trvání kontaktu v ordinaci je 20 minut, délka domácí návštěvy je 30 minut. Z toho vyplývá 20 domácích návštěv a 68 konzultací v ordinaci týdně. Měsíčně vychází 80 domácích návštěv a 272 konzultací v ordinaci. Na základě průměru 4,5 kontaktů na osobu za rok, bude praktický lékař pracující na plný úvazek obsluhovat 860 pacientů. Lékař dostává zvýšené platby, pokud má pacienty nad 50 let zapsané ve své dokumentaci.

³⁸ *Belgický praktik: pro cizince mám předkladatelku.* Lékařské listy, 2004. 4 (1), str. 4. ISSN: 0044-1996.

Předpokládá se, že 25 % pacientů starších než 50 let a 60 % z těchto pacientů je vedeno v dokumentaci praktického lékaře.³⁹

Poznámka:

Autor si dovoluje upozornit na nepravděpodobnost výpočtu ASGB, neboť v Belgii je v průměru 479 obyvatel na jednoho praktického lékaře (10 251 250 obyvatel a 21 415 praktických lékařů v roce 2000 (Zdroj: OECD Health Data file 2005).

3.4.7. Nizozemí

Původní systém zdravotní péče fungoval na charitativním základě a na systému dobrovolných neziskových organizací. Pozůstatkem tohoto systému je velké množství soukromých nemocnic a důraz na soukromé pojištění. Zdravotní pojišťovny mohly odmítat pojistit občany s vyšším individuálním rizikem. V dřívějším systému zdravotní péče mohly požadovat od těchto pacientů vyšší pojistné. Existovaly speciální pojistky pro určité skupiny obyvatel – pro státní zaměstnance či důchodce.

V roce 2006 nizozemská vláda uskutečnila reformu zdravotnictví, která měla omezit růst nákladů, způsobených rozvojem medicínských technologií a stárnutím populace. Snažila se o zvýšení efektivity vynaložených nákladů a rozšíření konkurence mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními.

Zdravotnictví je hrazeno z národního veřejného i soukromého pojištění. Národní pojištění mají všichni obyvatelé Nizozemí a činí asi 14 % ze zdanitelného příjmu. Z tohoto pojištění se platí zvlášť nákladná léčba, která nemůže být kryta jedinci. Jedná se o dlouhodobou léčbu, péči o zdravotně handicapované občany, domácí péči apod. Povinné veřejné zdravotní pojištění platí zaměstnanci, státní úředníci a policisté v rozsahu 1,25 % příjmu, jejich zaměstnavatelé za ně odvádí 6,75 %. Celkově se jedná o sumu 8 %. Doplnkové zdravotní pojištění si platí ti, kteří chtějí mít hrazenou stomatologickou péči, brýle, alternativní léčbu i nadstandard v nemocnici.

³⁹ Kronenman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009. 9 (26) Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country revised. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> z 17.4.2012, srov. Gerkens, S., Merkur, S.: *Belgium: Health system review. Health Systems in Transition*, 2010. 12 (5), str. 1-266. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who.int/en/>> z 17.4.2012.

Spoluúčast pacienta činí maximálně 1,6 € měsíčně. Zohledňuje se i sociální postavení pacienta, jeho stav, počet dětí, věk. Je zajímavé, že v rámci spoluúčasti si jen připlatíte na plastické operace, ortopedickou obuv, naslouchátka a paruky.

Primární péče je poskytována formou rodinných lékařů, kteří léčí přes 90 % všech obtíží svých pacientů. Praktičtí lékaři musí být k dispozici 24 hodin denně. Asi čtvrtina všech návštěv se odehrává přímo doma u pacienta. Jedna ordinace má v průměru 2 300 pacientů. Většina praktických lékařů má zřízeny soukromé ordinace. Jsou placeni formou kapitačních plateb nebo u soukromě pojištěných pacientů za výkon. Vyšetření specialistou jsou dostupná pouze na základě doporučení praktického lékaře, tzv. gatekeepingu.

Nemocniční péče je založena na síti převážně privátních nemocnic, které jsou financovány retrospektivně na základě ročního rozpočtu – vybavení, investic, počtu obyvatel v místě působení nemocnice, podle počtu lůžek a specializací, podle počtu přijetí, podle dnů hospitalizace. Na státní úrovni je vypracován Plán nemocnic, který určuje počty a strukturu nemocnic, počty lůžek. Celkové výdaje na zdravotní péči činily 9,1 % HDP.

Až do roku 2006 byl v Nizozemsku systém odměňování z kombinace kapitační platby (pro veřejně pojištěné pacienty) a platby za provedenou službu (pro soukromě pojištěné pacienty).

Oba typy odměňování byly vyjednávány s Ústředním úřadem tarifů ve zdravotní péči (College Tarieven Gezondheidszorg), Zorgautoriteit (CTG). V Nizozemí je založen příjem praktického lékaře na tzv. normativní praxi (norm praktijk), která teoreticky zahrnuje 2 350 pacientů.⁴⁰ Ve skutečnosti se příjmy mohou od této normy lišit.

3.4.8. Francie

Občané Francie musí být povinně zdravotně pojištěni u nějaké zdravotní pojišťovny. Francouzské zdravotní pojištění je tvořeno třemi základními veřejnými pojistnými programy. Všeobecný (mají ho 4 z 5ti občanů), zemědělský program pro farmáře a zemědělské dělníky, sociální program pro podnikatele a svobodná povolání. Vedle veřejných programů existují ještě speciální pojistné programy pro zaměstnance železnic, námořníky, úředníky. Zdravotní pojišťovny jsou rozděleny podle profesí a podle místa bydliště.

⁴⁰ Kroneman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009. 9 (26) Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country revised. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> srov. Schafer, W., Kroneman, M., Boerma, W.: *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition*. 2010, 12 (1), str. 1-229. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

Francie má zaveden komplexní demografický vyrovnávací systém dotací pojišťoven, které mají deficit. V roce 1999 se zavedl univerzální systém pojištění na základě trvalého a pravidelného pobytu. Výše příspěvků se odvozuje od hrubého platu. Necelých 6 % platí zaměstnanec, kolem 13 % pak platí zaměstnavatel. Poplatky za zdravotní péči a služby jsou stanoveny mezi poskytovateli a pojišťovnou smluvně. Finanční spoluúčast pacientů se týká zejména ambulantních služeb. Lékaři účtují pacientům provedený ambulantní výkon, který je jim zaplacen přímo v ordinaci. Pacient pak jde s vystaveným účtem do své pojišťovny, která jim účet částečně proplatí. Asi 25 % si hradí přímo pacient. Od spoluúčasti jsou osvobozeni pacienti s vybranou chronickou chorobou, těhotné ženy, oběti pracovního úrazu, váleční vysloužilci apod. Pacienti si mohou platit také soukromé pojištění. Základní zdravotní pojištění pokrývá náklady nejen na léčbu, ale i na vyplácení nemocenských dávek.

Pacienti mají svobodnou volbu praktického lékaře i specialisty. Většina praktiků poskytuje pacientům rozšířené služby, které jsou v jiných zemích výsadou odborných lékařů. Asi 10 % praktických lékařů je jen vstupní „branou“ k odborníkovi. Tato skupina primárních lékařů je placena podle kapitace nikoliv podle výkonu. Ostatní praktičtí lékaři jsou placeni podle výkonu. Cenu své práce si vyjednávají prostřednictvím svých zástupců – lékaři s pojišťovnami, a to zvlášť praktičtí lékaři a zvlášť specialisté. Soukromí lékaři jsou placeni podle výkonu v nemocnicích, kde mohou mít pronajaty určité prostory nebo mohou pracovat také jako zaměstnanci. Proplácení úkonů lékařů se dělí podle toho, v jakém sektoru působí. Buď podle sazebníku nebo si mohou účtovat zvláštní poplatky. Praktičtí a ambulantní lékaři jsou nezávislí, se soukromými praxemi, mají uzavřené smlouvy s pojišťovnami, které mají charakter veřejné zakázky. V roce 2012 je stanovena minimální cena práce praktického lékaře na 23 € za hodinu. Lékaři specialisté si mohou stanovit i vyšší ceny, než jsou dohodnuté, ale cenový rozdíl jim pojišťovna nezaplatí.⁴¹

Nemocnice jsou ze 70 % veřejné a z 30 % soukromé. Veřejné jsou financovány z veřejných rozpočtů. Lékaři a zdravotnický personál jsou zaměstnanci. Soukromé nemocnice poskytují také péči, která je hrazena pojišťovnou, ale jejich služby jsou dražší. Pacient si proto doplácí rozdíl. Privátní nemocnice poskytují pacientům jen určité výkony, které jsou pro ně výhodnější.

V roce 2000 bylo v rámci WHO hodnoceno francouzské zdravotnictví z hlediska dosažení cílů zdravotní politiky státu jako nejlepší na světě. V roce 2009 bylo hodnoceno podle posledního nezávislého spotřebitelského měření – Euro Health Customer Index – na 7. místě

⁴¹ *Financování zdravotnictví ve Francii*. Tempus Medicorum, 2012, 21 (6), str. 31. ISSN: 1214-7524.

z 33 hodnocených zemí. Česká republika se umístila na 17 místě. Žebříček je sestavován na základě hodnocení 38 parametrů rozdělených do těchto oblastí: úspěšnost léčby, práva pacientů a jejich vymahatelnost, e-health – elektronizace zdravotnictví, čekací doby na plánovaná vyšetření a léčbu, rozsah poskytované zdravotní péče a dostupnost pro každého, dostupnost moderních léků a technologií.⁴² Francie vydává na zdravotnictví 9,2 % HDP.

Praktičtí lékaři ve Francii jsou především placeni platbami za služby. Pokud jde o tarify, jsou všichni praktičtí lékaři vázáni celonárodními dohodami mezi lékaři (praktičtí lékaři a specialisté dohromady), odbory a zdravotními pojišťovny, které jsou platné na dobu čtyř až pěti let. Poslední autorovi známá dohoda byla podepsána v lednu 2005 a zahrnuje roční cílové výdaje (z hlediska meziročního tempa růstu) na platby za nemocenské a předepisování léků (antibiotika, statiny atd.). Obecné zvýšení sazeb je závislé na tom, zda se tyto cíle podaří splnit. Francouzští lékaři jsou povinni účtovat oficiální platby.⁴³

3.4.9. Spojené státy Americké

Spojené státy americké, jako jediná z rozvinutých zemí světa, nemá zavedený zdravotnický systém, který by každému občanovi garantoval právo na základní zdravotní péči. Systém je tak plně založen na individuální odpovědnosti občanů. Státní zdravotní programy garantují zdravotní péči pouze pro některé skupiny obyvatel a to formou státních zdravotnických programů, které se týkají zejména důchodců nad 65 let a chudých lidí, tj. těch, jejichž příjem nedosahuje oficiálně stanovené hranice životního minima a některých dalších skupin.

„Největším problémem amerického zdravotnictví je nepojištěná populace. Dlouhodobě zůstává nepojištěno až 17 % obyvatel do 64 let, v některých státech je to dokonce více než 20 % dospělé populace, v Texasu více než čtvrtina (Kaiser Daily Health Policy Report, 2007). Je znepokojivé, že skupina nepojištěných se v posledních letech rozšiřuje. Dramatický nárůst byl zaznamenán v letech 2000 – 2001, kdy jejich počet vzrostl o 1,4 milionu. (Fried, Gaydos, 2002).“⁴⁴

⁴² *Financování zdravotnictví ve Francii*. Tempus Medicorum, 2012, 21 (6), str. 31. ISSN: 1214-7524.

⁴³ Kroneman, M. W., Zee Van der, J., Groot, W.: *Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005*. BMC Health Services Research, 2009. 9 (26) Additional file 1. Annex 1. Calculation of GP revenue per country revised. Dostupné na internetu: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>> z 17.4.2012 srov. Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S.: *France: Health system review. Healthy Systems in Transition*. 2010, 12 (6), str. 1-291. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who>> z 17.4.2012.

⁴⁴ Janečková, H.; Hnilicová, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. PORTÁL, str. 107-109. ISBN 978-80-7367-592-9.

Dne 21. března 2010 americký kongres schválil přelomovou zdravotní reformu, kdy po několikahodinové debatě s ní souhlasila Sněmovna reprezentantů. „Největší změna amerického zdravotnictví za několik desítek let by kromě jiného měla zpřístupnit péči 31 miliónům nepojištěných Američanů. Pojištění by tak mělo mít 95 % obyvatel USA místo současných 85 %. Senát reformu schválil již loni. Reforma bude americké zdravotnictví měnit postupně během několika příštích let. Většina Američanů se tak za několik let bude muset pojistit povinně, jinak budou platit pokuty. Poslední ustanovení, spotřební daň z nejdražších pojistek, pak vejde v platnost v roce 2018. Náklady na reformu činí 940 miliard dolarů během následujících deseti let. Neměly by zvýšit zadlužení Spojených států, naopak vládě podle odhadů během příštích 20ti let ušetří přes bilion dolarů.“⁴⁵

Mezi nevýhody tržního zdravotnictví patří zejména:

- ✓ sociální nerovnost a nedostatečná dostupnost zdravotní péče;
- ✓ náklady na zdravotnictví v USA jsou větší než 17 % hrubého domácího produktu;
- ✓ závažná nemoc je vnímána jako ekonomické ohrožení jednotlivce i rodiny, je to nejčastější příčina osobních bankrotů;
- ✓ až 17 % Američanů nemá zajištěné zdravotní pojištění;
- ✓ střední třída obyvatelstva je „podpojištěna“, kdy pojištění v praxi nestačí na krytí nezbytné péče;
- ✓ vysoké administrativní náklady;
- ✓ poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním.

⁴⁵ ČTK. Obama může znovu říci Yes, we can! [cit. 27.10.2010]. Dostupné na internetu: <<http://zahranici.ihned.cz/c1-41572150-obama-muze-znovu-ricit-yes-we-can-prosadir-prelomovou-zdravotni-reformu>>

3.4.10. Shrnutí

V některých zemích jsou odlišné úhradové mechanismy pro praktické lékaře. Tabulka č. 1 se vztahuje jen na úhradové mechanismy ve statutárním zdravotním pojištění.

Tabulka 1 – Úhradové mechanismy pro praktické lékaře ve vybraných zemích⁴⁶

Země	Úhradový mechanismus	Poznámka
Rakousko	kapitační + platba za výkon	kapitační platba je za poukaz (Krankenschein) předaný pojištěncem lékaři na 3 měsíce
Belgie	platba za výkon	
Finsko	mzda	lékaři jsou většinou odměňováni mzdou, kapitační platba se používá na úrovni zdravotnického zařízení
Francie	platba za výkon	
Německo	platba za výkon	
Řecko	mzda	
Irsko	kapitační + platba za výkon	
Itálie	kapitační + platba za výkon	
Holandsko	kapitační + platba za výkon	
Velká Británie	kapitační + platba za výkon	
Lucembursko	platba za výkon	
Portugalsko	mzda	
Španělsko	kapitační platba / mzda	kapitační platba se používá pro individuální praxe, mzda ve zdravotnických centrech
Maďarsko	kapitační platba	
Polsko	kapitační platba	
Česká republika	kapitační + platba za výkon	
Slovensko	kapitační + platba za výkon	
Slovinsko	kapitační + platba za výkon	

Zdroj: viz. poznámka pod čarou

⁴⁶ Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. GRADA, 2008, str. 107. ISBN 978-80-247-2628-1.

Tabulka 2 – Srovnání průměrného výdělku praktického lékaře ve vybraných zemích světa [pppUS\$]

	1995				2000				2005			
	GB	DK	B	F	GB	DK	B	F	GB	DK	B	F
Příjem včetně nákladů na praxi	106,652	143,953	62,794	95,168	113,409	155,471	73,312	100,311	383,495	206,835	85,709	130,778
Náklady praxe	36,167	69,214	43,580	40,863	32,829	70,109	46,709	46,422	216,545	108,295	51,940	59,778
Příjem bez nákladů praxe	70,485	74,739	19,214	54,305	80,580	85,362	25,602	53,889	166,950	98,541	33,768	71,000

Legenda:

GB - Spojené království Velké Británie a Severního Irska

DK – Dánsko

B – Belgie

F – Francie

Vysvětlivky:

ppp – podle parity kupní síly

US\$ - americký dolar

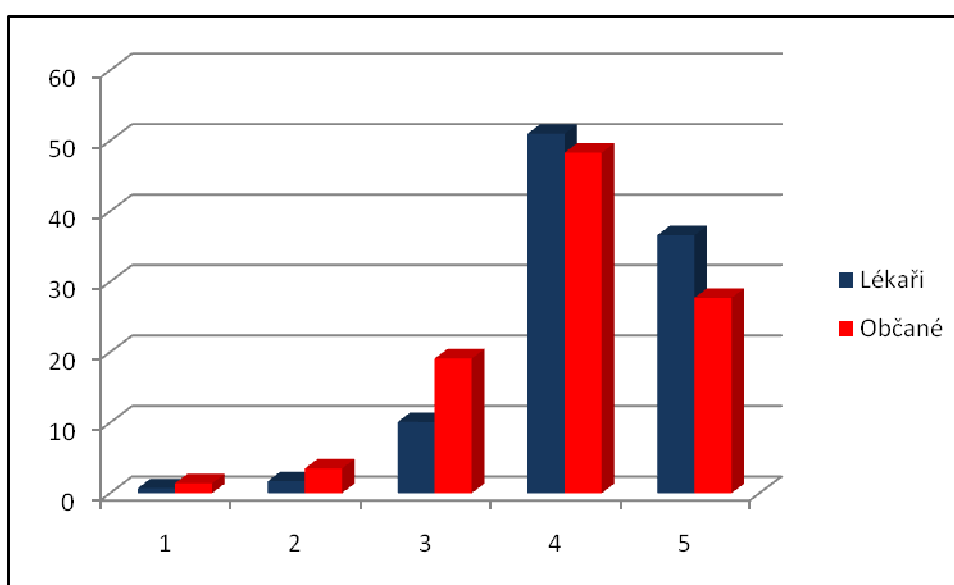
PPP (Purchasing Power Parity) – parita kupní síly měny vyjadřuje počet jednotek národní měny, za něž lze zakoupit stejné množství výrobků a služeb na vnitřním trhu jako za stejnou jednotku cizí měny na cizím trhu. Nejedná se sice o exaktně definovanou veličinu, ale umožňuje podstatně přesnější srovnání reálné ekonomické úrovně a výkonnosti jednotlivých zemí. Základem pro výpočet parit je srovnání cen v národních měnách u reprezentativního počtu shodných výrobků a služeb na vnitrostátních trzích. Pro výpočet se využívá metoda tzv. spotřebního koše, jenž vyjadřuje běžné náklady domácnosti. V ČR porovnávání provádí Český statistický úřad.⁴⁷

⁴⁷ Wilfred J. Ethier: *Modern International Economics*, 3rd edition. W.W.North & Comp., New York/London, 1995.

3.5. Problémy českého zdravotnictví

Kolektiv autorů (Mášová a kol., 2005) zpracoval hodnocení stavu zdravotnictví na základě sekundární analýzy primárních dat, získaných v rámci empirického šetření v období 1995-2003. Část této studie bude ve výzkumné části disertační práce využita pro srovnání některých dat získaných výzkumem prováděným dotazníkovým šetřením u všech praktických lékařů pro dospělé v České republice.

Graf 1 - *Hodnocení stavu zdravotnictví ČR – občané a lékaři 2003 [%]*



*Legenda: 1 – bez problémů; 2 – drobné problémy; 3 – ojediněle vážné problémy;
4 – řada vážných problémů; 5 – hrozí zhroucení celého systému*

Zdroj : Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P.: České zdravotnictví – vize a skutečnosti, UK v Praze, 2005, ISBN 978-80-246-0944-4, str. 189-206

„Z analýzy dat jednoznačně vyplynulo, že většina občanů i lékařů hodnotí stav zdravotnictví negativně, přičemž stanoviska lékařů jsou mnohem kritičtější. V případě výzkumu občanů, realizovaného v roce 2003, lze konstatovat, že téměř polovina z nich vnímá zdravotnictví jako oblast, ve které se vyskytuje řada velmi závažných problémů. Další více než ¼ občanů se dokonce domnívá, že systému zdravotnictví hrozí zhroucení. **Znamená to, že více než ¾ občanů České republiky vnímají oblast zdravotnictví jako problémovou a hodnotí ji převážně negativně.** Podstatně kritičtěji než občané hodnotí situaci ve zdravotní, podobně jako v minulých letech, odborná veřejnost, tj. lékaři. Téměř 88 % dotázaných lékařů hodnotilo v roce 2003 situaci ve zdravotnictví jako velmi vážnou až kritickou. Z nich 51 %

bylo toho názoru, že se ve zdravotnictví vyskytuje řada velmi vážných problémů, dalších 37 % se domnívalo, že hrozí zhroucení celého systému. V případě tohoto znaku nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v hodnocení z hlediska pohlaví, z hlediska věku hodnotí české zdravotnictví nejkritičtěji nejmladší věková skupina lékařů (do 34 let) a z hlediska způsobu vykonávání profese lékaři zaměstnaní ve velkých, zpravidla fakultních nemocnicích.⁴⁸

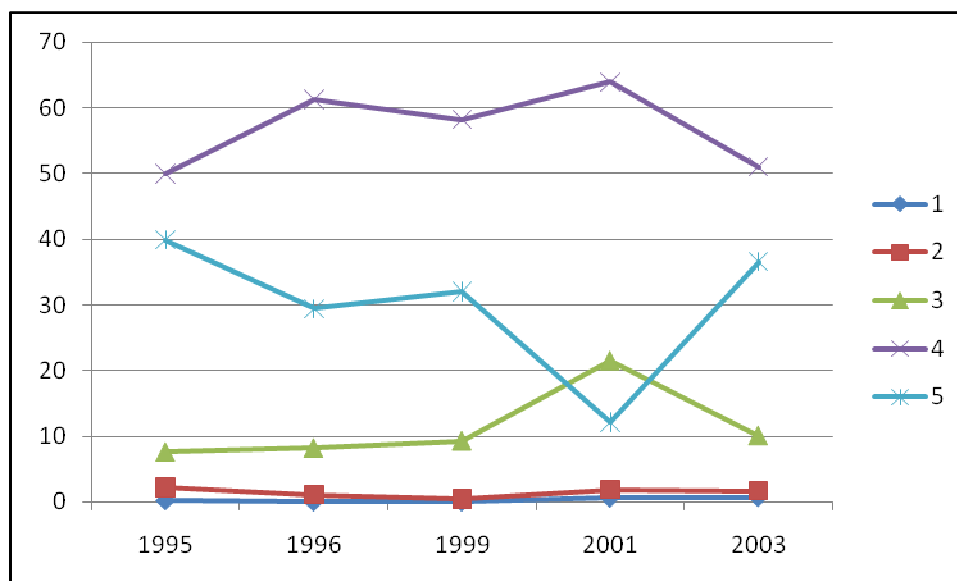
Trendy

„Závěrem k hodnocení celkového stavu zdravotnictví v České republice je ve studii Mášové a kol. (2005) konstatováno, že „...**pohled na zdravotnictví jako celek se u odborné i laické veřejnosti v posledních dvou letech (2002 a 2003) podstatně změnil a je mnohem více kritický**“. Patrný je tento trend u občanů i lékařů. V obou případech došlo k podstatnému zvýšení podílu nejkritičtějšiho hodnocení. Podrobnější analýza ukazuje, že nejpříznivější bylo vnímání zdravotnictví v období, kdy v čele resortu stál ministr Bohumil Fišer, kterému se na rozdíl od jeho předchůdce Ivana Davida dařilo lépe komunikovat s hromadnými sdělovacími prostředky a prezentoval resort v méně konfrontačním duchu a v lepším světle. V tomto období vedení resortu zdravotnictví vystupovalo mnohem méně konfrontačně vůči jednotlivým institucím, organizacím a profesním sdružením v oblasti zdravotnictví i mimo ni (platí to též pro oblast sdělovacích prostředků) a vzhledem k tomu, že vycházelo vstříc zejména mzdovým požadavkům Lékařského odborového klubu a potažmo České lékařské komory, bylo pochopitelně těmito organizacemi prezentováno pozitivně. Rozpory mezi těmito organizacemi a vedením resortu zdravotnictví, pokud byly nějaké, byly řešeny mimo pozornost médií a míra shody ve stanoviscích, prezentovaná na veřejnosti a vyplývající z analýzy tisku, byla poměrně vysoká. Uvedeným subjektům se dařilo přesvědčovat odbornou i laickou veřejnost o tom, že odpovědnost za existující problémy a nedostatky nesou jak zdravotní pojišťovny, tak v posledním období zejména vedení zdravotnických zařízení. Tato skutečnost se v mínění odborné i laické veřejnosti pochopitelně odrazila.

Po nástupu nového vedení v čele s Marií Součkovou kritický postoj laické i odborné veřejnosti k oblasti zdravotnictví výrazně zesílil úměrně tomu, jak sílila kritika práce Ministerstva zdravotnictví ČR od nejrůznějších zainteresovaných organizací. Ta vyvrcholila v souvislosti s předložením nové koncepce, což se odrazilo i v sílící kritičnosti veřejnosti, konstatované tímto výzkumem (Mášová a kol., 2005). Celá situace nakonec vyústila v dubnu 2004 k odvolání ministryně zdravotnictví Marie Součkové z funkce.⁴⁸

⁴⁸ Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P. *České zdravotnictví – vize a skutečnosti*. UK v Praze, 2005, str. 189-206. ISBN 978-80-246-0944-4, str. 189-206.

Graf 2 – Vývoj hodnocení stavu zdravotnictví v letech 1995-2003 – lékaři (%)



Legenda: 1 – bez problémů; 2 – drobné problémy; 3 – ojediněle vážné problémy;
4 – řada vážných problémů; 5 – hrozí zhroucení celého systému

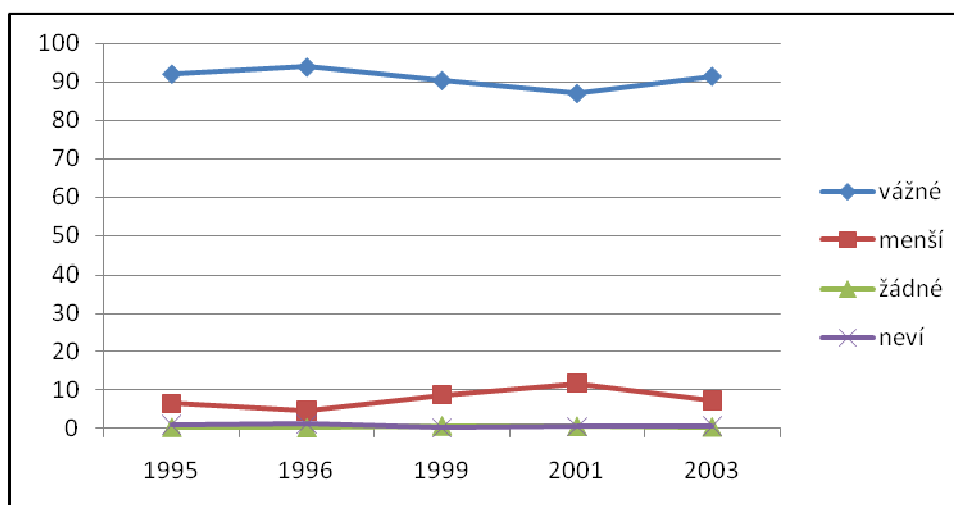
Zdroj: Mášová, H., Krížová, E., Svobodný, P.: České zdravotnictví – vize a skutečnosti, UK v Praze, 2005, ISBN 978-80-246-0944-4, str. 189-206

3.5.1. Financování zdravotnictví

„Odborná veřejnost (lékaři) dlouhodobě nahlíží na oblast financování zdravotnictví podstatně kritičtěji než občané. Cca 92 % dotázaných lékařů hodnotí financování zdravotnictví jako oblast s velmi vážnými problémy, zbývající v této oblasti spatřují problémy menší. Tato tendence je dlouhodobá a v posledních dvou letech dochází, podobně jako v případě občanů, k růstu kritičnosti.

V případě lékařů nebyly statisticky významné rozdíly v hodnocení mužů a žen, ani jednotlivých věkových skupin zjištěny. Podobné výsledky přinesla (stejně jako v roce 2001) i analýza dle lékařského oboru. Lékaři zaměstnaní ve velkých nemocnicích spatřují ve financování zdravotnictví vážné problémy častěji než ostatní.

Graf 3 – Problémy ve financování zdravotnictví v letech 1995-2003 – lékaři (%)



Zdroj : Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P.: České zdravotnictví – vize a skutečnosti, UK v Praze, 2005, ISBN 978-80-246-0944-4, str. 189-206

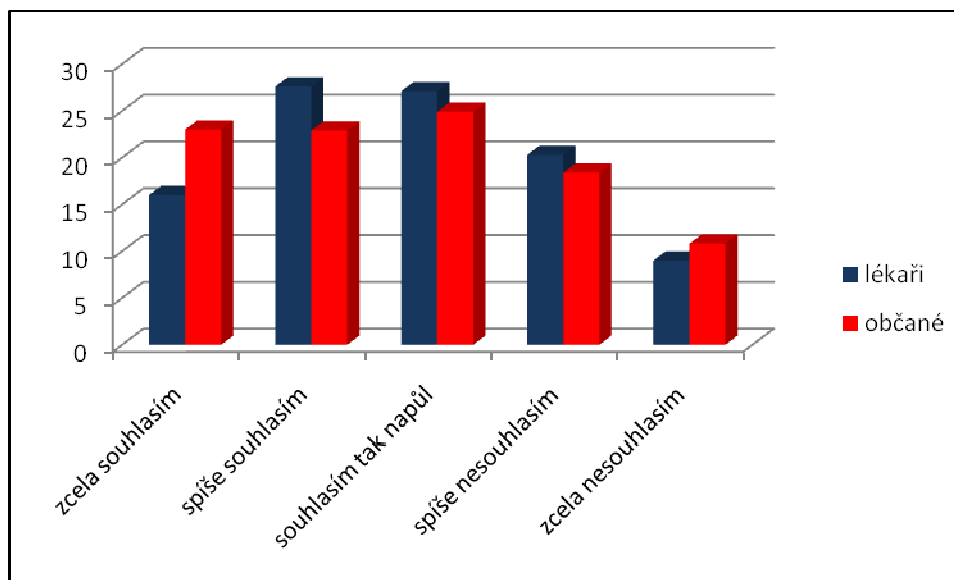
Trendy

Porovnáme-li vývoj názorů na tuto otázku, dospějeme k závěru, že oblast financování zdravotnictví vnímají občané jako nejvíce problematickou po celou dobu realizace výzkumů tohoto typu, tj. od roku 1995. Ukazuje se rovněž, že nejkritičtější byla z tohoto hlediska situace v roce 1997, kdy docházelo ke krachům zdravotních pojišťoven a celý systém se potýkal s vážnými problémy. Vývoj v roce 2000 a 2001, související s působením Bohumila Fišera v čele resortu, byl charakteristický výrazným poklesem kritičnosti. Odpovědnost za otázky financování byla opticky přenesena na zdravotnická zařízení, problémy se řešily více v kuloárech a nebyly vynášeny na veřejnost, kritika resortu ze strany profesních i odborných organizací byla utlumena zvýšením mezd ve zdravotnictví. Po volbách v roce 2002 však došlo k dramatickému zvýšení kritického pohledu veřejnosti na oblast financování, neboť na veřejnost začaly pronikat informace o vážných problémech zdravotnických zařízení, na které byla v minulosti přenesena odpovědnost za financování zvýšených mzdových nákladů. Významnou úlohu zde mohlo sehrát převedení řady zdravotnických zařízení na kraje. V roce 2003 tato kritičnost kulminovala a byla jedním z důvodů odvolání ministryně Marie Součkové z funkce. Situace v intenzitě kritického pohledu na zdravotnictví a jeho financování v roce 2003 se tak velmi podobá stavu, zaznamenaného v roce 1997. Lze tedy uzavřít, že **přes pozitivní vývoj v letech 2000-2001 se hodnocení financování zdravotnictví co do kritičnosti vrátilo na úroveň roku 1997 s tím, že tato oblast je občany i lékaři vnímána dlouhodobě jako nejvíce problémová.**

Problematika financování zdravotnictví byla v rámci výzkumů sledována i z jiného úhlu pohledu. Bylo zjišťováno, **jaké je mínění odborné a laické veřejnosti o celkovém množství peněz, které je v České republice vynakládáno na zdravotnictví.**

Graf 4 – *Mínění o množství peněz ve zdravotnictví – občané a lékaři 2003 (%)*

(*Stanovisko k tezi „Peněz ve zdravotnictví je dostatek, špatný je však způsob nakládání s nimi“*)



Zdroj : Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P.: *České zdravotnictví – vize a skutečnosti*, UK v Praze, 2005, ISBN 978-80-246-0944-4, str. 189-206

Analýza odpovědí na tuto otázku ukázala, že se **hodnocení množství a peněz a způsobu zdravotnictví z tohoto úhlu pohledu v porovnání s rokem 2002 a v roce 2003 výrazně změnilo**. Snížil se podíl občanů, kteří se zcela nebo spíše k tomuto názoru přiklánějí a s uvedenou tezí zcela nebo spíše souhlasí (cca 46 %), a o téměř shodné procento se zvýšil podíl těch, kteří s tezí částečně nebo úplně nesouhlasí (cca 29 %). Zbývající s tímto názorem souhlasí „tak napůl“.

K výše uvedenému názoru se muži a ženy přiklánějí v přibližně stejné míře, statisticky významné rozdíly nebyly zjištěny. Výraznější difference nebyly indikovány ani v porovnání jednotlivých věkových skupin. S touto tezí častěji souhlasí respondenti, kteří uvedli, že jsou vyučeni, respondenti s maturitou ji často odmítají. Difference v tomto hodnocení nebyly indikovány ani v případě rozdělení dle velikosti místa bydliště a dle výše příjmu. Platí tedy, že rozložení relativních četností, zjištěné pro celkový soubor, je podobné i v jednotlivých skupinách, diferencovaných dle sociodemografických znaků.

Stanovisko lékařů je v této souvislosti v podstatě stejně kritické jako stanovisko občanů a ve srovnání s rokem 2001 se podstatně nezměnilo. Větší část z nich s tímto

názorem vyslovila částečný nebo úplný souhlas. Znamená to, že lékaři se, podobně jako občané většinou domnívají, že peněz je ve zdravotnictví dostatek a špatný je jen způsob nakládání s nimi, jen na rozdíl od občanů méně volí krajní hodnoty škály (kategorický souhlas či nesouhlas).

V případě lékařů je postoj k této tezi u mužů a žen podobný, statisticky významné rozdíly nebyly zjištěny. Podobná situace i v případě jednotlivých věkových skupin, jednotlivých lékařských oborů a sektorů působení. Znamená to, že názor lékařů na tuto problematiku je jednotný a nevykazuje podstatnější rozdíly v přístupu k této otázce.⁴⁹

⁴⁹ Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P. *České zdravotnictví – vize a skutečnosti*. UK v Praze, 2005, str. 189-206. ISBN 978-80-246-0944-4, str. 189-206.

3.6. Kalkulace

„Kalkulace je považována za nejstarší a nejčastěji používaný nástroj hodnotového řízení.“⁵⁰
V širším pojetí je možné kalkulaci chápat jako přiřazení nákladů, marže, zisku, ceny nebo jiné hodnotové veličina na výrobku, službě či jinak naturálně vyjádřené jednotce výkonu, tj. kalkulační jednici či nákladovém objektu.

„Pojem kalkulace se užívá ve třech základní významech:

- 1) jako činnost vedoucí ke zjištění či stanovení nákladů na výkon, který je přesně druhově, objemově a jakostně vymezen;
- 2) jako výsledek této činnosti;
- 3) jako vydělitelná část informačního systému podniku.“⁵¹

„Kalkulace jako nástroj přiřazení nákladů výkonům přispívá k řešení šesti základních rozhodovacích úloh:

- 1) o budoucím sortimentním složení vyráběných a prodávaných výkonů;
- 2) o způsobu zajištění aktivit a kooperací vyvolaných změnou sortimentu;
- 3) o stanovení vnitropodnikových cen;
- 4) o možné reprodukci vynaložených nákladů;
- 5) o stanovení individuálních cen;
- 6) o vázanosti ekonomických zdrojů v nedokončené výrobě, polotovarech a výrobcích.“⁵²

„Metodou kalkulace se rozumí způsob stanovení předpokládané výše nebo následného zjištění skutečné výše hodnotové veličiny na konkrétní výkon. Obecně je metoda závislá na:

- 1) vymezení předmětu kalkulace;
- 2) způsobu přiřazování nákladů předmětu kalkulace;
- 3) na struktuře nákladů, ve které se zjišťují nebo stanovují náklady na kalkulační jednici.“³³

3.6.1. Předmět kalkulace

„Předmětem kalkulace obecně mohou být všechny druhy dílčích i finálních výrobků podniku. Rozsah kalkulovaných výkonů má tendenci se rozšiřovat (např. snaha konkretizovat náklady a jiné hodnotové veličiny ve vztahu k výkonům, prodávaným v různých teritoriích

⁵⁰ Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1. vyd. Praha, GRADA Publishing, 2009, 240 s. ISBN: 978-80-247-2974-9.

⁵¹ Král, B. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha, Management Press, 2002. 252 s. ISBN: 978-80-7261-062-7.

⁵² Hradecký, M., Král, B.: *Řízení režijních nákladů*. 1. vyd. Praha, Prospektrum, 1995. 104 s. ISBN: 978-80-7175-025-5.

nebo tržních segmentech; dále také v návaznosti na zvyšující se požadavky na řízení aktivit jsou náklady kalkulovány na aktivity).⁵³

U ordinace praktických lékařů zpravidla nemusí samotné kalkulaci předcházet přiřazení nákladů střediskům, protože jen málo ekonomických subjektů podnikajících v této oblasti, se člení na více středisek.

Předmět kalkulace je vymezen kalkulační jednicí a kalkulovaným množstvím.

Kalkulační jednice

Kalkulační jednicí rozumíme konkrétní výkon, vymezený měrnou jednotkou a druhem, na který se stanovují nebo zjišťují náklady a další hodnotové veličiny. „Kalkulační jednice (cost unit) představuje věcně i rozsahově vymezenou měrnou jednotku, ke které se vztahují náklady i související ekonomický prospěch.“⁵⁴

Kalkulované množství

Kalkulované množství zahrnuje určitý počet kalkulačních jednic, pro něž se stanovují celkové náklady. Popesko (2009) používá pro vyjádření příčiny spotřeby nákladů pojem **nákladový objekt**, což je jakákoli aktivita nebo výkon, pro něž je požadováno oddělené sledování nákladů.

„Základní kalkulační zásadou je snaha co nejpřesněji přiřadit náklady kalkulační jednici (při uplatnění principu hospodárnosti – maximální přesnosti přiřazení nákladů má být dosaženo daným vkladem prostředků; při úvahách o zvětšení podrobnosti je nutné srovnat jeho výnosy a náklady – metoda se v teorii nazývá Cost-Benefit Analysis).“⁵⁵

Alokace nákladů (přiřazování nákladů)

„Způsob přiřazování nákladů předmětu kalkulace byl tradičně spjat zejména s členěním nákladů na přímé a nepřímé. Nutnost rychle reagovat na měnící se podmínky tržního prostředí upřednostňují jiná členění: podle způsobu stanovení nákladového úkolu (jednicové a režijní náklady), podle jejich závislosti na objemu výkonů (variabilní a fixní náklady), podle toho,

⁵³ Král, B. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha, Management Press, 2002. 547 s., ISBN: 978-80-7261-062-7, str. 170.

⁵⁴ Schroll, R. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha, Bilance, 1997, 461 s., str. 49.

⁵⁵ Deakin, E. B., Maher, M. W.: *Cost Accounting*. 3. vyd. Illinois, Richard D. Irwin, 1991. 1059 s. ISBN: 0-256-06919-0, str. 16.

zda jejich výše bude ovlivněna konkrétním rozhodnutím o předmětu kalkulace (relevantní a irelevantní náklady).“⁵⁶

„Přímé náklady můžeme přesně přiřadit nákladovému objektu, protože mezi nimi existuje přímá exkluzivní vazba. Jelikož u nepřímých nákladů tato vazba není, protože jsou společné pro více nákladových objektů, musíme použít nějaký zprostředkovací mechanismus, tzv. **nákladovou alokaci**. Nákladová alokace je procesem přiřazování nákladů v případě, že neexistuje přímý vztah mezi nákladem a výkonem. Zprostředkovací veličinou je u tradičních nákladových systémů rozvrhová základna nebo u moderních procesních nákladových systémů vztahová veličina.“⁵⁷ Cílem nákladové alokace se tedy stává potřeba přiřadit objektu ty náklady, které mu náležejí. Teprve, když toto není možné nebo účelné, přistoupíme k dalším principům, např. principu průměrování (tento postup je sice nepřesný, ale velmi jednoduchý).

3.6.2. Kalkulační vzorec

Kalkulační vzorec představuje soupis jednotlivých druhů nákladů v rámci kalkulace, který by měl být doplněn o způsob kvantifikace těchto nákladových položek ve vztahu ke kalkulovanému výkonu.

Typový kalkulační vzorec

„Typový kalkulační vzorec představuje standardizovanou variantu kalkulace, která byla před rokem 1990 podnikům nařízena vyhláškou ministerstva hospodářství, s cílem zajistit centrální dohled nad tvorbou kalkulací.“³⁹

„Strukturu typového kalkulačního vzorce zobrazuje obrázek č. 1. Cena výkonu se stanovuje jako přírážka k celkovým nákladům. Nevýhodou struktury typového vzorce je, že slučuje nákladové položky, které mají různý vztah ke kalkulovaným výkonům a měly by být přiřazovány podle různých principů alokace. Dále také nezohledňuje relevanci nákladových položek při různých rozhodovacích úlohách, příkladem může být využití kalkulací při rozhodování o optimalizaci sortimentu na kapacitě. Omezením je také statistické zobrazení vztahu nákladů ke kalkulační jednici, protože takto sestavený propočet nepředpokládá změnu objemu nebo struktury výkonů.“³⁸

⁵⁶ Král, B. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha, Management Press, 2002. 252 s. ISBN: 978-80-7261-062-7.

⁵⁷ Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2009. 240 s. ISBN: 978-80-247-2974-9.

Obrázek 1 – Typový kalkulační vzorec

1. Přímý materiál
2. Přímé mzdy
3. Ostatní přímý materiál
4. Výrobní (provozní) režie
<hr/>
Vlastní náklady výroby (provozu):
5. Správní režie
<hr/>
Vlastní náklady výkonu:
6. Odbytové náklady
<hr/>
Úplné vlastní náklady výkonu:
7. Zisk (ztráta)
<hr/>
Cena výkonu (základní)

Zdroj: Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2009. 240 s. ISBN: 978-80-247-2974-9.

3.6.3. Základní typy nákladových kalkulací

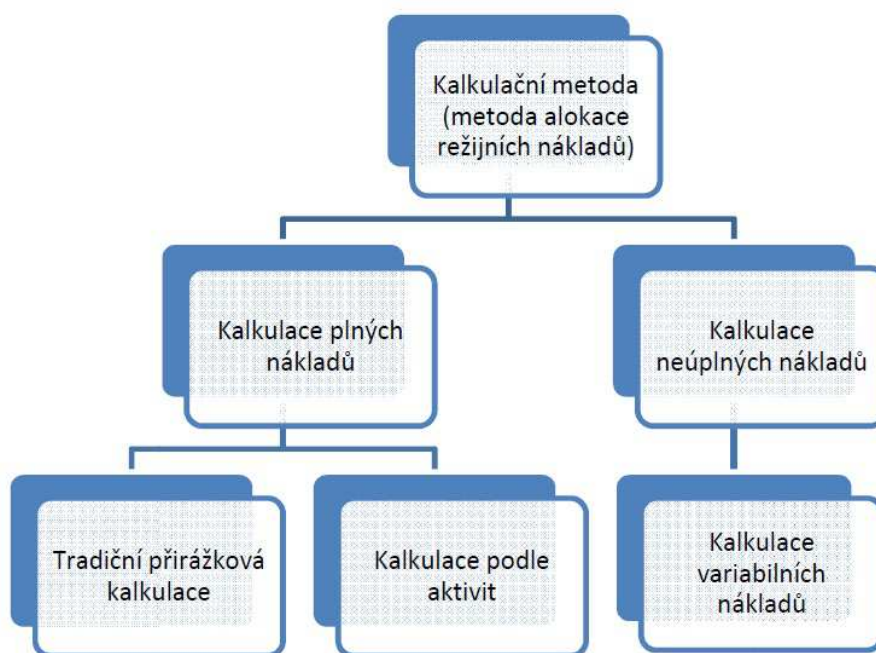
Na obrázku č. 2 jsou uvedeny základní typy nákladových kalkulací, ze kterých si může vybrat jakákoli organizace, která zvažuje volbu metody nákladové kalkulace. „Definice základních typů nákladových kalkulací vychází ze dvou charakteristik. První z nich je otázka, zda nákladová kalkulace má kalkulovat, respektive absorbovat všechny podnikové náklady nebo jen jejich část. Rozlišujeme:

- 1) **absorpční kalkulace** neboli kalkulace úplných nákladů v sobě zahrnují veškeré náklady podniku. K základním absorpčním metodám patří:
 - a) prostá metoda kalkulace;
 - b) zakázková metoda kalkulace;
 - c) metoda sdružených výkonů;
 - d) fázová metoda kalkulace;
 - e) postupná metoda kalkulace;

f) rozdílová metoda kalkulace.⁵⁸

2) „**neabsorpční kalkulace** neboli kalkulace neúplných nákladů kalkulují jen část podnikových nákladů (variabilní náklady) a ostatní (fixní) náklady na výkony nerozpočítávají.“⁵⁹

Obrázek č. 2 – Základní typy nákladových kalkulací



Zdroj: Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2009. 240 s. ISBN: 978-80-247-2974-9.

„Druhou charakteristikou je způsob alokace režijních nákladů objektu. Nabízejí se dvě možnosti. Buď použijeme nějakou úroveň zjednodušení, v praxi většinou proporcionální přiřazení režijních nákladů k objemu přímých nákladů (alokační princip průměrování). Anebo se pokusíme přiřadit režijní náklady s přihlédnutím k příčinné souvislosti mezi jejich vznikem a výkonem (alokační princip příčinné souvislosti).“⁵⁹

V tomto případě se nabízí tyto možnosti jakou metodu nákladové kalkulace zvolit:

- 1) přírážková (zakázková) kalkulace;
- 2) kalkulace podle aktivit;
- 3) kalkulace variabilních nákladů.

⁵⁸ Macík, K.: *Jak kalkulovat podnikové náklady?* 1. vyd. Ostrava, Montanex, 1994. 125 s. ISBN: 978-80-85780-16-X.

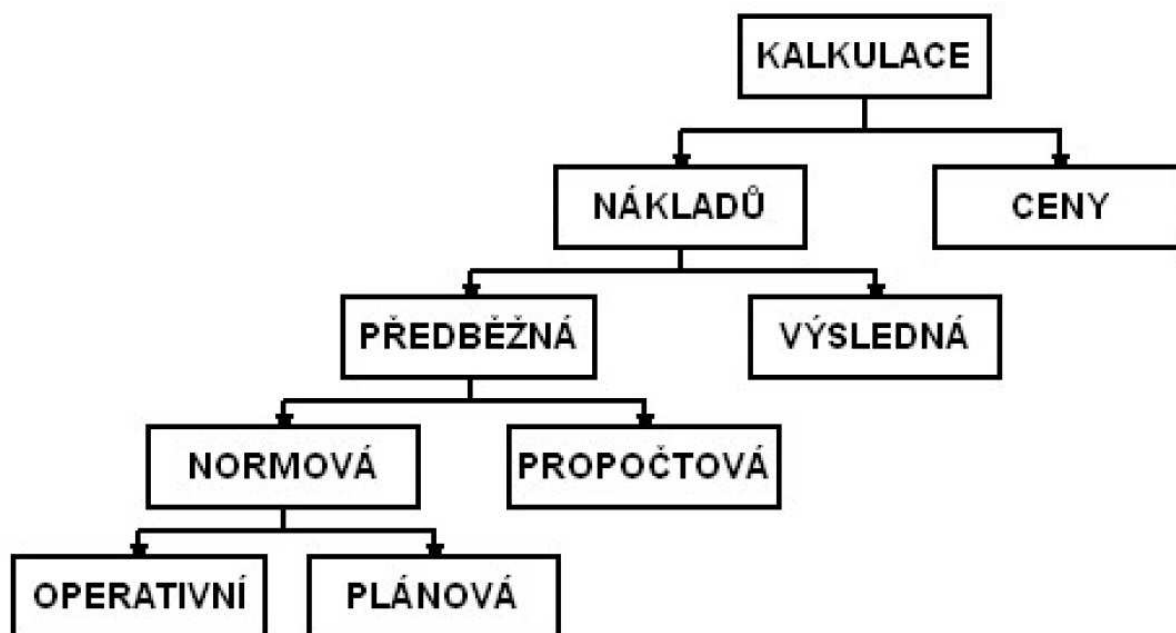
⁵⁹ Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2009. 240 s. ISBN: 978-80-247-2974-9.

Macík (1994) uvádí další praktické hledisko klasifikace kalkulací, a to „**kalkulace podle stupňů řízení**. Jde o postupné rozšiřování kalkulace o další složky:

- 1) kalkulace nákladů výroby (přímé náklady + výrobní režie);
- 2) kalkulace nákladů výkonu (včetně zásobovací a správní režie);
- 3) kalkulace úplných vlastních nákladů (včetně nákladů na odbytovou režii);
- 4) kalkulace podnikové ceny.⁶⁰

Nákladová kalkulace je v rámci kalkulačního systému jednou ze dvou možností, viz. obrázek č. 3. S ohledem na specifiku kalkulace nákladů ordinací praktických lékařů se však kalkulací ceny nemá význam podrobněji zabývat, neboť praktický lékař stanovuje pouze cenu pro různé potvrzení, které vystavuje pacientů a jenž nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. I zde však je v praxi vázán doporučením České lékařské komory.

Obrázek č. 3 – Kalkulační systém



Zdroj: Schroll, R. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha, Balance, 1997. 461 s., str. 146.

Přirážková kalkulace

Nejčastěji používanou metodou kalkulace je přirážková kalkulace. Kalkuluje výši režijních nákladů odpovídajících určitému výkonu na základě rozvrhové základny a pomocí ní vyjádřeného přepočítacího koeficientu, označovaného jako režijní přirážka. **Rozvrhovou**

⁶⁰ Macík, K.: *Jak kalkulovat podnikové náklady?* 1. vyd. Praha, Management Press, 2002, 252 s. ISBN: 978-80-7261-062-7.

základnou je většinou určitá položka přímých nákladů, a díky tomu je kalkulace jednoduchá a nenáročná na získávání dalších dat.

V zásadě se přírážkové kalkulace používají ve dvou základních variantách:

- 1) **sumační přírážková kalkulace**, používá jednotnou rozvrhovou základnu pro přiřazení všech režijních nákladů. Vychází z předpokladu, že veškeré režijní náklady se vyvíjejí úměrně jediné veličině, která je zvolenou rozvrhovou základnou;
- 2) **diferencovaná varianta** je přesnější než sumační přírážková kalkulace. Její podstatou je rozdělení režijních nákladů do určitých skupin, které mají definovány různé rozvrhové základny vycházející z analýzy příčinného vztahu mezi oběma veličinami. Nejčastějších rozdělení je členění podle podnikových funkcí na zásobovací, výrobní, odbytovou a správní režii.

„Na nepřesnost přírážkové kalkulace mají vliv dva zásadní faktory:

- 1) podíl režijních nákladů se často přibližuje 50 %, což způsobuje, že jakákoli odchylka v kalkulaci má daleko větší dopad na celkové kalkulované náklady;
- 2) stále větší podíl režijních nákladů nemá příčinný vztah k přímým nákladům, proto i diferencovaná varianta přírážkové kalkulace se nedá přesně sestavit.“⁶¹

Dalším faktorem způsobujícím nepřesnost kalkulace je průměrování nákladů přiřazených objektu. Kalkulace nadhodnocuje náklady výkonů, které jsou nenáročné na spotřebu výkonů režijních útvarů, a současně podhodnocuje náklady výkonů, které spotřebovávají více výkonů režijních nákladů.

Kalkulace podle aktivit (ABC)

„Kalkulace, která používá jeden nebo více faktorů nezávislých na objemu produkce pro alokaci režijních nákladů, se nazývá ABC (activity-based costing, kalkulace podle aktivit, procesní kalkulace). U procesní kalkulace se základna pro rozvrhování nákladů označuje jako tzv. cost driver (nebo-li něco, co vyvolává nebo ovlivňuje náklady). Oproti tradičním kalkulačním metodám ABC využívá vysledovatelnosti nákladů k jednotlivým aktivitám. Tradiční metody alokují náklady dle základen, jež jsou určitou mírou úrovně produkce (přímé

⁶¹ Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2009. 240 s. ISBN: 978-80-247-2974-9.

mzdy, strojové hodiny). ABC režijní náklady přiřazuje vnitřním událostem, které se nazývají aktivity nebo transakce.“⁶²

„ABC je metodologie, která měří náklady a výkonnost nákladových objektů, aktivit a zdrojů. Nákladové objekty spotřebovávají aktivity a aktivity spotřebovávají zdroje. Náklady zdrojů jsou přiřazeny aktivitám na základě jejich užití těchto zdrojů a náklady aktivit jsou přiřazeny nákladovým objektům (výstupům) na základě proporcionálního užití těchto aktivit nákladovými objekty. ABC využívá kauzální vazby mezi nákladovými objekty a aktivitami a mezi aktivitami a zdroji.“⁶³

Jak uvádí Eschenbach, předmětem zkoumání procesní kalkulace jsou oblasti režijních nákladů. Do oblasti režijních nákladů mj. patří náklady na zásobování, logistiku, odbyt, správu, řízení výroby.⁶⁴

Při implementaci ABC se postupuje následovně:

- 1) Určí se hlavní činnosti, aktivity v podniku (nákupní administrativa, prodejní administrativa, skladování, servis, balení a expedice atd.).
- 2) Stanovíme cost drivers (faktory vyvolávající náklady; např. počet objednávek, výdejek, realizovaných zakázek, manipulací ve skladu atd.). Šoljaková pro cost drives používá označení vztahová veličina.⁶⁵
- 3) Celkové náklady se shrnou do logických samostatných celkových aktivit, středisek (tzv. cost pools (nákladový kolektor), jež se svou podstatou mohou podobat klasickým nákladovým střediskům (cost centres). Hlavním rozdílem mezi uvedenými druhy středisek je to, že nákladová střediska často kopírují organizační strukturu, zatímco cost pools jsou tvořena dle vnitřních procesů a aktivit a proto obvykle lépe odpovídají realitě podniku.⁶⁶
- 4) Náklady shrnuté ve středisku rozdělíme dle základny (cost driver) a získáme tak náklad na 1 operaci, aktivitu.
- 5) Dle počtu operací potřebných na nákladový objekt rozdělíme náklady shrnuté ve středisku (nákladovým objektem zde může být jak produkt, tak např. jiná dílčí aktivita, pokud by bylo použito vícestupňového rozdělení aktivit).

⁶² Usry, M. F., Hammer, L. H.: *Cost Accounting. Planning and Control*. 10. vyd. Cincinnati: South-Western Publishing, 1991. 903 s. ISBN: 0-538-80925-6, s. 102-103.

⁶³ Staněk, V.: *Zvyšování výkonnosti procesním řízením nákladů*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2003. 236 s. ISBN: 978-80-247-0456-0, str. 96.

⁶⁴ Eschenbach, R. a kol.: *Controlling*. Přel. P. Fialová a E. Chmátalová. 2. vyd. Praha, ASPI, 2004. 816 s. ISBN: 978-80-7357-035-1, str. 461.

⁶⁵ Šoljaková, L.: *Manažerské účetnictví pro strategické řízení*. Praha, Management Press, 2003. 146 s. ISBN: 978-80-7261-087-2, str. 31.

⁶⁶ Petřík, T.: *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*. Praha, Grada Publishing, 2005. 371 s. ISBN: 978-80-247-1046-3, str. 45-46.

Staněk uvádí jako první fázi úpravu účetních dat tak, aby co nejpřesněji vyjadřovala co se v podniku děje a nebyla tedy pokrivena úpravami finančního a daňového účetnictví.⁶⁷

Cost drivers se dělí na:⁶⁸

- 1) vztahové veličiny zdrojů (RCD), které jsou rozvrhovými základnami pro přiřazení nákladů zdrojů z příslušného cash pool na aktivity; může jít o čas strávený strojem nebo člověkem prováděním příslušné aktivity apod.; používají se v bodu 4 výše uvedeného postupu;
- 2) vztahové veličiny aktivit (ACD), které slouží pro rozvrhování nákladů jednotlivých aktivit na nákladové objekty; používají se v bodu 5. výše uvedeného postupu.

3.7. Studie MUDr. Lubomíra Nečase

Problematikou kalkulace nákladů ordinace praktického lékaře pro dospělé se zabývá ve svých studiích MUDr. Lubomír Nečas, praktický lékař a předseda Sdružení praktických lékařů Zlínského kraje. Studie z roku 2007 s názvem Kalkulace nákladů ordinace praktického lékaře pro dospělé je dostupná na http://www.praktikcz.eu/kalkulace_nakladu_ordinace.html.

Tato kalkulace vychází z následujících předpokladů :

Tabulka 3 - Průměrné příjmy ordinace za měsíc, v Kč

Průměrná ordinace praktického lékaře v ČR (ÚZIS, 2007) 1600 registrovaných pacientů

Průměrný příjem za kapitovaného pacienta (dle VZP, 2007)	53,07
Průměrný příjem za kapitované pacienty	84 912
Průměrný příjem za mimokapitační platby (15% dle VZP)	12 736
Průměrné platby mimo zdravotní pojištění	8 000
Průměrné výnosy ordinace praktického lékaře CELKEM	105 648

Zdroj: vlastní zpracování autora

⁶⁷ Staněk, V.: *Zvyšování výkonnosti procesním řízením nákladů*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2003. 236 s. ISBN: 978-80-247-0456-0, str. 111.

⁶⁸ Šiška, L.: *Vybrané kapitoly z controllingu*. Brno, Masarykova univerzita, 2007. 193 s. ISBN: 978-80-210-4495-1, str. 130-132.

Tabulka 4 - Průměrné nutné výdaje ordinace za měsíc, v Kč

Osobní náklady sestry (včetně odvodů, hrubá mzda 18 000 Kč)	24 300
Odměna účetní	2 000
Pojištění pracovní neschopnosti provozovatele	1 000
Nájem ordinace	8 000
Energie, služby a úklid ordinace	3 000
Zdravotnický materiál do ordinace	4 000
Tiskopisy, formuláře	1 000
ČLK povinné členství (200) a členství v profesních organizacích (300)	500
Povinné pojištění odpovědnosti	500
Čistící a desinfekční prostředky	1 000
Praní prádla	500
Odvoz biologického odpadu	300
Telefonní poplatky (1 500) , internet (500) a rozhlas (100)	2 100
Poštovné (500) a poplatky bance (300)	800
Provoz osobního auta	4 000
Leasing přístrojů a auta (sterilizátor,CRP,INR,EKG)	18 000
Sterilizace	500
Údržba ordinace, drobné opravy, malování	2 000
Údržba software, číselníky	1 000
Školení, semináře, konference , odborná literatura, časopisy	1 400
Investiční rezerva (hardware, kopírka, nábytek)	4 000
Průměrné nutné výdaje ordinace za měsíc:	80 400

Zdroj : Nečas, Kalkulace nákladů ordinace praktického lékaře pro dospělé, 2007

Průměrný hrubý příjem ordinace	25 248 Kč
Odvody OSVČ	5 500 Kč ⁶⁹

Výše uvedená kalkulace pouze částečně respektuje základní strukturu kalkulačního vzorce pro sektor zdravotnictví. Do celkové výše výdajů **není započtena** odměna pro lékaře (OSVČ), která má být hrazena následně až z výsledku hospodaření a po odvodech měsíčních záloh na zdravotní a sociální pojištění OSVČ.

Kalkulaci autora Nečase, prováděnou v roce 2007 je možno porovnat s výsledky statistického šetření, prováděnými Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), výsledky jsou publikovány každoročně ve studii Ekonomické informace ve zdravotnictví, poslední studie byla provedena pro rok 2009⁷⁰.

⁶⁹ Odvody OSVČ pro rok 2007 neodpovídají skutečnosti, neboť OSVČ v té době odváděl na daních a pojistném jen cca 18,2 % z hrubého příjmu, tedy pouze částku cca 4.600,- Kč (pozn. autora).

$(x * 0,5 * 0,15 + x * 0,5 * 0,5 * (0,292 + 0,135)) = 0,075 * x + 0,10675 * x = 0,18175 * x$

⁷⁰ Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, ISBN: 978-80-7280-910-3, 2009, ÚZIS ČR, tabulka 10.4

Tabulka 5 - Průměrné výdaje roční připadající na 1 samostatnou ordinaci (v tis. Kč), rok 2009

Samostatné ordinace	Výdaje úhrnem ¹⁾	Materiál	Mzdové prostředky	Soc. a zdrav.p.	Provozní režie	Ostatní výdaje
PL pro dospělé	926	69	232	88	376	71
PL pro děti a dorost	946	90	212	86	420	63
Lékaře specialisty	1061	132	239	92	438	63

¹⁾ Není součtem položek

Zdroj: ÚZIS ČR (výkaz E (MZ) 5-01 za vybraná zařízení). Zpravodajské jednotky získány náhodným výběrem.

Tabulka 6 - Průměrné výdaje měsíční připadající na 1 samostatnou ordinaci (v tis. Kč), 2009

Samostatné ordinace	Výdaje úhrnem ¹⁾	Materiál	Mzdové prostředky	Soc. a zdrav.p.	Provozní režie	Ostatní výdaje
PL pro dospělé	77 167	5 750	19 333	7 333	31 333	5 917
PL pro děti a dorost	78 833	7 500	17 667	7 167	35 000	5 250
Lékaře specialisty	88 417	11 000	19 917	7 667	36 500	5 250

Zdroj: vlastní zpracování autora

Jak je možno odvodit z výše uvedených tabulek, statistické šetření vykázalo hodnotu nákladů na ordinaci praktického lékaře ve výši **77 167 Kč** pro rok 2009, přičemž do nákladů není započtena odměna lékaři OSVČ a souběžně ani odvody na zdravotní a sociální pojištění tohoto lékaře. Struktura nákladů (výdajů) je následující :

Tabulka 7 - Struktura nákladů (výdajů)

Ordinace	Výdaje úhrnem ¹⁾	Materiál	Mzdové prostředky	Soc. a zdrav.p.	Provozní režie	Ostatní výdaje
PL pro dospělé	100%	7,45%	25,05%	9,50%	40,60%	7,67%

Zdroj: vlastní zpracování autora

Na celkových nákladech se nejvyšší částkou podílejí osobní náklady (25,05 % + 9,50% = 34,56 %) a režijní náklady (40,60 %). Spotřeba materiálu je ve výši 7,45% celkových nákladů.

Odlišným přístup pro výpočet byl zvolen ve studii MUDr. Petra Němečka (zástupce ČLK) s názvem Dohadovací řízení na rok 2011 v segmentu praktických lékařů – kalkulace výše kapitace a hodnoty bodu.

Tabulka 8 - Kalkulace nákladů v segmentu praktických lékařů, v Kč/minutu

Cena práce lékaře sk.3 dle Seznamu výkonů	Režie dle Seznamu výkonů pro rok 2009	Skutečná režie ordinace PL v roce 2006*	Rozdíl
7,916	2,40	6,71	4,31

Poznámka : Valorizace režijních nákladů meziročně o 5% (od roku 2002 do 2006)

Zdroj : *Nákladová studie v ordinacích praktických lékařů, VZP 2002

V roce 2009 bylo provedeno další šetření nákladů v ordinacích praktických lékařů a na základě toho bylo zjištěno, že průměrná výše režie činí **7,77 Kč /minutu**, měsíčně se jedná o položku ve výši **78 321 Kč**

Němeček ve své studii uvádí, že součtem minutové ceny práce lékaře (7,916 Kč) a skutečné výše režie/min (7,77 Kč) je dána celková výše nákladů na minutu v ordinaci praktického lékaře, tj. **15,686 Kč**. Při délce měsíčního provozu ordinace 10 008 minut činí celkový náklad na ordinaci celkem **158 115 Kč**.

Při předpokladu, že kapitační platby činí 85% příjmu ordinace, měly by být ve výši 134 398 Kč/ měsíc a ordinaci. Při velikosti praxe ve výši 1 700 pacientů s průměrným věkovým koeficientem 1,40 vychází výpočet **optimální výše kapitační platby** pro rok 2009 v hodnotě **56,50 Kč**.

Jak je možno odvodit z výše uvedeného textu, metodiky kalkulace nákladů na provoz ordinace praktických lékařů jsou velmi odlišné, liší se dle úhlu pohledu zainteresovaných subjektů (ČLK, VZP, ÚZIS).

3.8. Srovnání průměrného platu ve zdravotnictví s jinými odvětvími národního hospodářství České republiky

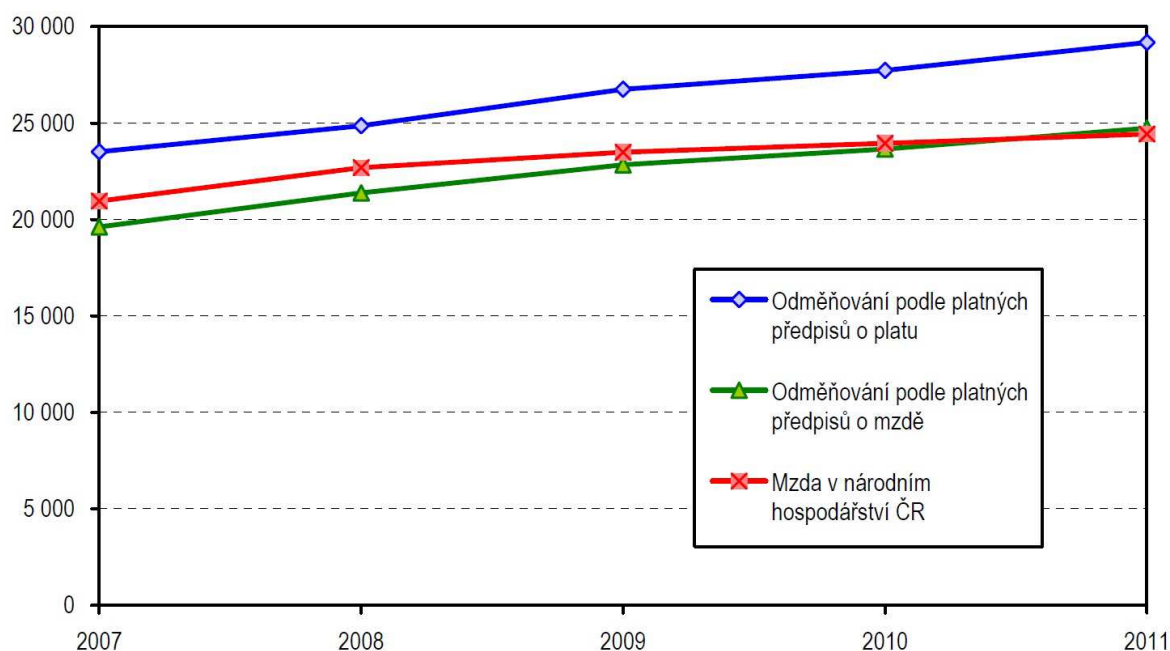
„Průměrný měsíční plat ve zdravotnictví v roce 2011 byl vyšší o 4 752 Kč ve srovnání s průměrnou měsíční mzdou v národním hospodářství v České republice (24 436 Kč).“⁷¹

Tabulka č. 9 – Vývoj průměrného měsíčního platu ve zdravotnictví celkem v ČR (odměňování podle platných předpisů o platu)

Rok	Průměrný měsíční plat	Meziroční přírůstek	
		Kč	%
2009	26 750		
2010	27 733	983	3,7
2011	29 188	1 455	5,2

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 30/2012, str. 2

Graf 5 – Srovnání průměrného měsíčního platu a průměrné měsíční mzdy ve zdravotnictví celkem s průměrnou měsíční mzdou v ČR



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 30/2012, str. 8

⁷¹ ÚZIS ČR: Aktuální informace č. 30/2012

„Celkově v roce 2011 vzrostly platy ve zdravotnických zařízeních s odměňováním podle platných předpisů o platu o 5,2 %. Přírůstek představoval 1 455 Kč. Platy vzrostly nejvíce lékařům a zubním lékařům o 14,8 %, tj. o 7 451 Kč. U všeobecných sester a porodních asistentek došlo ke zvýšení platu pouze o 2,3 %, tj. o 630 Kč.

Celkový průměrný měsíční plat lékařů a zubních lékařů je přibližně dvakrát vyšší ve srovnání s průměrným platem všeobecných sester a porodních asistentek i s průměrným platem zaměstnanců ve zdravotnictví celkem. Celkový průměrný plat lékařů a zubních lékařů představoval 2,4 násobek průměrné mzdy v národním hospodářství ČR, plat všeobecných sester a porodních asistentek a rovněž plat zaměstnanců ve zdravotnictví celkem, stejně jako v roce 2010, byl 1,2násobkem.“⁷²

⁷² ÚZIS ČR: Aktuální informace č. 30/2012, str. 3.

4. Všeobecné praktické lékařství

Definice oboru všeobecné praktické lékařství

„Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebně-preventivní péči o dospělou populaci, příp. též o děti a dorost. Je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně-ekonomické faktory a prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti. Praktické lékařství v sobě zahrnuje základní poznatky a praxi různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových. Všeobecné praktické (rodinné) lékařství je také akademickou a vědeckou disciplínou se svou vlastní náplní vzdělávání, výzkumem, svými důkazy a klinickými aktivitami, klinickou specializací orientovanou na primární péči.“⁷³

Charakteristiky oboru praktické lékařství

Praktické lékařství je možné charakterizovat takto (volně podle Válkové⁷⁴, 2007 a Seiferta⁷⁵, 2005):

- ✓ všeobecnost – v péči praktického lékaře jsou všechny věkové skupiny obyvatelstva, přičemž se nijak nerozlišuje sociální postavení, původ, barva pleti, náboženské vyznání pacientů;
- ✓ dostupnost – praktický lékař by měl být dostupný pro všechny obyvatele naší země bez ohledu na geografické umístění jejich bydliště, na jejich finanční či jiné možnosti;
- ✓ komplexnost – u pacienta musí lékař správně diagnostikovat o jaký zdravotní problém se jedná, zahájit odpovídající léčbu, případně pacienta odeslat k dalšímu odbornému vyšetření, poskytnout jemu a jeho rodinným příslušníkům odpovídající edukaci. Přitom PL musí respektovat psycho-sociální hlediska, humánní a etické aspekty vztahu lékař-pacient;
- ✓ kontinuita – jedná se dlouhodobý vztah mezi lékařem a pacientem, kdy tento stav může trvat po celý život;
- ✓ koordinovanost – praktický lékař je vstupní branou do zdravotního systému. Je jakýmsi filtrem, který musí být schopen zjistit, zda lze zdravotní problém vyřešit pouhým předpisem léků anebo je nutné pacienta odeslat k dalšímu odbornému vyšetření anebo

⁷³ Seifert, B., Beneš V. et al. *Všeobecné praktické lékařství*. GALEN, str. 56. ISBN 80-7262-369-9.

⁷⁴ Válková, L. a kol. *Praktické lékařství*. KAROLINUM, str. 61. ISBN 978-80-246-1348-2.

⁷⁵ Seifert, B., Beneš V. et al. *Všeobecné praktické lékařství*. BALEN, str. 57. ISBN 80-7262-369-9.

dokonce doporučit jeho hospitalizaci. PL se stává pacientovým rádcem a do jisté míry též koordinátorem ve využívání specializovaných zdravotních a sociálních služeb;

- ✓ spolupráce – PL musí znát zdravotní systém a být schopen spolupracovat s dalšími odbornými lékaři;
- ✓ orientace na rodinu – PL vnímá zdravotní problémy pacienta v kontextu jeho rodinných, sociálních a kulturních vztahů a prostředí, ve kterém žije a pracuje;
- ✓ orientace na komunitu – rozhodující je, zda praktický lékař v dané komunitě žije či nikoliv, ale důležitými faktory jsou také jeho věk, životní zkušenosti, životní styl, profesionální preference a také jeho pohlaví.

Městské a venkovské praxe

„PL ve **velkém městě** má několik výhod oproti kolegům z venkova. Stejně jako jeho pacienti má lepší dostupnost a výběr komplementu a specializované péče. Snazší je kontakt s kolegy, ostatními složkami primární péče, zastupitelnost, sdílení pohotovostních služeb a také dosažitelnost vzdělávání. Návštěvnost praxe není tak závislá na dopravní situaci a pacienti jsou i při návštěvách doma lépe dosažitelní. Na druhou stranu pacienti ve městech nevyužívají lehce dostupné péče, více fluktuují mezi PL i specialisty a mají větší iatrogenní⁷⁶ rizika. Jsou méně závislí na péči registrujícího lékaře.

Venkovské praxe oproti městským charakterizuje nižší využívání zdravotní péče pacienty, jsou kladeny vyšší nároky na kompetence lékaře v souvislosti s horší dostupností specializovaných služeb (např. výkony drobné chirurgie nebo malých oborů) a více domácích návštěv u pacientů. Venkovská praxe poskytuje lékaři vysoký pocit seberealizace a možnost nejvyšší míry naplnění lékařského poslání. Přináší ale také vyšší riziko izolace a pocitu vyhoření, existují problémy s vlastním vzděláváním, se zajištěním zastupování.“⁷⁷

Praktické lékařství

„V ČR pracuje v primární péči 5000 praktických lékařů. Jako samostatný medicínský obor bylo praktické lékařské uznáno již téměř před 30 lety a stejně dlouhou dobu procházejí jeho lékaři náročnou specializační postgraduální přípravou, přesto se tento obor ještě nedočkal uznání ani u lékařské veřejnosti ani u tvůrců zdravotní politiky. Není to jen trvalá nedůvěra

⁷⁶ iatrogenní = vyvolané lékařem, jeho neuváženým jednáním, špatným vyšetřením, chybným léčením
Slovník cizích slov. [cit. 27.10.2010]. Dostupné na internetu: <<http://www.online-slovník.cz/slovník-cizich-slov/iatrogenni>>

⁷⁷ Seifert, B., Beneš, V. et al. *Všeobecné praktické lékařství*. GALEN, str. 58. ISBN 978-80-7262-369-9.

kliniků, kteří v oboru nikdy nepracovali a neznají tak jeho problémy, je to mnoho dalších důvodů, především výrazná odlišnost od nemocniční praxe. V neposlední řadě, najde-li se v terénní medicíně praktický lékař kazící prestiž oboru, nemá se za koho schovat, tak jako jemu podobný lékař v nemocnici nebo na klinice, protože v terénní ordinaci pracuje lékař sám, vystaven kritickému pohledu svého okolí i nemocničních kolegů, kteří do jeho práce nedohlédnou.⁷⁸

„Stále se prohlubující specializace medicíny přináší potřebu komplexně připraveného odborníka, který nejenže bude disponovat všeobecným medicínským rozhledem, ale bude umět využívat též moderní komunikační technologie. Právě díky rozvoji internetu, přechodu zpracování administrativy z papírové formy do digitální, možnostem sdílení velkého objemu informací a jejich vzájemnému předávání prostřednictvím počítačových sítí s využitím XML technologií, roste potřeba na výchovu lékaře dobře se orientujícího i v oblasti výpočetní techniky.

V ordinaci musí docházet k dělbě práce na sestry a recepční, což od lékaře vyžaduje též alespoň základní manažerské schopnosti. Vzdělání lékaře vzhledem k prudkému rozvoji nových technologií, diagnostických postupů a vědeckých poznatků vyžaduje též jeho zapojení do kvalitního systému celoživotního vzdělávání.

Všeobecná praxe se tak stává jedinečným místem pro výuku mediků a pomáhá oboru naplnit všechny atributy moderní lékařské disciplíny. Navíc výsledky analytických studií ukazují, že právě zdravotní systémy založené na primární péči, reprezentující praktické nebo rodinné lékaře jsou ekonomicky i klinicky efektivnější než zdravotní systémy s malou orientací na primární péči.

Ne všichni absolventi lékařských fakult zamíří do praxe, ale poznání medicíny z perspektivy primární péče a pochopení praktického lékařství je pro jakéhokoliv klinického i experimentálního pracovníka velmi významné.⁷⁹

„Praktický lékař je pro pacienta prvním kontaktem se zdravotnickým systémem, zajišťuje nemocnému kontinuální zdravotní péči a v ideálním případě se stává pacientovi rádcem, často nejen po stránce zdravotní. Jaké jsou jeho povinnosti:

Praktický lékař poskytuje odbornou péči pacientům v ordinaci, při návštěvních službách v bytech nemocných i v blízkém okolí svojí ordinace. Při pohotovostní službě pak ve stanoveném regionu.

⁷⁸ Válková, L. a kol. *Praktické lékařství*. KAROLINUM, 2007, str. 55. ISBN 978-80-426-1348-2.

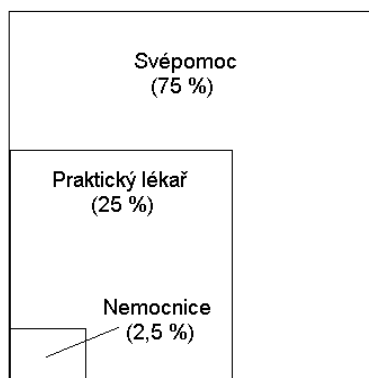
⁷⁹ Seifert, B., Beneš, V. et al.: *Všeobecné praktické lékařství*. GALEN, 2005, str. 59-60. ISBN 978-80-7262-369-9.

Stará se o celé rodiny, bez ohledu na druh onemocnění, pohlaví, barvu pleti či etnický původ postiženého.

Cílem práce praktického lékaře je:

- včasná diagnóza,
- integrace somatických, psychických a sociálních faktorů potřebných ke stanovení diagnózy,
- trvalá léčebná péče o nemocné s chronickými a recidivujícími chorobami, včetně terminálního stadia onemocnění,
- psychoterapeutické ovlivnění nemocného,
- prevence a podpora zdravého způsobu života,
- spolupráce s ostatními praktickými lékaři, ambulantními i nemocničními specialisty a dalšími pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách.

Praktické lékařství je tedy medicínkou klinickou a existenciální, která je soustředěná na život, bytí – tedy existenci člověka, nejen na jeho nemoc (McWhinney). Každý lékař je spokojen, když vyřeší klinický problém svého pacienta, ale často až v průběhu let pozná, jak je nemoc prokávána a ovlivňována životní historií nemocného a prostředím, ve kterém žije. Hloubkou tohoto poznání je významně utvářen vztah lékaře k pacientovi v primární péči.⁸⁰



Obr. 4 – Procentuální zastoupení jednotlivých úrovní zdravotnického systému, na kterých je pacientovi péče poskytována

Zdroj: vlastní zpracování autora

⁸⁰ Válková, L. a kol. *Praktické lékařství*. KAROLINUM, str. 13. ISBN 978-80-246-1348-2.

4.1. Odlišnost pojetí jakosti ve zdravotnictví

„Protože služby ve zdravotnictví mají nehmotný, abstraktní charakter, lze tudíž velmi obtížně měřit úroveň jejich jakosti. Velkou roli zde hraje lidský faktor, zejména v oblasti přímého styku s pacientem.

Výzkumy prokázaly, že zatímco v průmyslu je určujícím faktorem kvality kvalita výrobků 80 % a servis 17 % a pouhá 3 % zbývají na hodnocení chování zaměstnanců a pracovního klimatu v továrně, v nemocnici představuje kvalita lékařské péče 50 %, na ošetrovatelskou péči připadá 25%, zbytek na chování personálu 15 % a hodnocení vnitřního klimatu nemocnice 10 %. Pacient tedy velmi citlivě vnímá pocit péče, neformálního zájmu, slušnosti i kompetence zdravotníků. To vše potvrzuje, že požadavky na management jakosti ve službách, a tudíž i ve zdravotnictví, jsou snad ještě náročnější, než ve výrobním podniku. Neshodný výrobek v průmyslu nemá rozhodně tak velký dopad na kvalitu života zákazníka jako neshodný výrobek ve zdravotnictví.

Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí (podle definice WHO) **souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.**

V běžné zdravotnické práci v ČR se pojem jakost či kvalita dosud většinou vztahuje jenom k medicínsko-technologické stránce procesu nebo léčebného zásahu. Kromě kvalitní diagnostiky či lékařské péče je však třeba do kvalitní péče o pacienta zahrnout i aspekty psychologické, etické, dále organizační a ekonomická hlediska, i hlediska pacientů a dalších účastníků podílejících se na poskytování zdravotní péče.

Kvalitní zdravotní péče by měla:

- vést k optimálnímu zlepšení zdraví pacienta;
- zdůrazňovat zlepšení zdraví a prevencí nemoci;
- být provedena včas;
- usilovat o informovanou kooperaci a spoluúčast pacienta v procesu léčebné péče;
- být založena na přijatých principech lékařské vědy a odborném a efektivním využití správné technologie a profesionálních prostředků;
- být zajišťována s citlivostí a se zájmem o blaho nemocného;
- být dostatečně popsána v lékařské dokumentaci, aby umožnila pokračování péče (obr. 5).

Obr. 5 – Požadavky pacientů na služby zdravotnického zařízení



Zdroj: vlastní zpracování autora

Budeme-li hledat rozdílnosti v pojetí jakosti ve zdravotnictví a v průmyslu, je zřejmé, že pojmy z průmyslu, jako např. údržba, se liší ve vztahu k pacientovi. Nicméně údržba a servis mohou být použity ve vztahu např. k přístrojové zdravotnické technice a jiným zařízením (klimatizace, sterilizační jednotky, rentgen atd.), které vyžadují údržbu a pravidelný servis.

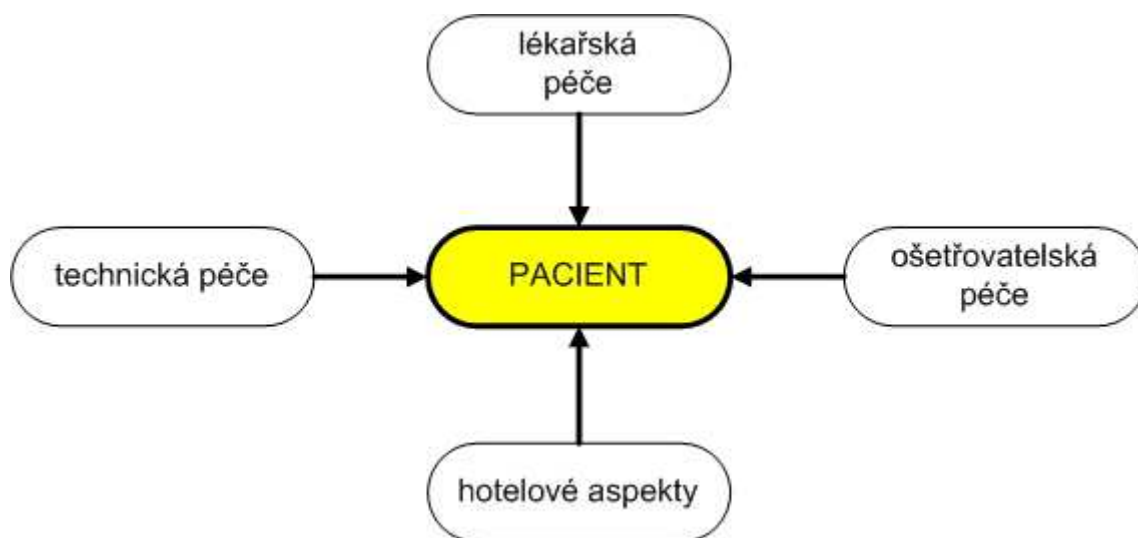
Ve zdravotnictví, je výsledným produktem služba v nehmotné podobě, jde o činnost odehrávající se na rozhraní mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Pacient formuluje své požadavky na služby způsobené uvedeným na obr. 5.

V porovnání s výrobky se u služeb, a tedy i ve zdravotnictví, stanovené požadavky obtížněji plní, protože např. ve zdravotnictví se obtížněji nalézají kvantifikovatelné, a tudíž měřitelné znaky jakosti služby a vyskytnuvší se nedostatky a chyby se často obtížně operativně odstraňují. Proto jsou těžištěm pozornosti ve zdravotnictví pracovníci první linie.

Poznámka:

Samozřejmě i ve zdravotnictví lze nalézt hodnotitelné ukazatele, např. proces objednávání, objednávací doby, čas strávený u lékaře, adekvátnost testů a vyšetření, kvalita následných rozhodnutí, počet reoperací, využití lůžek, délka hospitalizace, úmrtnost, pooperační mortalita, počty ambulantních pacientů, spokojenost pacienta apod.

Obr. 6 – Jednotlivé komponenty péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení (nemocnici)

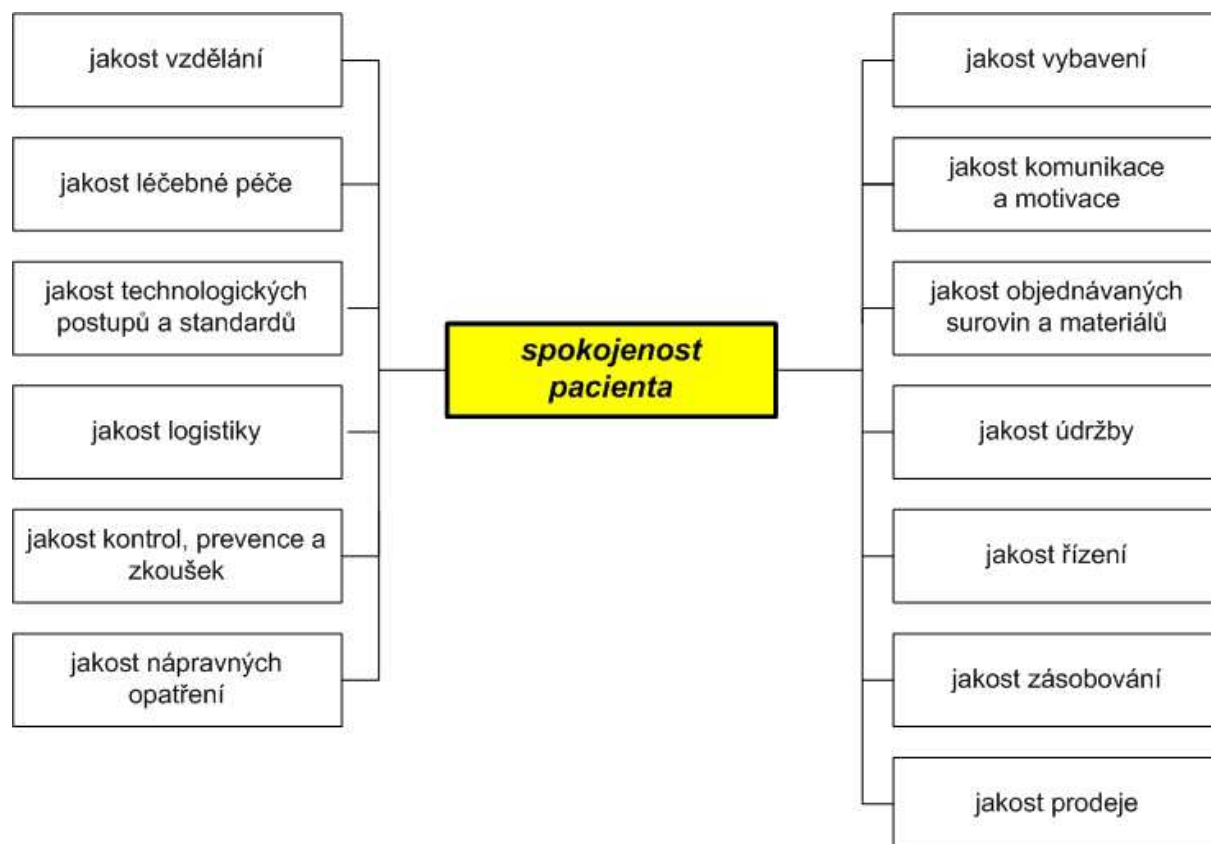


Zdroj: vlastní zpracování autora

Na následujícím schématu (obr. 7) je možné vidět jakost jako cílový stav spokojenosti pacienta, sestávají z jednotlivých činností. Pouze ve svém součtu má konečná jakost svůj smysl. Podcenění kteréhokoliv komponentu (procesu, prvku, vazby) vede ke snížení účinnosti celého systému. **Jediný nejakostní útvar organizace může způsobit nejakost zdravotnického zařízení jako celku v očích veřejnosti a narušení vztahu zařízení-pacient.** Nebude-li tedy zdravotnické řízení kvalitní jako celek, nedokáže dlouhodobě produkovat kvalitní služby.

Toto pochopitelně platí i ve výrobní sféře, ale zdravotnické zřízení a jeho služby jsou veřejností obzvláště sledované, takže zde platí výše uvedené dvojnásob.

Obr. 7 – Cílový stav spokojenosti pacienta

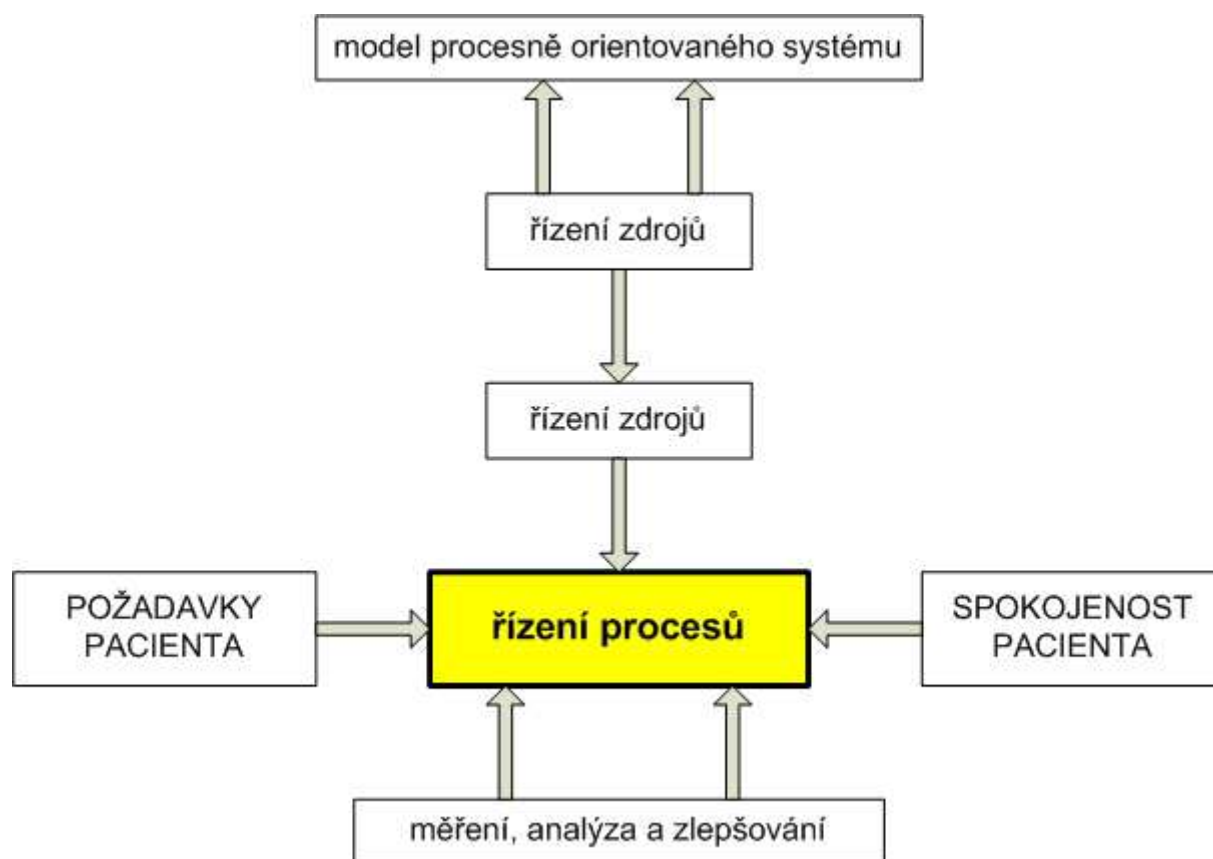


Zdroj: vlastní zpracování autora

Koncepce požadavků na systém managementu jakosti pro prokazování způsobilosti plnit požadavky zákazníka (pacienta) a interní a externí zhodnocení této způsobilosti je zobrazen na následujícím procesním modelu a procesní mapě systému řízení jakosti (obr. 8).⁸¹

⁸¹ Pešek, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. GRADA, str. 19-23. ISBN 978-80-247-0551-6.

Obr. 8 – Procesní model systému řízení jakosti



Zdroj: vlastní zpracování autora

Normy ČSN ISO 9001

Zdravotnické zařízení, které získá příslušný certifikát ISO, získává jistou konkurenční výhodu před ostatními a zřetelně dává najevo, že má zavedený velmi dobře propracovaný systém řízení kvality. Systém managementu jakosti je následně každoročně podrobován „reaudit“ a každé 3 roky auditu autorizovanou firmou, čímž je zaručena dlouhodobá shoda s příslušnými normami. Pokud by auditor zjistil zásadní pochybení, byl by kontrolovanému zařízení certifikát odebrán. Lze říci, že norma ISO 9001 je v podstatě zaměřena na zabezpečování bezchybného chodu a prevenci chyb než na jejich odstraňování.

„Praktický lékař tak dostává do ruky návrh systému jak zpřehlednit tok dokumentů a schopnost analyzovat své slabé a silné stránky. Asi největším významem zavedení ISO je vytvoření takového systému, který je čitelný pro všechny pracovníky zdravotnického zařízení. V ordinaci praktického lékaře jsou tak stanoveny závazné postupy jak pro lékaře, tak i pro zdravotní sestru, takže v případě, že jeden z nich je nepřítomen, druhý ví zcela přesně, kde a co najde a dále jaké úkoly je potřeba aktuálně splnit.

Norma ISO má následující charakteristické rysy:

- ✓ zaměření na stabilitu jakosti;
- ✓ zavádění pořádku a disciplíny do zabezpečování jakosti;
- ✓ detailní dokumentace všech postupů zabezpečování jakosti;
- ✓ dokladovost (evidence, záznamy), realizace postupů;
- ✓ zpětná vazba a na jejím základě uskutečnění nápravy;
- ✓ maximální dosažení spokojenosti zákazníka;
- ✓ nepřetržité zlepšování;
- ✓ prevence neshod.⁸²

„Vzhledem k ceně auditů a reauditů cca 20.000,- až 25.000,- Kč ročně a pomoci konzultační firmy v dopracování povinné dokumentace předkládané auditoru ve výši cca 7.000,- Kč ročně by ordinace praktického lékaře musela vynaložit měsíčně cca 2.300,- Kč, lze konstatovat, že zavedení systému řízení kvality dle ISO 9001 je i v ordinaci praktického lékaře cenově dostupné a s ohledem na výhody zavedení takového systému má šanci se v dlouhodobém horizontu lékaři vrátit v podobě vyšší spokojenosti zákazníků – pacientů.“⁸³

3.4. Statistické údaje

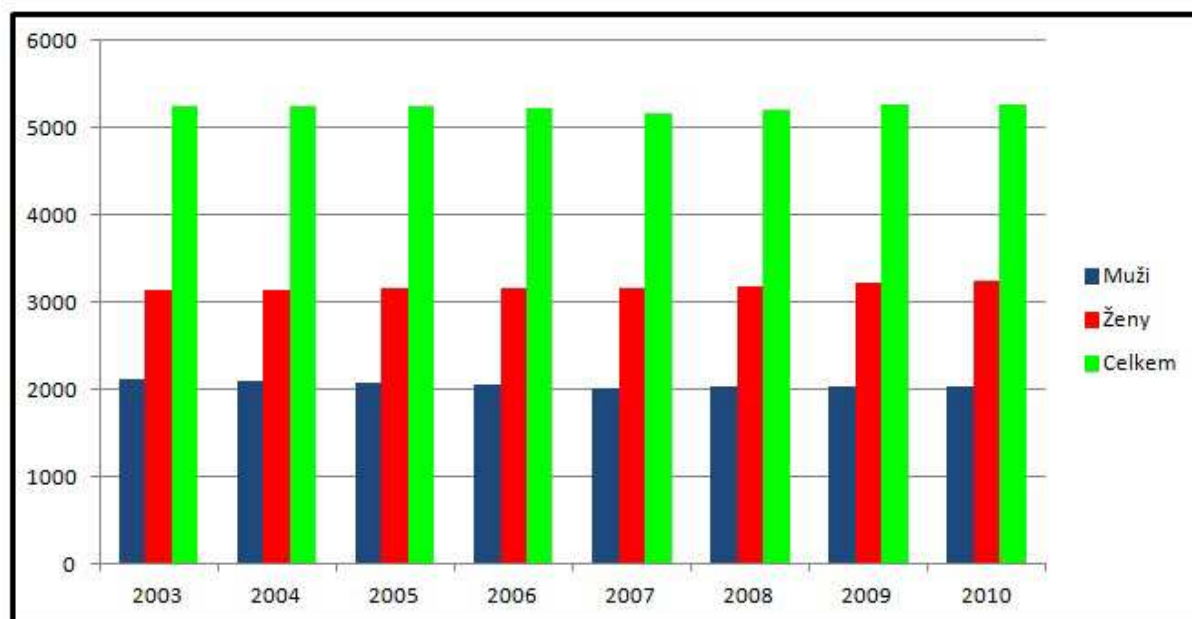
Počty praktických lékařů

Primární péči o dospělé populaci zajišťovalo dle šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky k 31. 12. 2010 celkem 5 271 praktických lékařů pro dospělé (přepočtený počet na plné úvazky). Na jednoho lékaře pro dospělé připadalo v republikovém průměru 1 600 registrovaných pacientů. V sektoru praktických lékařů bylo provedeno 37,5 milionu ošetření (vyšetření), z toho preventivní prohlídky představovaly 5,9 %. Zajištění primární péče o dospělé populaci se dlouhodobě výrazně nemění, nepříznivě se však vyvíjí věkové složení praktických lékařů pro dospělé

⁸² Pešek, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. GRADA, 2003, str. 36-37. ISBN 978-80-247-0551-6.

⁸³ Říha, M., Pikola, P. *Ordinace praktického lékaře pro dospělé*. NAČR, str. 76-78. ISBN 978-80-87103-27-2.

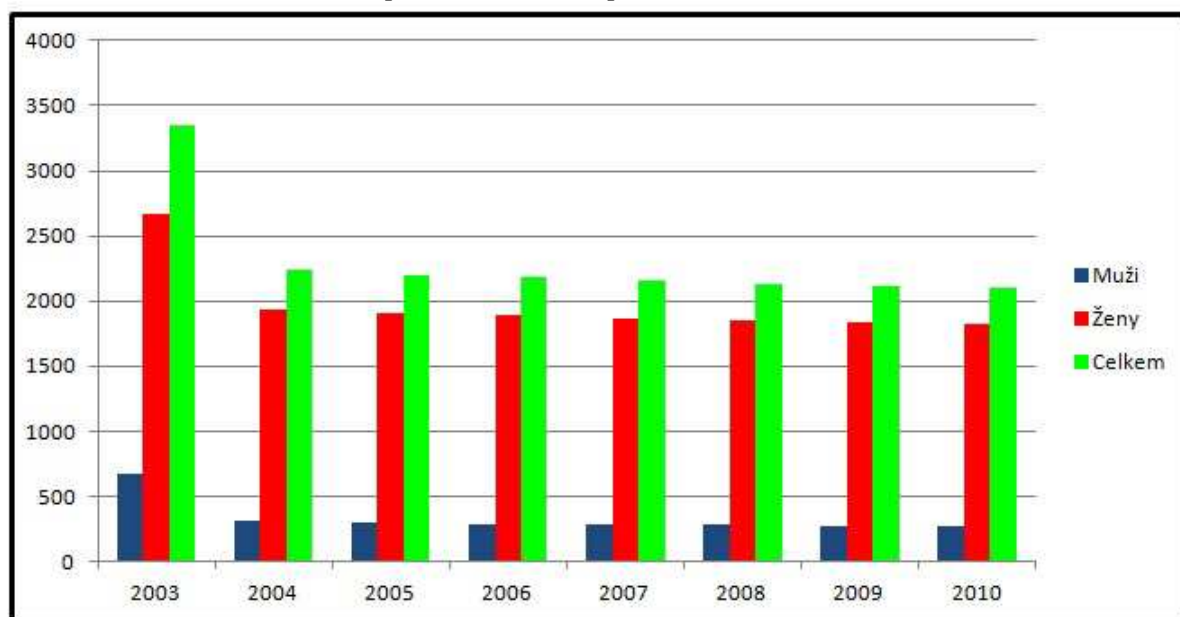
Graf 6 – Praktičtí lékaři pro dospělé podle hlavního oboru činnosti k 31.12.⁸⁴



Zdroj: viz. poznámka pod čarou

Z grafu je patrné, že počty praktických lékařů pro dospělé jsou v sledovaných letech bez větších výkyvů (maximální meziroční odchylka u mužů ± 50 lékařů a u žen ± 46 lékařek). Tyto změny budou ve většině případů vyplývat z odchodu do důchodu, úmrtí a naopak zahájením výkonu lékařské praxe mladými lékaři.

Graf 7 – Praktičtí lékaři pro děti a dorost podle hlavního oboru činnosti k 31.12.¹⁵



Zdroj: viz. poznámka pod čarou

⁸⁴ Český statistický úřad *Statistická ročenka České republiky 2004-2011*.

Graf ukazuje, že počty praktických lékařů pro děti a dorost jsou v sledovaných letech bez větších výkyvů (maximální meziroční odchylka u mužů ± 14 lékařů a u žen ± 46 lékařek). Tyto změny vyplývají ve většině případů z odchodu do důchodu, úmrtí a naopak zahájením výkonu lékařské praxe mladými lékaři. Je též zřejmé, že mezi lékaři pro děti a dorost je pouze cca 13 % mužů, zatímco žen v tomto oboru činnosti působí cca 87 %.

Tabulka 10 – Činnost praktických lékařů pro dospělé dle Registru zdravotnických zařízení, 2011

Území, kraj	Lékaři		ZPBD		Registrovaní pacienti	
	průměrné přepočtené počty	na 10 000 registr. pacientů	průměrné přepočtené počty	na 10 000 registr. pacientů	celkem	na 1 lékaře
Hl. m. Praha	735,91	6,84	681,56	6,33	1 075 971	1 462
Středočeský	469,01	5,54	466,64	5,51	846 183	1 804
Jihočeský	320,35	6,58	305,43	6,27	487 137	1 521
Plzeňský	263,88	6,02	278,44	6,35	438 299	1 661
Karlovarský	127,16	5,91	127,10	5,91	215 031	1 691
Ústecký	353,09	5,64	395,72	6,33	625 541	1 772
Liberecký	190,29	5,63	193,76	5,73	338 035	1 776
Královéhradecký	267,29	6,00	283,52	6,37	445 129	1 665
Pardubický	218,95	5,58	222,79	5,67	392 710	1 794
Vysočina	221,47	5,81	224,25	5,88	381 333	1 722
Jihomoravský	578,39	6,24	557,08	6,01	926 175	1 601
Olomoucký	351,80	6,88	360,92	7,06	511 396	1 454
Zlínský	295,84	6,26	278,38	5,89	472 600	1 597
Moravskoslezský	581,55	6,04	580,32	6,03	962 474	1 655
ČR	4 974,98	6,13	4 955,91	6,10	8 118 014	1 632

Zdroj : ÚZIS ČR: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2011, ISBN 978-80-7472-002-4

„Primární péči o dospělou populaci zajišťovalo k 31.12.2011, dle údajů Registru zdravotnických zařízení, celkem (tj. včetně smluvních pracovníků) 5 341 lékařů v přepočteném počtu na plné úvazky.

Zajištění primární péče o dospělé pacienty je v České republice dlouhodobě bez výraznějších změn. V roce 2011 bylo u praktických lékařů registrováno 8,1 miliónu osob. V průměru připadalo na 1 úvazek praktického lékaře pro dospělé 1 632 registrovaných pacientů. Nej hustší síť ordinací praktických lékařů pro dospělé (tj. nejnížší počet registrovaných pacientů na 1 úvazek lékaře) je dlouhodobě v Hl. m. Praha a Olomouckém kraji (méně než 1 500 registrovaných pacientů). Naopak nejvyšší počet registrovaných pacientů na 1 úvazek lékaře vykázal kraj Středočeský (1 804), dále kraj Ústecký, Liberecký, Pardubický a Vysočina (všechny přes 1 700). Rozdíl mezi maximální a minimální krajskou hodnotou tohoto ukazatele činil 342 pacientů.

Stárnutí věkové struktury lékařů primární péče o dospělou populaci pokračovalo i v roce 2011. Ke konci roku 2011 představovali praktičtí lékaři pro dospělé ve věku 55 a více let

52,3 % z celkového počtu praktických lékařů pro dospělé v evidenčním počtu, lékaři ve věku nad 64 let 14,6 %. Lékaři do 44 let tvořili pětinu. Postupně „stárnoucí“ věková struktura praktických lékařů signalizuje problém pro budoucí zajištění primární péče o dospělou populaci. Zajištění primární péče o dospělé pacienty je v České republice dlouhodobě bez výraznějších změn, počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé se pohybuje kolem 1 600 pacientů.⁸⁵

Složení obyvatelstva k 31.12.2010

Tabulka 11 – Složení obyvatelstva ČR k 31.12.2010⁸⁶

Věk	Celkem	Muži	Ženy
Celkem	10 532 770	5 168 799	5 363 971
0	117 456	60 354	57 102
1-4	462 079	236 590	225 489
5-9	485 064	249 218	235 846
10-14	453 543	233 025	220 518
15-19	582 650	298 949	283 701
20-24	692 009	355 493	336 516
25-29	746 496	386 426	360 070
30-34	896 386	461 410	434 976
35-39	888 932	456 642	432 290
40-44	704 892	361 605	343 287
45-49	696 681	354 342	342 339
50-54	672 545	336 194	336 351
55-59	754 341	367 638	386 703
60-64	743 870	352 692	391 178
65-69	552 120	249 700	302 420
70-74	383 827	163 508	220 319
75-79	313 367	122 317	191 050
80-84	231 966	79 882	152 084
85-89	121 775	34 877	86 898
90-94	25 884	6 453	19 431
95+	6 887	1 484	5 403
0-14	1 518 142	779 187	738 955
15-64	7 378 802	3 731 391	3 647 411
65+	1 635 826	658 221	977 605

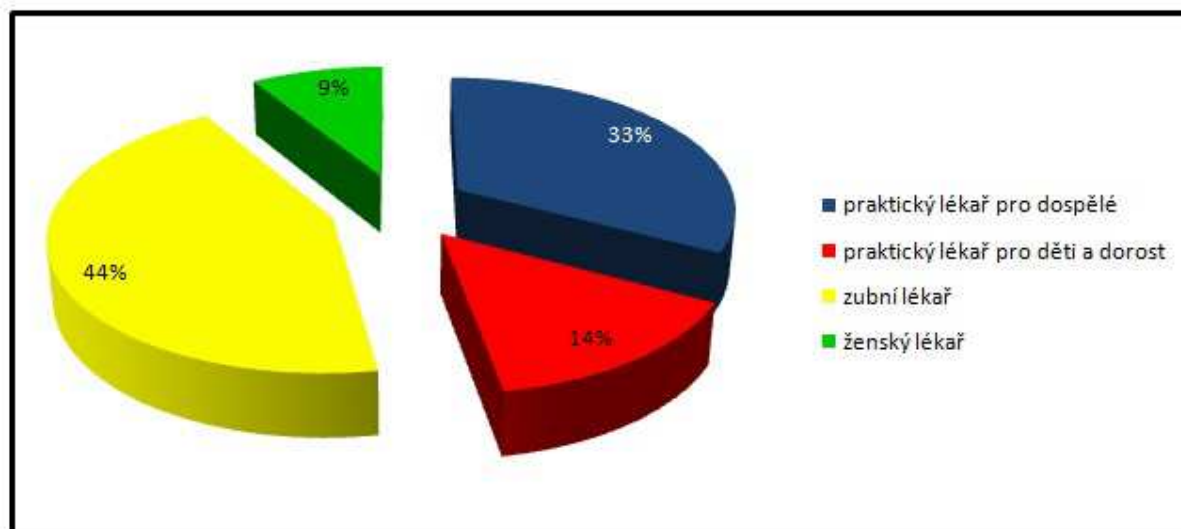
Zdroj: viz. poznámka pod čarou

⁸⁵ ÚZIS ČR: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2011, str. 20. ISBN 978-80-7472-002-4

⁸⁶ Český statistický úřad Statistická ročenka České republiky 2011.

Celkový počet zdravotnických zařízení k 31.12.2010

Graf 8 – Celkový počet zdravotnických zařízení k 31.12.2010⁸⁷



Zdroj: viz. poznámka pod čarou

Z celkového počtu samostatných ordinací primární péče (14.029) tvoří největší podíl ordinace zubního lékaře (44 %), po které následují ordinace praktického lékaře pro dospělé (33 %), ordinace praktického lékaře pro děti a dorost (14 %) a zbylou část tvoří ordinace ženského lékaře (9 %). Ordinace praktického lékaře tak tvoří polovinu všech samostatných ordinací primární péče v České republice.

Výdaje na zdravotnictví

„Na základě aktuálních dostupných podkladů zveřejňuje ÚZIS ČR předběžné údaje o celkových výdajích na zdravotnictví v roce 2011.

Podle vládní finanční statistiky (Ministerstvo financí ČR, 29.6.2012) činily výdaje zdravotních pojišťoven celkem 225 545 mil. Kč. Podle téhož zdroje dosáhly výdaje všech kapitol Státního rozpočtu ČR na zdravotnictví celkem 7 491 mil. Kč a výdaje veřejných rozpočtů nižších úrovní celkem 9 372 mil. Kč, vše po konsolidaci vzájemných transferů. Soukromé výdaje podle odhadu ÚZIS ČR na základě vývoje výdajů domácností dle statistik rodinných účtů ČSÚ dosáhly celkem cca 46 376 mil. Kč. Upřesnění soukromých výdajů za 2011 a následně i celkových výdajů na zdravotnictví lze předpokládat v říjnu 2012 dle zveřejněných národních účtů ČSÚ.

⁸⁷ Český statistický úřad *Statistická ročenka České republiky 2011*.

Celkové výdaje na zdravotnictví tedy činily v roce 2011 dle předběžných podkladů 288 784 mil. Kč a představovaly 7,6 % z hrubého domácího produktu ČR. Po rekordní výši výdajů na zdravotnictví z roku 2009, kdy bylo dosaženo úrovně 280 014 mil. Kč, došlo k mírném poklesu na 273 762 mil. Kč v roce 2010.⁸⁸

Přehled výdajů na zdravotnictví za roky 2006-2010 vypadá tedy následovně:

Tabulka 12 – Celkové výdaje na zdravotnictví 2006-2010 (mil. Kč)⁸⁹

Položky výdajů	2006	2007	2008	2009	2010
Veřejné výdaje	197 028	206 564	218 719	236 873	237 272
z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	22 828	22 851	21 439	24 050	22 117
zdravotní pojišťovny	174 200	183 713	197 280	212 823	215 155
Soukromé výdaje	29 783	35 370	45 801	43 141	36 490
Výdaje celkem	226 810	241 935	264 520	280 014	273 762
Podíl z HDP v %	7,1	6,8	7,2	7,7	7,2

Zdroj: vlastní zpracování autora

S použitím těchto nově publikovaných údajů je podíl zdrojů financování na výdajích na zdravotnictví následující:

Tabulka 13 – Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)

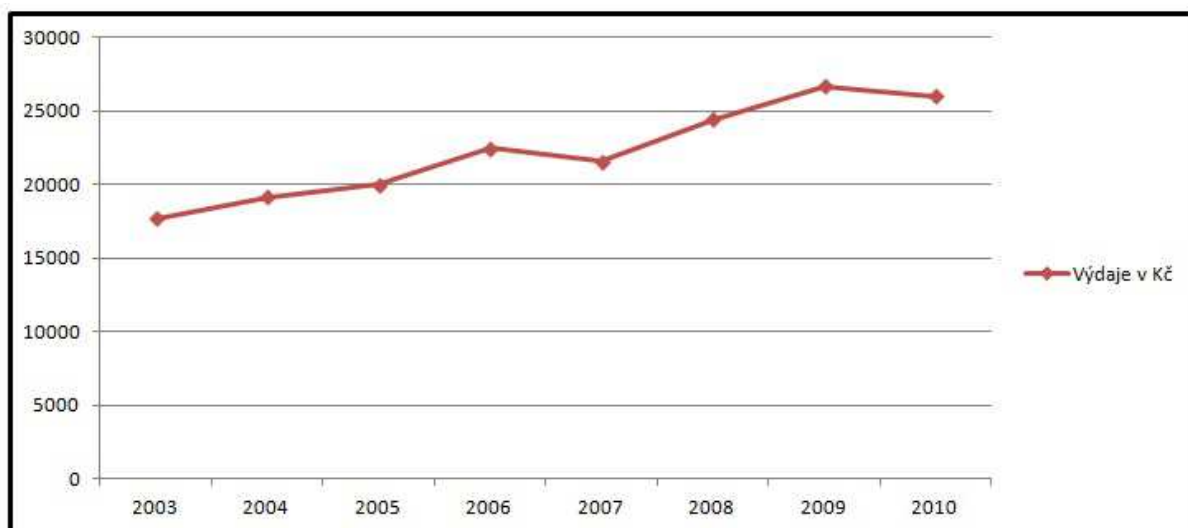
Položky výdajů	2006	2007	2008	2009	2010
Veřejné výdaje	86,9	85,4	82,7	84,6	86,7
z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	10,1	9,4	8,1	8,6	8,1
zdravotní pojišťovny	76,8	76,0	74,6	76,0	78,6
Soukromé výdaje	13,1	14,6	17,3	15,4	13,3
Výdaje celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

⁸⁸ ÚZIS ČR: Aktuální informace č. 28 z 25.7.2012 – Celkové výdaje na zdravotnictví 2007-2011

⁸⁹ Český statistický úřad: Statistické ročenky 2007-2011.

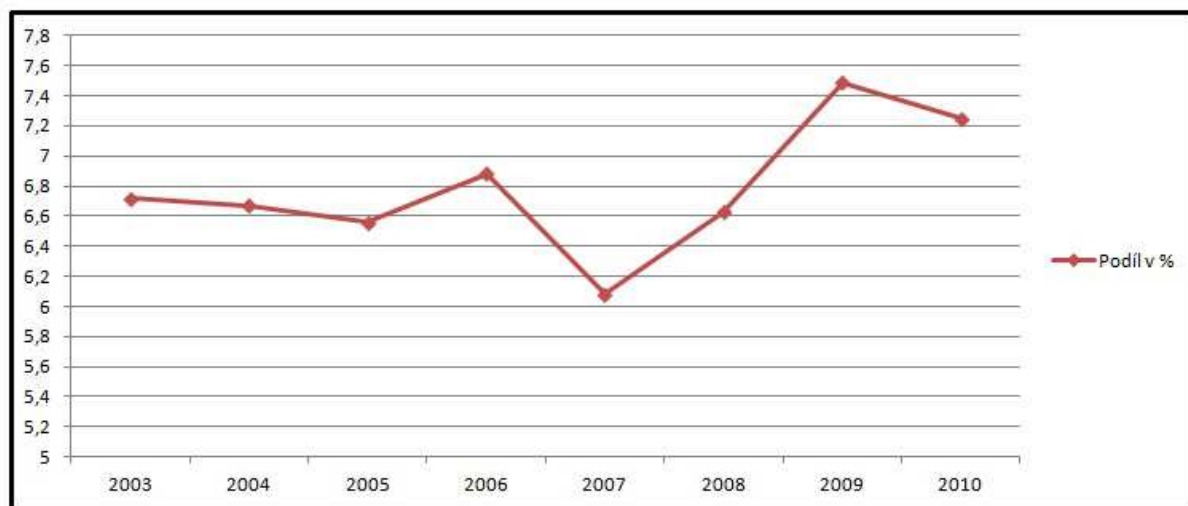
Graf 9 – Výdaje ve zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč²⁰



Zdroj: vlastní zpracování autora

Graf č. 9 jasně ukazuje meziroční trend růstu výdajů ve zdravotnictví na 1 obyvatele České republiky. Aby bylo možné odpovědně zhodnotit, zda a v jaké míře bude tento vývoj pro ČR ohrožující, je zapotřebí porovnat v jednotlivých letech procentuální podíl výdajů na zdravotnictví vůči hrubému domácímu produktu (HDP).

Graf č. 10 – Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice²⁰



Zdroj: vlastní zpracování autora

4.2. Založení a vedení soukromé lékařské praxe v ČR

Podmínky výkonu povolání lékaře

Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání v ustanovení § 3 odst. 2 říká:

„(2) Živností dále není v rozsahu zvláštních zákonů činnost fyzických osob:

- a) lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče a přírodních léčitelů.“

Podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta tak upravuje zákon č. 95/2004 Sb., ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

Způsobilost k výkonu povolání lékaře má ten, kdo je:

- a) odborně způsobilý;
- b) zdravotně způsobilý;
- c) bezúhonný;
- d) členem České lékařské komory;
- e) má plnou způsobilost k právním úkonům.

Odborná způsobilost

Odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře upravuje § 4 z.č. 95/2004 Sb., v platném znění takto:

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia⁹⁰, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství.
- (2) Za výkon povolání lékaře s odbornou způsobilostí se považuje činnost preventivní, diagnostická, léčebná, rehabilitační a dispenzární péče pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

Aby však mohl lékař vykonávat samostatný výkon povolání lékaře musí získat navíc specializovanou způsobilost, která se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je lékaři vydán ministerstvem diplom o specializaci v příslušném specializačním oboru. Délka specializačního vzdělávání pro obor

⁹⁰ § 44 odst. 4 zákona č. 111/1998 Sb.

„Praktické lékařství pro dospělé“ je minimálně čtyřleté a uskutečňuje se podle vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů, které ministerstvo schvaluje a zveřejňuje ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Atestační zkouška (§ 21 z.č. 95/2004 Sb., v platném znění)

- (1) Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou před oborovou atestační komisí podle zkušebního řádu stanoveného prováděcím právním předpisem na základě žádosti uchazeče o vykonání atestační zkoušky. Oborové atestační komise zřizuje ministerstvo jako svůj poradní orgán s ohledem na obory, které jsou předmětem atestační zkoušky. Členy oborových atestačních komisí jmenuje a odvolává ministr zdravotnictví na návrh České lékařské komory nebo České stomatologické komory nebo České lékárnické komory, odborných společností, akreditovaných a vzdělávacích zařízení a u posudkových lékařů též na návrh Ministerstva práce a sociálních věcí a České správy sociálního zabezpečení. U lékařů, zubních lékařů a farmaceutů v působnosti Ministerstva obrany je na návrh Ministerstva obrany oborová atestační komise doplněna vždy o jednoho odborníka vojenského zdravotnictví.
- (2) Atestační zkouška se může ve stejném oboru specializačního vzdělávání opakovat nejvýše dvakrát, nejdříve však za 1 rok ode dne neúspěšně vykonané atestační zkoušky.
- (3) Ministerstvo vydá lékaři, zubnímu lékaři nebo farmaceutovi, který úspěšně vykonal atestační zkoušku, diplom o specializaci.

System celoživotního vzdělávání

Česká lékařská komora ve svém stanovském předpise č. 16 upravuje systém celoživotního vzdělávání lékařů ČLK, kterých se všichni lékaři musí dle ustanovení § 22 z.č. 95/2004 Sb., v platném znění celoživotně účastnit.

Mezi formy celoživotního vzdělávání lékařů podle výše uvedeného stanovského předpisu patří:

- a) vzdělávací akce pořádané ČLK; není-li stanoveno či nevyplývá-li z povahy věci jinak, rozumí se ČLK i okresní (obvodní) sdružení ČLK (dále též „OS ČLK“);
- b) vzdělávací akce pořádané dalšími subjekty sdruženými v asociaci;
- c) vzdělávací akce pořádané subjekty provádějícími celoživotní vzdělávání dle zákona č. 95/2004 Sb., vyjma subjektů uvedených pod písmeny a) a b);

- d) klinické stáže a klinické dny;
- e) publikační a přednášková činnost;
- f) studium odborné literatury;
- g) elektronické formy vzdělávání.

Diplom celoživotního vzdělávání lékařů (dále jen Diplom) náleží lékařům, pokud za období posledních pěti let získal minimálně 50 kreditů. Diplom vydává okresní sdružení ČLK, v němž je lékař evidován. Diplom pak platí pět let ode dne jeho vydání.

Za absolvování jednorázového semináře pořádaného členem asociace v rozsahu dvou až sedmi, příp. více hodin, získává lékař dva až sedm, příp. více, kreditů dle délky akce (1 hodina⁹¹ odpovídá 1 kreditu). Za každý den individuální stáže nebo klinický den⁹² získává lékař čtyři kredity.

Například za publikační a přednáškovou činnost se udělují v rámci systému celoživotního vzdělávání lékařů kredity takto:

Tabulka 14 – Bodové hodnoty v rámci celoživotního vzdělávání lékařů

Druh výstupu	Autor			
	1.	2.	3.	4. a další
Účast na konferenci – přednáška	7	5	5	5
Účast na konferenci – poster	5	3	3	1
Článek v časopise s IF	20	15	15	10
Článek v zahraniční recenzovaném časopise	10	7	7	5
Článek v českém recenzovaném časopise	7	5	5	2
Příspěvek ve sborníku – v cizím jazyce	7	5	5	2
Příspěvek ve sborníku v češtině	5	4	4	2
Vědecká monografie	30	30	30	15
Kapitola ve vědecké monografii	10	5	2	2
Vysokoškolské skriptum	15	10	10	5

Zdroj: vlastní zpracování autora

⁹¹ Jedna vyučovací hodina trvá 45 minut.

⁹² za klinický den se považují specializované semináře prováděné přímo na klinikách pod vedením předních odborníků z řad vedoucích lékařů

Zdravotní způsobilost

Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, je zdravotnický pracovník povinen doložit zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékařským posudkem, který vydává registrující praktický lékař nebo lékař závodní preventivní péče.

Bezúhonnost

Za bezúhonného se dle ustanovení § 3 odst. 3 z.č. 95/2004 Sb. v platném znění považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší 90 dnů. Doklad o bezúhonnosti se vyžaduje vždy před zahájením výkonu zdravotnického povolání a v odůvodněných případech též na vyžádání zaměstnavatele, jde-li o zaměstnance, nebo správního úřadu, který lékaři vydal oprávnění k provozování zdravotnického zařízení podle zvláštního předpisu.

Členství v České lékařské komoře

Dne 8. května 1991 byla na základě zákona České národní rady č. 220/1991 Sb. zřízena Česká lékařská komora se sídlem v Olomouci jako samosprávná nepolitická stavovská organizace sdružující všechny lékaře zapsané v seznamech vedených komorami.

Dle ustanovení § 3 odst. 1 z.č. 220/1991 Sb. v platném znění je každý lékař, který vykonává na území České republiky povolání v léčebné a preventivní péči povinen být členem České lékařské komory.

Dle ustanovení § 4 pak ČLK zapíše do dvou měsíců od doručení žádosti do seznamu každého kdo:

- a) řádně ukončil studium na lékařské fakultě československé univerzity nebo zahraniční univerzity a je oprávněn k výkonu lékařské praxe na území České a Slovenské Federativní republiky;
- b) má plnou způsobilost k právním úkonům;
- c) nebyl v průběhu předchozích pěti let vyloučen z České lékařské komory.

Pro rok 2012 stanovila ČLK výši členských příspěvků následovně:

Tabulka 15 – Přehled výše příspěvků členů ČLK v roce 2012

Skupina	Výše členských příspěvků na rok 2012 [Kč/člen]
Soukromí a vedoucí lékaři	2.930,-
Zaměstnanci a ostatní lékaři	2.140,-
Absolventi neplatící	0,-
Absolventi platící	950,-
Nepracující důchodci	470,-
Nedohledatelní	0,-
Mateřská dovolená	0,-
Pozdní vstup	10.000,-

Zdroj: vlastní zpracování autora

Podmínky výkonu povolání všeobecné sestry

Podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče upravuje zákon č. 96/2004 Sb., ve znění zákonů 125/2005 Sb., 111/2007 Sb., 124/2008 Sb. a z.č. 189/2008 Sb.

Způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry má ta, která je:

- a) odborně způsobilá;
- b) zdravotně způsobilá;
- c) bezúhonná.

Odborná způsobilost

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné zdravotní sestry upravuje § 5 z.č. 96/2004 Sb., v platném znění má ten, kdo absolvoval:

- a) nejméně tříletý akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní obor pro přípravu všeobecných sester;
- b) nejméně tříleté studium v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách;
- c) vysokoškolské studium ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004;

- d) tříleté studium v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004;
- e) studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004;
- f) studijní obor zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
- g) tříleté studium v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření, nebo které získaly specializovanou způsobilost podle § 96 odst. 3.

Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.

Dle ustanovení § 53 odst. 2 z.č. 96/2004 Sb., je celoživotní vzdělávání povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.

Formy celoživotního vzdělávání jsou:

- ✓ specializační vzdělávání;
- ✓ certifikované kurzy;
- ✓ inovační kurzy v akreditovaných zařízeních;
- ✓ odborné stáže v akreditovaných zařízeních;
- ✓ účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích;
- ✓ publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost nebo
- ✓ samostatné studium odborné literatury.

Za celoživotní vzdělávání se též považuje studium navazujících studijních programů (akreditovaný doktorský, magisterský, bakalářský obor nebo obor vyšší odborné školy, který

je zdravotnického zaměření nebo svým zaměřením úzce souvisí s odborností příslušného zdravotnického pracovníka a je absolvován po předchozím získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou získává zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání, psycholog a logoped odbornou i současně specializovanou způsobilost k výkonu příslušného zdravotnického povolání.

Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dále jen „Osvědčení“) se získává oprávnění:

- a) k výkonu povolání bez odborného dohledu (§ 4 odst. 3 z.č. 96/2004 Sb.),
- b) k vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech.

Dle ustanovení § 67 z.č. 96/2004 Sb., v platném znění ministerstvo rozhodne o vydání Osvědčení zdravotnickému pracovníkovi na základě jeho písemné žádosti, jejímž obsahem je:

- a) u zdravotnického pracovníka, který požádal o vydání osvědčení do 18 měsíců ode dne získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, doklady o získané způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru,
- b) u ostatních zdravotnických pracovníků, kteří požádali o vydání Osvědčení po uplynutí 18 měsíců ode dne získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání doklady:
 1. uvedené v písmenu a),
 2. o výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru minimálně 1 rok z období posledních 6 let v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 roky výkonu zdravotnického povolání z období posledních 6 let v rozsahu minimálně pětiny stanovené pracovní doby, a dále získání **40 kreditů** z celoživotního vzdělávání z období posledních 6 let, nebo
 3. o složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru, pokud zdravotnický pracovník nesplnil podmínky uvedené v bodu 2 tohoto písmene.

Osvědčení se vydává na období 6 let a ministerstvo rozhodne o vydání osvědčení do 30 dnů po obdržení žádosti. Zdravotnický pracovník, který získal Osvědčení, může ke svému označení odbornosti připojit též označení „Registrovaný/á“.

Maturitní obor **53-41-M/001 – Všeobecná sestra** byl nahrazen novým oborem **53-41-M/007 Zdravotnický asistent**, kdy tuto novou odbornost mohou získat zájemci též formou akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání úplného vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36 z.č. 96/2004 Sb., v platném znění.

Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetřovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.

Tabulka 16 – Přehled kreditů pro všeobecnou zdravotní sestru

Jednotlivé formy celoživotního vzdělávání	Kreditů
Studium na VŠ a VOŠ (semestr nebo 6 měsíců)	25
Inovační kurz, školicí akce (za každý započatý den – max. 12 kreditů)	3
Inovační kurz realizovaný formou e-learningu (max. 14 kreditů za registrační období)	2
Účast na semináři (max. 10 kreditů za registrační období)	1
Účast na odborné stáži (max. 15 kreditů za jednu stáž)	3
Účast na kongresu, odborné konferenci, pracovního dne, sjezdu nebo sympozia za každý den účasti (max. 12 kreditů za jednu akci)	4
Přednesení vlastní přednášky, autorství posteru nebo aktivní účast na soutěžích	10
Spoluautorství na přednášce nebo přednesení cizí přednášky	5
Spoluautorství na posteru	4
Účast na mezinárodním kongresu za každý den účasti (max. 15 kreditů za jeden mezinárodní kongres)	5
Přednesení vlastní přednášky nebo autorství posteru na mezinárodním kongresu	15
Spoluautorství na přednášce nebo přednesení cizí přednášky na mezinárodním kongresu	10
Spoluautorství na posteru na mezinárodním kongresu	5
Za odborný článek (1. autorovi)	15
Za odborný článek (2. autorovi)	10
Za odbornou publikaci, skripta nebo jiné učební pomůcky (výukový CD-ROM)	25
Spoluautorovi odborné publikace, učebnice, skript nebo učební pomůcky	20
Pedagogická činnost – za 1 vyučovací hodinu (max. 20 kreditů za registrační období)	2
Za vědecko-výzkumnou činnost	25
Za vypracování metodiky	20

Zdroj: vlastní zpracování autora

Zdravotní způsobilost

Zdravotnický pracovník a jiný odborný pracovník je povinen doložit zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékařským posudkem vydaným na základě lékařské prohlídky. Lékařský posudek vydává registrující praktický lékař, a není-li, jiný praktický lékař. Seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání, obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku stanoví prováděcí právní předpis. Zdravotní způsobilost se zjišťuje:

- a) před zahájením výkonu povolání a po přerušení výkonu povolání na dobu delší než 3 roky,
- b) v případě důvodného podezření, že došlo ke změně zdravotního stavu zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka
 1. na vyžádání správního úřadu, který vydal oprávnění k provozování zdravotnického zařízení podle zvláštního právního předpisu, jde-li o pracovníka, který poskytuje zdravotní péči vlastním jménem nebo o odborného zástupce, je-li ustanoven, nebo
 2. na vyžádání zaměstnavatele, jde-li o zaměstnance, který podle lékařského posudku lékaře zařízení závodní preventivní péče pozbyl zdravotní způsobilost k práci.

Bezúhonnost

Za bezúhonného se dle ustanovení § 3 odst. 3) z.č. 96/2004 Sb. v platném znění považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen. Doklad o bezúhonnosti se vyžaduje vždy před zahájením výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka nebo též v jiných odůvodněných případech; zdravotnický pracovník a jiný odborný pracovník na vyžádání zaměstnavatele, jde-li o zaměstnance, a zdravotnický pracovník, který poskytuje zdravotní péči vlastním jménem, na vyžádání správního úřadu, který mu vydal oprávnění k provozování zdravotnického zařízení podle zvláštního právního předpisu, je povinen doložit svoji bezúhonnost výpisem z evidence Rejstříku trestů nebo obdobného rejstříku, který nesmí být starší 3 měsíců.

5. Struktura příjmů praktického lékaře

5.1. Kapitační platby

Kapitační platba – úhrn indexovaných kapitačních paušálů za platně registrované pojištěnce zdravotní pojišťovny v daném měsíci u daného lékaře⁹³.

Kapitační platba je pevně stanovená částka za jednoho registrovaného pojištěnce upravená věkovým koeficientem, kterou praktický lékař měsíčně obdrží od zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec evidován. Tím je přeneseno riziko z nemocnosti pojištěnců ze zdravotní pojišťovny na praktického lékaře. Kapitační platba má stále stejnou výši, a to bez ohledu na to, zda-li je pojištěnec zdravý či nemocný. Její použití je možné tam, kde se poskytovatel zdravotní péče (PL) dlouhodobě stará o snadno vymežitelnou skupinu pacientů.

Nevýhodou kapitační platby je skutečnost, že cílem praktického lékaře může být snaha poskytnout co možná nejméně zdravotní péče, protože objem finančních prostředků, které obdrží od zdravotní pojišťovny, bude stále stejný. Může tak volit nadměrné odesílání pacientů ke specialistům, kteří jsou již honorováni za své výkony a tudíž mu mohou být paradoxně ještě vděční za poskytnutí vyššího výdělku. Kolo nesmyslného vynakládání peněžních prostředků ve zdravotnictví se tak začíná pozvolna roztáčet již v oblasti primární péče.

Zdravotní pojišťovny se brání takové činnosti tím, že praktický lékař je povinen některé výkony provést ve prospěch pacienta a to v rámci kapitační platby. Příloha č. 2 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 425/2011 Sb., stanoví seznam výkonů praktického lékaře, které jsou zahrnuty do kapitační platby.

Další nevýhodou kapitační platby je skutečnost, že nerespektuje reálné náklady praktického lékaře, neboť je vypočtena pro určitý počet kapitačních pojištěnců, avšak má-li lékař v péči menší počet pacientů, jeho ekonomická situace se zásadním způsobem zhoršuje. To je nežádoucí zvláště u venkovských praxí, kde samotný stát má zájem na zachování, všem dostupné a kvalitní lékařské péče.

⁹³ Financování zdravotního pojištění. [cit. 13.10.2008]. Dostupné na internetu: <http://www.zpskoda.cz/cs/zarizeni/financovani_zp_detail.asp?id_clanek=434#kotva5>

Tabulka 17 – Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001⁹⁴

č. výkonu	Název
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta
01030	Administrativní úkony praktického lékaře
09215	Injekce I.M., S.C., I.D.
09216	Injekce do měkkých tkání nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let
09219	Intravenózní injekce u dospělého či dítěte nad 10 let
09220	Kanylace periferní žíly včetně infúze
09233	Injekční okrsková anestézie
09237	Ošetření a převaz rány od 1 cm ² do 10 cm ²
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou
09525	Rozhovor lékaře s rodinou
44239	Ošetření a převaz bércového vředu lékařem (1 bérec)
71511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu
71611	Vynětí cizího tělesa z nosu - jednoduché

Zdroj: vlastní zpracování autora

Na druhé straně má však kapitační platba několik výhod. Podporuje to, aby si praktický lékař hleděl svých pacientů a udržoval s nimi dobré vzájemné vztahy. Kapitační platba je tak úzce svázána s principem dlouhodobé registrace pacienta u praktického lékaře. Pojištěnec má právo dle ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) z.č. 48/1997 Sb. na

„b) **na výběr lékaře** či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně; toto právo může uplatnit **jednou za tři měsíce**. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení⁹⁵ a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území a v případě, kdy se

⁹⁴ Příloha č. 2 k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 425/2011 Sb.

⁹⁵ překročením únosného zatížení lékaře je nutno chápat stav, kdy by pravidelně lékař pracoval více hodin než má smluvně sjednáno se zdravotní pojišťovnou

jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno.“⁹⁶

Praktického lékaře lze nazvat též jakýmsi „dveřníkem (gate keeper) do systému zdravotní péče. Tato funkce spočívá v tom, že právě praktický lékař odesílá pacienta k dalším specialistům. Pacient se může sice na specialistu obrátit sám, se žádostí o vyšetření, avšak toto si musí v některých případech také sám uhradit.

Výše kapitační platby

Podle přílohy č. 2 k vyhlášce č. 425/2011 Sb. je stanovena výše kapitační platby následovně:

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle celkového počtu zdravotnickým zařízením registrovaných přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho zdravotnickým zařízením registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši:

- a) 50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- b) 49 Kč pro praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou e zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně.

⁹⁶ ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) z.č. 48/1997 Sb. v platném znění

- c) 47 Kč pro ostatní praktické lékaře,
- d) 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, má menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřeno smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením..
3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se písm. A) body 4 až 6 použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

Tabulka 18 – Věkové skupiny a indexy⁹⁷

Věková skupina	Index	Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91	45 – 49 let	1,10
5 – 9 let	1,70	50 – 54 let	1,35
10 – 14 let	1,35	55 – 59 let	1,45
15 – 19 let	1,00	60 – 64 let	1,50
20 – 24 let	0,90	65 – 69 let	1,70
25 – 29 let	0,95	70 – 74 let	2,00
30 – 34 let	1,00	75 – 79 let	2,40
35 – 39 let	1,05	80 – 84 let	2,90
40 – 44 let	1,05	85 a více let	3,40

Zdroj: viz. poznámka pod čarou

⁹⁷ Příloha č. 2 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Pozn.: Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Tab. 19 – Výše celkových kapitačních plateb za jednotlivé věkové skupiny obyvatel k 31.12.2010

Věk	Počet pojištěnců	Výše kapitace	Index	Přepočtená kapitace	Celkem
0	117 456	50,00 Kč	3,91	195,50 Kč	22 962 648,00
1-4	462 079	50,00 Kč	3,91	195,50 Kč	90 336 444,50
5-9	485 064	50,00 Kč	1,70	85,00 Kč	41 230 440,00
10-14	453 543	50,00 Kč	1,35	67,50 Kč	30 614 152,50
15-19	582 650	50,00 Kč	1,00	50,00 Kč	29 132 500,00
20-24	692 009	50,00 Kč	0,90	45,00 Kč	31 140 405,00
25-29	746 496	50,00 Kč	0,95	47,50 Kč	35 458 560,00
30-34	896 386	50,00 Kč	1,00	50,00 Kč	44 819 300,00
35-39	888 932	50,00 Kč	1,05	52,50 Kč	46 668 930,00
40-44	704 892	50,00 Kč	1,05	52,50 Kč	37 006 830,00
45-49	696 681	50,00 Kč	1,10	55,00 Kč	38 317 455,00
50-54	672 545	50,00 Kč	1,35	67,50 Kč	45 396 787,50
55-59	754 341	50,00 Kč	1,45	72,50 Kč	54 689 722,50
60-64	743 870	50,00 Kč	1,50	75,00 Kč	55 790 250,00
65-69	552 120	50,00 Kč	1,70	85,00 Kč	46 930 200,00
70-74	383 827	50,00 Kč	2,00	100,00 Kč	38 382 700,00
75-79	313 367	50,00 Kč	2,40	120,00 Kč	37 604 040,00
80-84	231 966	50,00 Kč	2,90	145,00 Kč	33 635 070,00
85-89	121 775	50,00 Kč	3,40	170,00 Kč	20 701 750,00
90-94	25 884	50,00 Kč	3,40	170,00 Kč	4 400 280,00
95+	6 887	50,00 Kč	3,40	170,00 Kč	1 170 790,00
celkem	10 532 770				786 389 255,00

Zdroj: Vlastní zpracování autora

Z tabulky č. 19 je zřejmé, že měsíční výdaje České republiky na kapitační platby praktickým lékařům jsou ve výši cca 786 milionů Kč. Pokud bychom uvažovali nejmenší možné výdaje (při uplatnění snížené kapitační platby – 49 a 47 Kč) činily by tyto cca 748 milionů Kč. Provedeme-li úpravu údaje „Celkem“ v tabulce č. 19 snížením o věkové kategorie 0; 1-4; 5-9; 10-14 a 15-19, tedy o děti a dorost, získáme celkové náklady na měsíční kapitační platby pro praktické lékaře pro dospělé ve výši 572 113 070,- Kč. Jestliže primární péči zabezpečuje 5 271 praktických lékařů pro dospělé (dle údajů ÚZIS k 31.12.2010), prostým podílem zjistíme, že na jednoho lékaře připadá měsíční kapitační platba ve výši **108 539,80 Kč**, přičemž by však lékař musel mít ve své kartotéce cca **1 600 kapitačních pojištěnců**. Tento počet se shoduje s údaji zveřejněnými ÚZIS k 31.12.2010.

Porovnání průměrné kapitační platby praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost

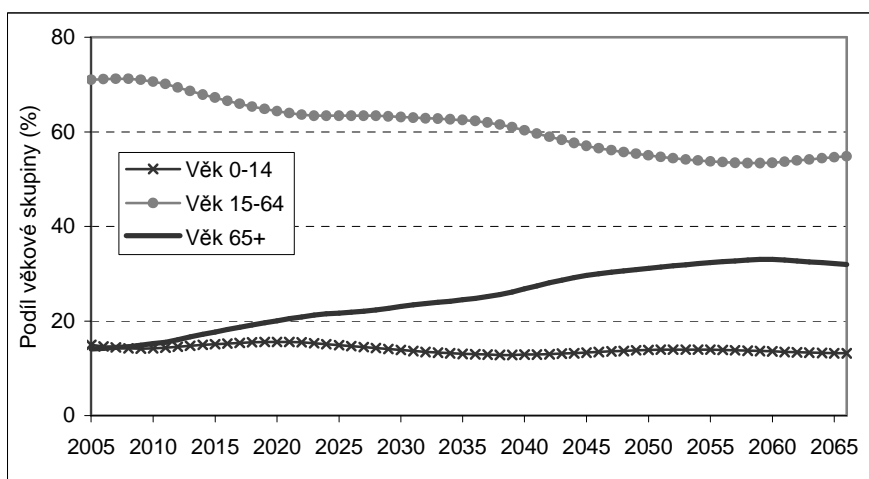
Praktický lékař pro dospělé by v celostátním měřítku pobíral na jednoho pojištěnce průměrnou měsíční kapitační platbu ve výši **67,84 Kč** (108 539,80 Kč : 1 600 pojištěnců).

Celkové výdaje zdravotnictví na kapitační platby pro praktické lékaře pro děti a dorost činí 214 276 185,- Kč, přičemž má ČR počet obyvatel spadající do věkové hranice 0-19 let celkem 2 100 792. Dle Statistické ročenky ČSÚ za rok 2011 působilo v České republice 2 106 praktických lékařů pro děti a dorost, kteří měli ve své kartotéce průměrně 998 kapitačních pojištěnců. Průměrná kapitační platba PL pro děti a dorost tedy činila **101,95 Kč**, avšak při nižším počtu kapitačních pojištěnců dosahují celkového měsíčního příjmu z kapitačních plateb jen **101 745,60 Kč**.

Demografický vývoj obyvatelstva České republiky

Oddělení demografické statistiky Českého statistického úřadu v první polovině roku 2009 vypracovalo „Projekci obyvatelstva České republiky (Projekce 2009)“. Prahem projekce se stala demografická struktura obyvatelstva ČR k 1. 1. 2009, podle výsledků bilance navazující na Sčítání lidu, domů a bytů 2001.

Graf 11 – *Prognóza vývoje věkových skupin, střední varianta*



Zdroj: ČSÚ: Projekce obyvatelstva České republiky, str. 6

„Ve všech variantách projekce dojde k výraznému růstu podílu osob starších 65 let, a to až na jednu třetinu populace. Absolutně jejich počet vzroste ze současných 1,56 mil. na 3-4 mil. osob (v závislosti na variantě projekce). Na významu přitom budou nabývat zejména nejstarší věkové skupiny.

Podíl dětské složky naopak v horizontu projekce poklesne, resp. bude stagnovat (ve vysoké variantě). Rozdíly mezi variantami projekce budou výraznější ve druhé polí projekčního období.“⁹⁸

„Porodnost žen v ČR již nepatří mezi nejnižší v Evropě, stále se však pohybuje pod průměrem EU. Od roku 2009 však došlo k zastavení předchozího růstu úhrnné plodnosti, předběžná data za rok 2011 dokonce naznačují její pokles. Pro rok 2011 se očekává pokles úhrnné plodnosti žen na 1,4. Minimální varianta proto předpokládá pokles porodnosti a její stabilizaci na úrovni evropských zemí s nižší porodností, maximální varianta počítá s postupným poměrně vysokým nárůstem plodnosti k nejvyšším současným hodnotám v Evropě blížícím úrovni nutné pro zajištění prosté reprodukce“.⁹⁹

„Předpovídat budoucí vývoj migrace v současné době je velmi obtížné. Závisí totiž na ekonomickém a politickém vývoji nejen v ČR, ale i v okolních zemích Evropy i mimo Evropu. ČR pravděpodobně zůstane zemí imigrační, tj. počet imigrantů bude trvale vyšší než počet emigrantů. V roce 2010 byl zaznamenán přírůstek ČR proti předchozím rokům poměrně nízký. Minimální varianta předpokládá jeho další snížení, maximální varianta naopak očekává výraznější oživení trvalé imigrace do ČR.“¹⁰⁰

Podle „Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065“ byla zpracována příloha č. 5. Z údajů v této uvedené lze provést předpokládaný přepočít výše kapitační platby pro praktické lékaře pro rok 2015, při úvaze neměnných ostatních parametrů (počet praktických lékařů, výše kapitační platby a indexů).

Tab. 20 – Srovnání kapítací v roce 2010 a prognózy jejího vývoje pro rok 2015

Praktický lékař	Měsíční průměrná kapitace		Průměrná kapitační platba	
	2010	2015	2010	2015
pro dospělé	108 539,80 Kč	112 339,30 Kč	67,84 Kč	68,90 Kč
pro děti a dorost	101 745,60 Kč	102 098,15 Kč	101,95 Kč	103,67 Kč
rozdíl	6 794,20 Kč	10 241,15 Kč	34,11 Kč	34,77 Kč

Zdroj: vlastní zpracování autora

⁹⁸ ČSÚ: *Projekce obyvatelstva České republiky (Projekce 2009)*, 2009.

⁹⁹ Fiala, T., Langhmarová, J.: *Human resources in the Czech Republic 50 years ago and 50 years after*. In: IDIMT-2009 System and Humans – A Complex Relationship. Trauner Verlag universität, Linz. 2009.

¹⁰⁰ Kačerová, E.: *Integration migration and mobility of the EU citizen in the Visegrad group countries: Comparison and bilateral flows*. In: European Population Conference. Barcelona. EPC, 142. 2008.

Lze jen velmi problematicky odhadovat vliv demografického vývoje obyvatelstva v České republice na rozvážení kapitačních plateb praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost. V roce 2015 by se tak měl zvýšit rozdíl mezi průměrnou výší kapitační platby praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost o 1,94 %. Je tedy zřejmé, že Ministerstvo zdravotnictví ČR bude muset průběžně vyhodnocovat všechny vlivy ovlivňující reálné příjmy praktických lékařů a průběžně upravovat výši indexů pro jednotlivé věkové kategorie.

5.2. Zdravotní pojišťovny

Dle ustanovení § 46 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů hrazených služeb, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. V současné době působí v České republice osm zdravotních pojišťoven:

Tabulka 21 – Přehled zdravotních pojišťoven v České republice

111	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE

Zdravotní pojišťovna MÉDIA, která byla nejmladší zdravotní pojišťovnou a působila na trhu teprve od roku 2009 se v roce 2011, z důvodu nenaplnění předepsaného minimálního počtu klientů¹⁰¹, spojila s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky.

Zdravotní pojišťovna AGEL, která vznikla jako ambiciózní projekt miliardáře Tomáše Chrenka se po kolapsu firmy Moravia Energo sloučila s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou a převedla do této cca 60 tisíc svých pojištěnců.

Na základě žádosti Hutnické zaměstnanecké pojišťovny a České národní zdravotní pojišťovny bylo rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR č.j. MZDR 26749/2009 ze dne

¹⁰¹ dle ustanovení § 4 odst. 2 písm. f) zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů je zákonný požadavek dosažení počtu nejméně 100 000 pojištěnců.

31. července 2009 povoleno sloučení Hutnické zaměstnanecké pojišťovny s Českou národní zdravotní pojišťovnou k 1. říjnu 2009. Současně se sloučením změnila Hutnická zaměstnanecká pojišťovna svůj název na Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), avšak ponechala si svůj původní kód 205.¹⁰²

Smlouva zdravotnického zařízení se zdravotní pojišťovnou

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení.

Konání výběrového řízení mohou navrhnout pouze:

- ✓ zdravotní pojišťovna;
- ✓ poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru;
- ✓ uchazeč, který hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopen ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru/oborech.

Zdravotnické zařízení (dále „ZZ“) uzavírá se zdravotní pojišťovnou (dále „ZP“) individuální smlouvu. Tato individuální smlouva se řídí rámcovou smlouvou zveřejněnou v příloze č. 1 k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb.

V článku 4 rámcové smlouvy se uvádí:

„(4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče **předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami**, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnického zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

(5) Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnou pojištěncům pojišťovny a pojištěncům z EU, kteří si pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, předává zdravotnické

¹⁰² [cit. 26.10.2009]. Dostupné z internetu: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Ciselniky/720>>

zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech).

(6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávné nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna hradí v nejbližším termínu úhrady.

(9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při **předání vyúčtování pojišťovně na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 50 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně**, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba poslední den lhůty připsána na účet zdravotnického zařízení.

(10) V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.¹⁰³

Zdravotní pojišťovny se snaží získat nejen nové pojištěnce, ale také praktické lékaře, kteří s ní budou ochotni uzavřít Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

5.3. Regulační poplatky

Dne 12. dubna 2007 se konal za velmi početné účasti zástupců médií seminář Ministerstva zdravotnictví k zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví. Ministr Tomáš Julínek, 1. náměstek ministra Marek Šnajdr a náměstek pro zdravotní pojištění Pavel Hroboň vystoupili s prezentacemi obhajujícími nutnost jejich zavedení.

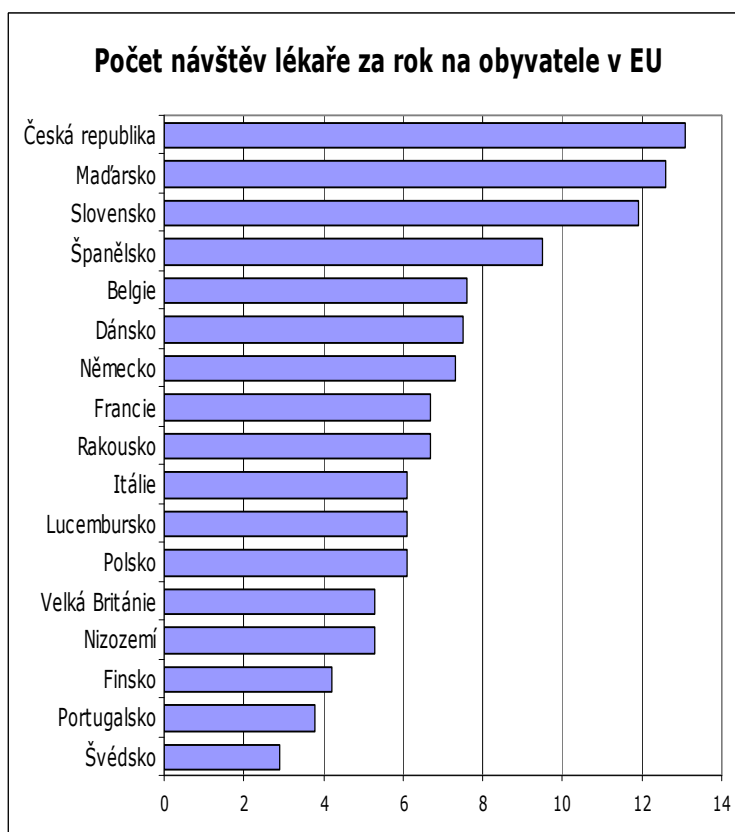
Za základní důvody zavedení regulačního poplatku ve výši 30,- Kč byly prezentovány tyto:

- 1) Na jednoho obyvatele ČR připadá průměrně 13,1 návštěv u lékaře za rok, tj. více než jedna návštěva měsíčně (zdroj: OECD Health Data).

¹⁰³ příloha č. 1 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb.

- 2) Důsledkem je plýtvání s prostředky veřejného zdravotního pojištění a následná finanční nerovnováha systému.
- 3) Takto vysoká frekvence kontaktů má nepříznivý dopad i na samotný způsob poskytování zdravotní péče (lékař má na vyšetření pacienta jen velmi krátký čas).

Graf 12 – Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU



Zdroj: OECD Health Data

„Navržené regulační poplatky v České republice jsou nižší nebo srovnatelné s poplatky v Chorvatsku, Maďarsku, Bulharsku, Lotyšsku, Estonsku a na Slovensku (před 1.9.2006). Česká republika byla s Polskem jedinými středoevropskými státy ve kterých nebyly zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví. V Polsku je neexistence regulačních poplatků „kompenzována“ vysokou spoluúčástí pacientů. Ve střední Evropě pochází 28,1 % (oproti 10,4 % v ČR) všech výdajů na zdravotnictví ze soukromých zdrojů.“¹⁰⁴

¹⁰⁴ Zdroj: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seminar-pro-novinare-regulacni-poplatky-v-kontextu-reformy-zdravotnictvi_806_871_1.html z 10. 5. 2012.

Dle ustanovení § 16a odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších změn a doplňků byly od 1. 1. 2008 zavedeny regulační poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno zubní vyšetření u zubního lékaře.

Dle ustanovení písm. e) pak za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službou první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, ústavní pohotovostní službou v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 do 07.00 hodin, pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče je vybírán regulační poplatek ve výši 90,- Kč.

Podle ustanovení § 16a odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb. pak:

„(9) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000,- Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně...“.

Regulační poplatek je dle ustanovení § 16a odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizaci.

Podle přílohy č. 2 k vyhlášce č. 425/2011 Sb. měl praktický lékař pro dospělé poskytovat zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně. Statistická ročenka ČSÚ uvádí, že praktičtí lékaři ošetřili za rok 2010 celkem 37 462 000 pacientů. Vezmeme-li v úvahu celkový počet dospělé populace v ČR spadajících do péče praktického lékaře pro dospělé (8 593 958 osob), navštívil v průměru každý pacient svého praktického lékaře během roku 4,3591krát. Při průměrném počtu kapitačních pojištěnců 1 600 registrovaných u praktického lékaře by bylo možné uvažovat celkový počet 6 975 návštěv za rok. Pokud by od všech pacientů vybral lékař povinný regulační poplatek činila by výše jeho výběru 209 250,- Kč/ročně, a měsíčně by jeho výše v takovém případě činila 17 437,50 Kč. To by však bylo za předpokladu, že by lékař v průměru byl schopen odbavit 4,84 pacienta/hodinu. V případě, že by bylo uvažováno odbavení 4 pacientů/hodinu, činil by měsíční příjem praktického lékaře plynoucí z regulačních poplatků částku 14 400,- Kč.

Lze tedy uvažovat, že **příjem praktického lékaře z regulačních poplatků se může pohybovat v intervalu 14 400,- až 17 437,50 Kč.**

5.4. Ostatní příjmy praktických lékařů

Kromě příjmu z kapitálních plateb a regulačních poplatků má praktický lékař též další příjmy. Problematikou kalkulace nákladů ordinace praktického lékaře pro dospělé se zabývá ve svých studiích MUDr. Lubomír Nečas, praktický lékař a předseda Sdružení praktických lékařů Zlínského kraje. Studie z roku 2007 s názvem Kalkulace nákladů ordinace praktického lékaře pro dospělé je dostupná na http://www.practicz.eu/kalkulace_nakladu_ordinace.html.

Tato kalkulace vychází z následujících předpokladů:

Tab. 22 – *Průměrné příjmy ordinace za měsíc v Kč*

Průměrná ordinace praktického lékaře v ČR (ÚZIS, 2007)

1 600 registrovaných pacientů

Průměrný příjem za kapitovaného pacienta (dle VZP, 2007)	53,07 Kč
Průměrný příjem za kapitované pacienty	84 912 Kč
Průměrný příjem za mimokapitační platby (15 % dle VZP)	12 736 Kč
Průměrné platby mimo zdravotní pojištění	8 000 Kč
Průměrné výnosy ordinace praktického lékaře celkem	105 648 Kč

Mimokapitační platby

„U praktických lékařů pro děti a dorost jsou zdravotní výkony očkování a prevence hrazeny s hodnotou bodu 1,10 Kč a ostatní mimokapitační výkony s hodnotou bodu 1,05 Kč. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, je hodnota bodu v obou odbornostech¹⁰⁵ stanovena na 0,90 Kč za bod. Dorovnání kapítace u tzv. malých praxí se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo pro děti a dorost má s ohledem na geografické podmínky méně než 70 % celostátního průměrného počtu přepočtených pojištěnců u příslušné zdravotní pojišťovny. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do 90 % kapitační platby. V současné době se jedná o 14 zdravotnických zařízení s tímto způsobem úhrady.“¹⁰⁶

¹⁰⁵ 001 – praktický lékař pro dospělé; 002 – praktický lékař pro děti a dorost

¹⁰⁶ Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Platby mimo zdravotní pojištění

Dle ustanovení § 13 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění je vymezena zdravotní péče, kterou lze poskytnout v základní variantě plně hrazené ze zdravotního pojištění a v ekonomicky náročnější variantě, u které rozdíl v ceně mezi základní variantou a ekonomicky náročnější hradí pojištěnec. Tato právní úprava vešla v účinnost dne 1. 4. 2012.

Vydávání různých typů potvrzení (řidičský průkaz, zbrojní průkaz apod.) jsou až na výjimky úkony lékaře, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Výše poplatku tedy záleží na ceníku konkrétního lékaře. Není však pravdou, že by byla, Českou lékařskou komorou anebo kýmkoli jiným, určena nějaká minimální výše, kterou je lékař povinen vybírat. Právě naopak – lékař stanoví cenu sám a pokud se pacientovi zdá příliš vysoká, může se informovat u jiných lékařů a domluvit se na vyšetření jinde. Dokonce existují lékaři, kteří za potvrzení nevybírají žádné poplatky. Vyšetření u jiného lékaře a poskytnutí nižší ceny však může být podmínováno, aby se pacient u něho nejdříve zaregistroval.

Tab. 23 – Srovnání ceníků výkonů nehrazených ze zdravotního pojištění různých lékařů [Kč]

Položka ceníku	L1	L2	L3	L4	L5
Vyšetření pro zaměstnavatele (vstupní, výstupní)	400,-	500,-	350,-	350,-	300,-
Vyšetření pro vystavení a prodloužení zbrojního průkazu	400,-	1.000,-	500,-	500,-	300,-
Vyšetření pro vystavení nového řidičského průkazu	400,-		400,-		300,-
Vyšetření pro získání zdravotního průkazu	200,-		400,-	350,-	300,-
Vyšetření pro prodloužení řidičského průkazu (osoby nad 60 let)	200,-	250,-			120,-
Výpis ze zdravotní dokumentace (pojistky, závodní lékař...)	200,-		200,-	200,-	50,-
Vyplnění žádosti do Domova důchodců	200,-				
Potvrzení pro jiné účely	100,-			100,-	50,-
Aplikace očkovací látky (nepovinné očkování)		80,-		150,-	
Odběr krve a zajištění laboratorního vyšetření (žádost pacient.)		150,-			
Vyšetření, ošetření a konzultace mimo ordinaci hodiny		300,-			
Administrativní úkon		200,-	200,-	100,-	
EKG vyšetření s interpretací výsledku (žádost pacient.)		200,-			
Vyšetření okultního krvácení ve stolici (nehrazené VZP)		180,-			
Stanovení C reaktivního proteinu pro samoplátce		200,-			
Celkové vyšetření lékařem pro samoplátce		1.000,-	400,-		
Cílené vyšetření lékařem pro samoplátce		400,-		200,-	
Lékařská zpráva o napadení druhou osobou, regres			200,-		
Předoperační vyšetření před interrupcí mimo zdr. indikace			400,-		
Potvrzení o způsobilosti studia na SŠ nebo VŠ			50,-	50,-	
Bodové hodnocení úrazu			200,-		
Zhotovení kopií při ztrátě očkovacího nebo zdravotního průkazu			100,-	100,-	
Potvrzení sportovních registračních průkazů				100,-	
Potvrzení o schopnosti zaměstnání, brigády, sportu apod.				100,-	
Aplikace náušnic klasickou metodou (obě uši)				200,-	
Aplikace náušnic klasickou metodou (jedno ucho)				100,-	
Preventivní komplexní lékařské vyšetření				400,-	
Opakované komplexní vyšetření preventivní				350,-	
Telefonické objednání k vyšetření u specialistů				20,-	

Legenda: L1 – CURATIO s.r.o., L2 – NEFROMED s.r.o.; L3 – MUDr. Josef Hošek;
L4 – MUDr. Michal Pukovec, L5 – MUDr. Jan Jágr; ceny platné k 1. 5. 2012

Zdroj: *webové stránky jednotlivých zdravotnických zařízení, vlastní zpracování autora*

Vzhledem ke skutečnosti, že praktický lékař poplatky vybírané za vydání potvrzení nevykazuje zdravotním pojišťovnám, ale tyto uvádí pouze souhrnně ve svém daňovém přiznání je prakticky nemožné relevantním způsobem zjistit skutečnou výši jejich výběru.

5.5. Celkové příjmy ordinace praktického lékaře

Pro výpočet celkových odhadovaných průměrných příjmů praktických lékařů pro dospělé byla ve vyšší variantě použita některá data ze studie MUDr. Lubomír Nečas (průměrný příjem za mimokapitační platby a průměrné platby mimo zdravotní pojištění). V nižší variantě pak byly tyto položky upraveny směrem dolů.

Tab. 24 – Průměrné (odhadované) příjmy ordinace PL za měsíc v Kč

Průměrná ordinace praktického lékaře v ČR (nižší varianta) 1 600 registrovaných pacientů

Průměrný příjem za kapitovaného pacienta	67,83738 Kč
Průměrný příjem za kapitované pacienty	108 539,80 Kč
Průměrný příjem za regulační poplatky	14 400,00 Kč
Průměrný příjem za mimokapitační platby (10 %)	10 853,98 Kč
Průměrné platby mimo zdravotní pojištění	4 000,00 Kč
Průměrné výnosy ordinace praktického lékaře celkem	137 793,78 Kč

Tab. 25 – Průměrné (odhadované) příjmy ordinace PL za měsíc v Kč

Průměrná ordinace praktického lékaře v ČR (vyšší varianta) 1 600 registrovaných pacientů

Průměrný příjem za kapitovaného pacienta	67,83738 Kč
Průměrný příjem za kapitované pacienty	108 539,80 Kč
Průměrný příjem za regulační poplatky	17 437,50 Kč
Průměrný příjem za mimokapitační platby (15 % dle VZP)	16 280,97 Kč
Průměrné platby mimo zdravotní pojištění	8 000,00 Kč
Průměrné výnosy ordinace praktického lékaře celkem	150 258,27 Kč

Pro další část disertační práce bude uvažováno, že průměrné měsíční příjmy ordinace praktického lékaře s 1 600 kapitačními pojištěnci se bude pohybovat v intervalu **137 793,78 až 150 258,27 Kč**.

6. Náklady ordinace praktického lékaře

6.1. Požadavky na vybavení ordinace praktického lékaře

Problematiku technických a věcných požadavků na vybavení zdravotnických zařízení řeší vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb., ve znění pozdějších změn a doplňků.

Ordinace praktického lékaře musí být vybavena:

- ✓ stůl pro lékaře se dvěma místy pro lékaře a pacienta, lehátko vyšetřovací (stůl) s minimální výškou se svítidlem a odkladním mobilním stolem;
- ✓ optotypy a váha s výškoměrem;
- ✓ stolek pro administrativní práce sestry;
- ✓ pracovní plocha pro přípravu zdravotnického materiálu a orientačního laboratorního vyšetření;
- ✓ sterilizátor, pokud není možnost smluvních dodávek z centrální sterilizace nebo dodávek materiálu na jedno použití;
- ✓ skříň a chladnička na léčiva a zdravotnický materiál, dřez, umyvadlo;
- ✓ svlékací kout se sedačkou a věšákem.

Plocha provozních místností ordinace musí být minimálně 15 m². Tato provozní místnost musí mít zabezpečeno přímé denní osvětlení a větrání okny; ostatní provozní místnosti včetně čekárny pacientů, u kterých přímé osvětlení a větrání nelze docílit z důvodů technických (například při vestavování zařízení do stávající budovy, při rekonstrukcích) nebo není vhodné z důvodů provozních, musí mít zabezpečeno umělé osvětlení a větrání vzduchotechnickým zařízením. Světlá výška místnosti musí být 3,0 m. Pokud charakter stávající stavby, v níž má být zdravotnické zařízení umístěno, neumožňuje technicky tuto výšku docílit (například při vestavování do stávající budovy), je možno připustit světlou výšku nižší, nejméně 2,5 m. Komunikace a vedlejší prostory musí mít světlou výšku nejméně 2,4 m. V ordinacích a ostatních místnostech, určených pro trvalý výkon práce, musí na jednu osobu připadnout nejméně 15 m³ vzdušného prostoru a nejméně 2 m² volné podlahové plochy, pokud z důvodů provozních požadavků není nutná plocha větší. Při nedodržení uvedeného objemu vzdušného prostoru musí být posouzena kvalita mikroklimatických podmínek. Musí být dodrženy tyto parametry mikroklimatických podmínek:

A. minimální teplota vzduchu

- 22 °C – ordinace
- 22 °C – přípravný
- 20 °C - čekárny

B. relativní vlhkost 30 až 50 %.

Při objemu 15 m³ na osobu musí dosáhnout jednonásobné výměny vzduchu za hodinu. Pokud se v místnosti nedosahuje objemu vzdušného prostoru 15 m³ na osobu, zvyšuje se požadavek na stanovenou výměnu vzduchu v příslušném poměru. **Prostory čekáren pro pacienty musí mít plochu minimálně 2,0 m² na jedno místo pacienta při nejmenší ploše místnosti 8,0 m².**

Nejmenší plocha, kterou musí mít ordinace praktického lékaře spolu s čekárnou tak činí 22 m². K této podlahové ploše je potřebné připočítat ještě podlahovou plochu na WC pro personál a pacienty.

K-Centrum, Senovážné náměstí 23, Praha 1 nabízí k pronájmu:

ordinace 18B – 19,97 m² + čekárna 18A – 18,17 m² za cenu 520 Kč/m² včetně služeb bez DPH, služby ve výši 200 Kč/m² jsou obsaženy v ceně za m² a zpětně se nerozúčtovávají.

Pokud by si praktický lékař pronajal tuto ordinaci s čekárnou zaplatil by měsíčně částku:

$$38,14 \text{ m}^2 \times 520,- \text{ Kč/m}^2 = 19.832,80 \text{ Kč.}^{107}$$

Tabulka 26 – Sazby pronájmu ordinace praktického lékaře

Lokalita	Výměra [m ²]		Sazba [Kč/m ²]	Pronájem celkem [Kč] ¹⁰⁸
	ordinace	čekárna		
Senovážné náměstí 23, Praha 1 ⁸⁶	19,97	18,17	520,00	19.833,-
Přimdská 501, Bor u Tachova ¹⁰⁹	18,91	14,94	351,00	11.882,-
Ječná 456/17, Hradec Králové ¹¹⁰	17,10	13,08	215,37	6.500,-
obec Michálkovice, okr. Ostrava ¹¹¹	45,00		215,37	6.500,-
Husova ul., Přerov ¹¹²	49,00		145,83	7.146,-
Absolonova ul., Brno – Komín ¹¹³	19,44	9,00	169,13	4.810,-

¹⁰⁷ <http://www.smosk-kcentrum.cz/?lang=cs&id=254> z 5. 4. 2012

¹⁰⁸ zaokrouhleno na celé Kč

¹⁰⁹ <http://mubor.cz/zverejneni-zameru-pronajmu-ordinace-praktickeho-lekare-v-budove-polikliniky.html> z 5.4.2012

¹¹⁰ <http://trh-ordinaci.eu/images/ordinacehk.pdf> z 5.4.2012

¹¹¹ <http://www.hyperreality.cz/inzerat/detail/3677342-pronajem-ordinace-ostava-michalkovice> z 5.4.2012

¹¹² <http://www.orka-olomouc.cz/komerce/pronajem/ordinace-lekare-prerov-pegas/20598/inzerat> z 5.4.2012

¹¹³ <http://www.gaute.cz/reality-nabidka/pronajem/komercni-prostory/brno-mesto/47923:pronajem-ordinace-kancelare-absolonova-kominm2> z 5.4.2012

Při provádění průzkumu pronájmů na internetu nebyly zohledňovány nabídky pronájmu ordinace praktického lékaře, které měly 12 m², přestože v nich v minulosti údajně ordinace PL provozovány byly a to vzhledem ke skutečnosti, že podlahová výměra nesplňuje požadavky vyhlášky MZdr č. 49/1993 Sb.

Lze tedy konstatovat, že rozpětí ceny za pronájem prostor ordinace praktického lékaře se pohybují v České republice v rozmezí 4.810,- Kč až 19.833,- Kč. Samozřejmě existují i pronájmy mnohonásobně dražší, avšak je považováno za akceptovatelné uvažovat podlahovou plochu ne větší než 50 m², která i tak je více jak dvojnásobkem plochy vyžadované zmiňovanou vyhláškou.

Vlastní nemovitost

Pomocí nabídek realitních společností byly vyhledávány komerční nemovitosti vhodné ke zřízení ordinace praktického lékaře s podlahovou plochou do 50 m².

Tabulka 27 – Pořizovací cena komerčních nebytových prostor

Lokalita	Výměra [m ²]	Cena [Kč/m ²]	Cena celkem [Kč] ¹¹⁴
Volutová ul., Praha 5 ⁹⁴	35,00	65.714	2.300.000,-
Sarajevská ul., Praha 2 ¹¹⁵	40,00	50.000	2.000.000,-
Praha 9 – Letňany ¹¹⁶	46,00	60.000	2.760.000,-
Kozolupy u Plzně ¹¹⁷	47,00	25.468	1.197.000,-
Handkeho ul., Olomouc ¹¹⁸	50,00	31.800	1.590.000,-
Kunovice ¹¹⁹	50,00	17.200	860.000,-
Karlovy Vary – Tuhnice ¹²⁰	46,00	39.130	1.800.000,-
Tylova ul., Vlašim ¹²¹	42,00	21.190	890.000,-
Ostrava – Hrabůvka ¹²²	50,00	19.200	960.000,-

Pořizovací cena nemovitosti se pohybovala od 860.000,- Kč do 2.760.000,- Kč. Podle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění jsou byty a nebytové prostory vymezené jako jednotky zvláštním právním předpisem zařazeny do 5. odpisové skupiny.

¹¹⁴ zaokrouhleno na celé tisíce Kč.

¹¹⁵ <http://www.prazskereality.cz/prodej-obchodni-prostory-40m2-ul-sarajevska-praha-2/detailid-27478974/> z 5.4.2012

¹¹⁶ <http://reality.bazos.cz/inzerat/20970037/Nebytove-prostory-novostavba-Praha-Letnany.php> z 5.4.2012

¹¹⁷ <http://www.jvrealty.cz/nemovitosti/byty/novostavba-byt-21-50-m2-kozolupy-u-plzne.htm> z 5.4.2012

¹¹⁸ <http://www.patriotrealty.cz/14/nebytovy-prostor-ol--handkeho/20007/detail> z 5.4.2012

¹¹⁹ <http://www.panoramareality.cz/reality/detail/79> z 5.4.2012

¹²⁰ <http://www.palatin.cz/nabidka/nebytove-prostory-v-karlovych-varech-tuhnicich/239> z 5.4.2012

¹²¹ <http://byty.realityvlasim.eu/byt-1-1/prodej/1970860-prodej-bytu-1%2B1-v-ov-vlasim-ul-tylova.html> z 5.4.2012

¹²² <http://prostory.realityostrava.eu/ostrava/obchodni-prostory/prodej/1744082-prodej-komercni-prostory-50m-ostrava-hrabuvka.html> z 5.4.2012

Podle ustanovení § 30 z.č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů je stanovena doba odpisování nebytových prostor zařazených v 5. odpisové skupině na 30 let. Pokud by bylo uvažováno, že doba odpisování odpovídá době životnosti nemovitosti, měly by se náklady na pořízení nebytových prostor pro zřízení ordinace vrátit lékaři do 30 let od jejího pořízení.

Tabulka 28 – Výpočet ročních a měsíčních odpisů komerčních nebytových prostor

Lokalita	Cena celkem [Kč] ¹²³	Roční odpis [Kč] ¹²⁴	Měsíční odpis [Kč] ¹⁰³
Volutová ul., Praha 5	2.300.000,-	76.667,-	6.389,-
Sarajevská ul., Praha 2	2.000.000,-	66.667,-	5.556,-
Praha 9 – Letňany	2.760.000,-	92.000,-	7.667,-
Kozolupy u Plzně	1.197.000,-	39.900,-	3.325,-
Handkeho ul., Olomouc	1.590.000,-	53.000,-	4.417,-
Kunovice	860.000,-	28.667,-	2.389,-
Karlovy Vary – Tuhnice	1.800.000,-	60.000,-	5.000,-
Tylova ul., Vlašim	890.000,-	29.667,-	2.472,-
Ostrava – Hrabůvka	960.000,-	32.000,-	2.667,-

Zdroj: vlastní zpracování autora

Měsíční náklady na pořízení vlastní ordinace praktického lékaře se tak pohybují v rozpětí od 2.472,- Kč do 7.667,- Kč, což jsou výdaje jednoznačně nižší než u pronájmu ordinace od vlastníka nemovitosti. Autor je si vědom skutečnosti, že vypočtená výše měsíčního odpisu v tabulce č. 18 je ve skutečnosti ovlivněna ještě následujícími okolnostmi:

- 1) vyšší úroků z vlastních vkladů – kdyby lékař finanční prostředky uložil na účet některé z bank, obdržel by bezesporu úrok ze svého vkladu, který by se mohl pohybovat na úrovni cca 2 – 3 % p.a.;
- 2) vyšší inflace – reálné snížení hodnoty peněz. Dle údajů Českého statistického úřadu se dlouhodobě pohybuje cca 2,6 %¹²⁵ (od roku 2000 do roku 2011);
- 3) vyšší z úroků z půjčky – pokud by lékař neměl vlastní prostředky a musel si tyto půjčit od některé z bank.

Pro zjednodušení výpočtu tedy nebyly výše uvedené okolnosti brány v úvahu.

¹²³ zaokrouhлено na celé tisíce Kč.

¹²⁴ zaokrouhлено na celé Kč.

¹²⁵ http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/mira_inflace z 5.4.2012

Minimální vybavení ordinace praktického lékaře bylo konzultováno se zástupci Sdružení praktických lékařů České republiky a pedagogy z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Tabulka 29 – *Minimální lékařské vybavení ordinace praktického lékaře [ceny s DPH]*

Položka	Minimálně	Maximálně
Fonendoskop	145,00 Kč	1.149,50 Kč
Chladnička na léčiva	21.728,00 Kč	31.459,00 Kč
Lékařská návštěvní brašna s vybavením	4.356,00 Kč	12.644,50 Kč
Optotypy	4.815,80 Kč	6.782,40 Kč
ORL ambulatórium	2.409,00 Kč	10.432,80 Kč
Resuscitační kufr s vybavením	3.288,80 Kč	10.032,00 Kč
Teploměr tělesné teploty	60,50 Kč	266,20 Kč
Tonometry	653,00 Kč	4.473,35 Kč
Váha s výškoměrem	8.880,00 Kč	37.243,80 Kč
Chladnice na biologický odpad	2.890,00 Kč	4.366,00 Kč
Celkem	49.226,10 Kč	118.849,55 Kč

Zdroj : odborné konzultace – Sdružení praktických lékařů ČR, I.LF UK a vlastní výzkum autora

Tabulka 30 – *Optimální lékařské vybavení ordinace praktického lékaře [ceny s DPH]*

Položka	Minimálně	Maximálně
Barvocitné tabulky	5.721,10 Kč	6.029,80 Kč
CRP QuickRead	30.772,48 Kč	33.345,00 Kč
EKG Standard	19.900,00 Kč	64.000,00 Kč
Elektrokauter	27.307,00 Kč	39.089,00 Kč
Fixační dlahy	307,80 Kč	834,90 Kč
Fonendoskopy	145,00 Kč	1.149,50 Kč
Glukometr	639,00 Kč	1.402,00 Kč
Chirurgické nástroje	876,00 Kč	897,00 Kč
Chladnička na léčiva	21.728,00 Kč	31.459,00 Kč
Lékařská návštěvní brašna s vybavením	4.356,00 Kč	12.644,50 Kč
Negatoskop (prohlížeč RTG)	4.356,00 Kč	10.920,00 Kč
Optotypy	4.815,80 Kč	6.782,40 Kč
ORL ambulatórium	2.409,00 Kč	10.432,80 Kč
Osobní váha	399,00 Kč	1.021,00 Kč
Pulsní oxymetr	1.306,80 Kč	4.235,00 Kč
Resuscitační kufr s vybavením	3.288,80 Kč	10.032,00 Kč
Spirometr	13.213,20 Kč	48.388,00 Kč
Teploměr tělesné teploty	60,50 Kč	266,20 Kč
Tonometry	653,00 Kč	4.473,35 Kč
Váha s výškoměrem	8.880,00 Kč	37.243,80 Kč
Výplach ucha	97,00 Kč	173,40 Kč
Chladnice na biologický odpad	2.890,00 Kč	4.366,00 Kč
Celkem	153.671,48 Kč	329.184,65 Kč

Zdroj : odborné konzultace – Sdružení praktických lékařů ČR, I.LF UK a vlastní výzkum autora

Tabulka 31 – *Minimální vybavení nábytkem, mobiliářem a výpočetní technikou ordinace praktického lékaře [ceny s DPH]*

Položka	Minimálně	Maximálně
Kartotéka	9.075,00 Kč	12.600,00 Kč
Vyšetřovací lehátko	6.498,00 Kč	42.338,00 Kč
Mobilní stolek	1.336,00 Kč	3.826,00 Kč
PC sestava lékaře	5.190,00 Kč	79.351,00 Kč
Medicínský software	3.900,00 Kč	17.800,00 Kč
Roční upgrade medicínského software	300,00 Kč	5.190,00 Kč
Tiskárna lékaře	1.279,00 Kč	123.376,00 Kč
Celkem	27.578,00 Kč	284.481,00 Kč

Zdroj : odborné konzultace – Sdružení praktických lékařů ČR, I.LF UK a vlastní výzkum autora

Tabulka 32 - *Optimální vybavení nábytkem, mobiliářem a výpočetní technikou ordinace praktického lékaře [ceny s DPH]*

Položka	Minimálně	Maximálně
Kartotéka	9.075,00 Kč	12.600,00 Kč
Vyšetřovací lehátko	6.498,00 Kč	42.338,00 Kč
Mobilní stolek	1.336,00 Kč	3.826,00 Kč
Chladnička personálu	2.890,00 Kč	4.366,00 Kč
PC sestava lékaře	5.190,00 Kč	79.351,00 Kč
PC sestava sestry	5.190,00 Kč	79.351,00 Kč
Medicínský software	3.900,00 Kč	17.800,00 Kč
Roční upgrade medicínského software	300,00 Kč	5.190,00 Kč
Tiskárna lékaře	1.279,00 Kč	123.376,00 Kč
Tiskárna sestry	1.279,00 Kč	0,00 Kč
Kopírka	2.745,49 Kč	0,00 Kč
Celkem	39.682,49 Kč	368.198,00 Kč

Zdroj : odborné konzultace – Sdružení praktických lékařů ČR, I.LF UK a vlastní výzkum autora

Tabulka 33 – *Minimální speciální spotřeba ordinace praktického lékaře (roční náklady) [ceny s DPH]*

Přímo spotřebovaná léčiva neuhrazená VZP	2.000,- Kč
RES léčiva neuhrazená VZP	2.000,- Kč
Náplasti a obvazový materiál základní	3.000,- Kč
Injekční technika a jehly	3.000,- Kč
Desinfekce, sterilizace a čisticí prostředky	5.000,- Kč
Praní zdravotnických oděvů	500,- Kč
Odvoz speciálního biologického odpadu	300,- Kč
Zdravotnické tiskopisy	3.000,- Kč
Celkem	18.800,- Kč

Zdroj : odborné konzultace – Sdružení praktických lékařů ČR, I.LF UK

Tabulka 34 – *Optimální speciální spotřeba ordinace praktického lékaře (roční náklady)*
[ceny s DPH]

Přímo spotřebovaná léčiva neuhrazená VZP	3.000,- Kč
RES léčiva neuhrazená VZP	2.000,- Kč
Náplastě a obvazový materiál základní	3.500,- Kč
Injekční technika a jehly	3.500,- Kč
Desinfekce, sterilizace a čisticí prostředky	6.000,- Kč
Praní zdravotnických oděvů	700,- Kč
Odvoz speciálního biologického odpadu	500,- Kč
Zdravotnické tiskopisy	3.000,- Kč
Celkem	22.200,- Kč

Zdroj : odborné konzultace – Sdružení praktických lékařů ČR, I.LF UK

Tabulky č. 29 – č. 34 byly vytvořeny na základě konzultací s pracovníky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a několika praktickými lékaři provozujícími samostatné praxe a dále empirickým zjišťováním cen jednotlivých produktů a služeb dostupných na území České republiky, přičemž vždy bylo vyhledáno alespoň pět dodavatelů a hodnoceny výrobky splňující zákonné parametry a to v minimální a maximální cenové hladině. Vzhledem k rozsahu zjišťování bylo přistoupeno pouze k uvedení výsledných tabulek provedeného dílčího výzkumu, čímž autor disertační práce sleduje zejména zachování přehlednosti uváděných údajů.

6.2. Náklady na software ordinace praktického lékaře

Výhody využívání výpočetní techniky praktickým lékařem

- 1) při předání vyúčtování ZP v elektronické podobě nebo na elektronickém nosiči je lhůta splatnosti vykázané zdravotní péče ZZ o 20 dnů kratší než při předání na papírových dokladech;
- 2) možnost snadného vytvoření dávky pro zdravotní pojišťovnu
 - minimalizace chyb
 - úspora času
- 3) implementace mnoha číselníků přímo do softwaru a jejich aktualizace s využitím Internetu
- 4) při zastupování jiným lékařem (např. při dovolené) zajištěnost stejné organizace dat pacientů
- 5) možnost provozování databáze na několika počítačích (lokálně anebo v síti)

- 6) úspory tisku (lékař tiskne jen doklady, jejichž papírová forma je vyžadována právními předpisy)
- 7) snadné archivování mnoha set karet pacientů prakticky po neomezenou dobu
- 8) možnost vytvoření často se opakujících textů do dekurzu¹²⁶ pacienta
- 9) hierarchické uspořádání přístupových oprávnění (např. vedoucí lékař – lékař – sestra apod.)
- 10) plánování návštěv pacientů (lepší využití času lékaře, menší počet chyb – např. duplicita pozvání apod.)
- 11) snadný tisk receptů, pracovních neschopností, přičemž není potřeba již zadávat identifikační údaje pacienta
- 12) rychlý tisk lékařských zpráv a kompletní zdravotní dokumentace pacienta
- 13) znatelně menší nároky na technické zabezpečení papírové kartotéky pacientů
- 14) rychlejší vyřízení pacienta (lékař nemusí žádat sestru o kartu, s touto manipulovat, vypisovat kartu na psacím stroji).

Obr. 9 - Číselník výkonů (software PC DOKTOR)

Kód	Název výkonu	Čas	Body	Materiál	Dohodou	Priv.cena
15120	STANOVENÍ OKULTNÍHO KRVÁCENÍ VE STOLICI STANDARDIZOVANÝM TESTEM - NÁLEZ NEGATIVNÍ	10	179.00	0.00		
21113	FYZIKÁLNÍ TERAPIE II	7	52.00	0.00		
21413	MOBILIZACE PERIFERNÍCH KLOUBŮ NEBO TECHNIKY MĚK	15	59.00	0.00		
21713	MASÁŽ REFLEXNÍ A VAZIVOVÁ	30	118.00	0.00		
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉ	20	235.00	0.00		
51423	DIVULZE ANU EV. S VYNĚTÍM CIZÍHO TĚLESA A MANUÁLNÍ	10	86.00	0.00		
51811	ABSCEJ NEBO HEMATOM SUBKUTANNÍ; PILONIDÁLNÍ; INT	10	155.00	0.00		
66811	INJEKCE DO BURZY; GANGLIA; POCHVY ŠLACHOVÉ	10	76.00	0.00		
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU	Q	5	38.00	0.00	
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHÉ	Q	10	74.00	0.00	
75227	OŠETŘENÍ POPÁLENÍ A POLEPTÁNÍ 1 OKA	10	125.00	0.00		

Kód: 15120

Podrobnosti | Historie cen | Privátní ceny

Kód: 15120 Četnost: Kvadrant: Zub: Odbornost: 001

Název: STANOVENÍ OKULTNÍHO KRVÁCENÍ VE STOLICI STANDARDIZOVANÝM TESTEM - NÁLEZ NEGATIVNÍ

Vysvětlivky: Vyšetření vzorku stolice s použitím speciálních testacích obálek u asymptomatického jedince v rámci preventivní prohlídky v souladu s platným předpisem.

Všechny Vybrané Povolené Preventivní Kapitační Kumulované Privátní Priv.vybrané

Esc-Zpět NOVÁK JOSEF MUDR. Názvy Ulož

Esc Zpět Del Zruš F8 Ulož mezi...

Zdroj: software PC DOKTOR

¹²⁶ dekurz = denní záznam o průběhu nemoci

Požadavky na software pro ordinaci praktického lékaře

- a) stavebnicová struktura, základní modul splňující požadavky dle platné legislativy a množství nadstavbových modulů umožňující jeho nasazení prakticky ve všech oblastech, vč. vědecko-výzkumné;
- b) garance otevřené datové struktury pro zajištění možnosti sdílení dat více programy (např. XML - eXtensible Markup Language);
- c) „přátelský“ pro všechny kategorie uživatelů od zcela nenáročného začátečníka až po počítačového či datového experta;
- d) možnost bezpečné komunikace s jinými pracovišti (laboratořemi, odbornými lékaři, nemocnicemi, výzkumnými pracovišti, zdravotními pojišťovnami, ministerstvem zdravotnictví apod.);
- e) existence různých druhů filtrů pro výstupní sestavy (studie, nežádoucí účinky léků, sledování účinnosti léků ale i business komunikaci s lékárnami, farmaceutickými firmami, výrobcí zdravotnického materiálu, techniky apod.);
- f) zajištění (garance) pravidelné aktualizace a souladu s nově přijatými právními normami, nejlépe prostřednictvím Internetu;
- g) začlenění všech potřebných číselníků (zdravotnických výkonů, zdravotních pojišťoven apod.), příp. číselníků ulehčujících lékaři jeho činnost (např. PSČ);
- h) poskytnutí servisu, hot-line, vstřícnost tvůrce i po uzavření smlouvy na připomínky praktického lékaře;
- i) bezproblémový chod programu v různých operačních systémech (Windows 98, 2000, XP, Vista, Windows 7);
- j) bezplatné poskytnutí DEMO verze, anebo časově omezeného provozování „ostré“ verze;
- k) možnost provozovat software v rámci počítačové sítě;
- l) při komunikaci po síti dostatečně zajistit ochranu osobních údajů pacientů i dalších komunikujících, příp. možnost kryptování;
- m) zajištění možnosti přechodu z jiných softwarů – převod základních i doplňkových dat;
- n) smluvní zajištění školení obsluhy;
- o) užívání osvědčených algoritmů, klávesových zkratk a postupů jako v MS OFFICE;
- p) poskytnutí manuálu v tištěné i elektronické verzi;
- q) možnost hromadného rozeslání emailů všem pacientům (např. zastupování jiným lékařem, dovolená, změna ordinačních hodin, telefonních čísel apod.);

- r) procedury zajišťující nemožnost zadání nesprávných údajů (např. modulo 11 pro kontrolu rodného čísla pacienta).

Tabulka 35 – Přehled výrobců softwaru pro praktické lékaře

	Název	Firma	Webové stránky
1.	Dr. HELP	KPK software	http://www.kpksoftware.cz
2.	MEDICUS	Medisoft International s.r.o.	http://www.medisoft.cz
3.	PC DOKTOR	DIALOG MIS s.r.o.	http://www.dialogmis.cz
4.	Ordinace PUSSA	Ing. Ivo Štolpa	http://www.pussa.cz
5.	SOLVER 99	Ing. Roman Stejskal	http://www.swservice.cz
6.	PRAKTIK	Praktik SW s.r.o.	http://www.praktik.cz
7.	WINDOKTOR	Marián Jindra	http://www.bjsoftware.cz
8.	WinMed	DATA-PLAN BOHEMIA s.r.o.	http://www.dataplan.cz/
9.	TurboAsistent	TENEL CZ s.r.o.	http://www.turboasistent.cz
10.	OBOLUS	Themis	http://www.themis.cz
11.	ORDIN	Ing. Vladimír Pachtl	http://www.msoft.uh.cz
12.	AIŠ	CTMOS s.r.o.	http://www.ctmos.cz
13.	Dr. REX	Medixon s.r.o.	http://www.rex.cz

Zdroj : vlastní zpracování autora

Tabulka 36 - Cenové srovnání jednotlivých produktů (ceny platné k 1.4.2012)

Poř.	Software	Verze START	Upgrade	Verze PROFI	Upgrade
1.	Dr. HELP	-	-	-	-
2.	MEDICUS	3.900,- Kč	2.300,- Kč	11.900,- Kč	4.500,- Kč
3.	PC DOKTOR	-	-	17.800,- Kč	5.190,- Kč
4.	Ordinace PUSSA	-	-	4.990,- Kč	3.250,- Kč
5.	SOLVER 99	-	-	4.700,- Kč	-
6.	PRAKTIK	11.900,- Kč	3.999,- Kč	14.900,- Kč	3.999,- Kč
7.	WINDOKTOR	-	-	13.500,- Kč	3.500,- Kč
8.	WinMed	-	-	10.500,- Kč	3.804,- Kč
9.	TurboAsistent	-	-	10.900,- Kč	4.520,- Kč
10.	OBOLUS	-	-	10.600,- Kč	300,- Kč
12.	ORDIN	-	-	6.000,- Kč	3.250,- Kč
13.	AIŠ	-	-	14.700,- Kč	4.300,- Kč
14.	Dr. REX	0,-	1.900,- Kč	0,- Kč	4.900,- Kč

 Licencované programy¹²⁷

Zdroj : vlastní zpracování autora

¹²⁷ Programy nejsou „prodávány“, ale licencovány, tzn. že zákazník nezaplatí za program jako takový žádnou pořizovací cenu, ale bude platit pouze za jeho používání.

Uvedené cenové srovnání jednotlivých produktů je jen velmi orientační, neboť předpokládá stejný rozsah funkcí jednotlivých programů. Pro reálné srovnání cenové výhodnosti nákupu softwaru pro ordinaci praktického lékaře by bylo nutné vzít v úvahu větší množství aspektů, např.:

- a) zda-li funkce, které SW nabízí splňují požadavky praktického lékaře,
- b) jedná-li se o stabilní softwarovou firmu, která je schopna dostát svému závazku pravidelného zajištění upgrade SW,
- c) bude-li program provozován pouze na lokálním počítači anebo v počítačové síti (cena multilicencí),
- d) nejsou-li problémy s uznáváním datových výstupů zdravotními pojišťovnami.

Dalšími, sice již podružnými faktory, které ovlivní rozhodnutí praktického lékaře o nákupu softwaru některé firmy může být:

- a) **intuitivnost grafického uživatelského rozhraní a jeho grafické zpracování,**
- b) **možnost provádění upgradů prostřednictvím Internetu.** Řada firem navíc zvýhodňuje ty uživatele, kteří si jednotlivé upgrade pořizují z internetových stránek výrobce softwaru. Např. u softwaru Ordinance PUSSA je cena upgrade zasílaného poštou na CD o 900,- Kč dražší než samostatné stažení upgradu uživatelem prostřednictvím internetu.
- c) **věrnostní bonusy.** Řada firem např. nabízí uživatelům slevu 10 % z ceny upgrade.
- d) **zda již provozuje konkurenční SW.** Zde většina firem nabízí slevu až do výše 50 % z ceny vlastního SW, pokud se lékař rozhodne přejít na jejich SW. Některé firmy dokonce nabízejí bezplatné převedení dat (databáze pacientů) do nového softwaru.
- e) **poskytuje-li výrobce hot-line pomoc.** Tuto službu ocení zejména začínající praktičtí lékaři anebo ti, kteří si pořizují svůj první SW.
- f) **šíře nadstavbových modulů.** Možnost dokoupení dalších, tzv. „nadstavbových modulů“ ocení zřejmě lékaři, kteří spolupracují s jinými odbornými lékaři, kteří používají kompatibilní SW produkty. Praktický lékař tak může dostávat např. laboratorní výsledky, rentgeny apod., které velmi jednoduše přiřadí ke kartě pacienta. Nemusí tak skladovat množství tištěných dokumentů, tyto má neustále k dispozici a navíc je vše zajisté levnější pro odborné lékaře a laboratoře.
- g) **zvýhodněná multilicence pro zdravotní sestru.** Je téměř nezbytné, aby zdravotní sestra disponovala údaji pacientů, neboť některé výkony může provádět i bez lékaře. Je otázkou,

zda může zdravotní sestra disponovat všemi údaji z karty pacienta anebo alespoň zda-li je to vhodné.

- h) **splátkový prodej.** Některé firmy umožňují splátkování ceny SW a to bez cenového navýšení anebo akontace. Vzhledem k ceně SW do 15.000,- Kč, toto využití zřejmě jen velké firmy s množstvím multilicencí.
- i) **možnost získání demoverze.** Zde výrobci poskytují zpravidla časově nebo funkčně omezenou verzi programu, aby si ho mohl zájemce vyzkoušet. Tyto demoverze jsou poskytovány zdarma anebo za režijní poplatek (např. 200,- Kč).
- j) **množství již nasazených aplikací v praxi.** Je-li SW produkt využíván větším množstvím uživatelů lze uvažovat o následujících výhodách:
- SW firma má dostatek finančních prostředků pro další rozvoj svého produktu a samozřejmě má také značný zájem o další zvýšení svého podílu na trhu;
 - nastává zájem dalších softwarových firem o přizpůsobení svých produktů SW praktického lékaře;
 - SW firma může vynaložit větší prostředky na propagaci svého produktu a tím přilákat zájem dalších lékařů;
 - pouze prosperující firma může z hlediska delšího časového úseku dostát svým slibům.
- Zjištění skutečného počtu nasazených aplikací daného výrobce je však velmi problematické, neboť řada SW firem značně toto číslo nadsazuje nebo nezveřejňuje vůbec. Jediným řešením je dotazníková forma zjištění a to oslovením všech praktických lékařů, což je však metoda finančně i časově náročná.
- k) **pořádání školení výrobcem SW.** Je mnohem efektivnější zúčastnit se školení než se učit ovládat rozsáhlý software sám podle manuálu.

Odpověď na otázku, zda zakoupit produkt anebo tento pouze tzv. „licencovat“ není jednoznačná. Pokud by se v případě „licencování“ jednalo o srovnatelný produkt a cena licencování by nebyla výrazně odlišná od ceny ročního upgrade zajisté by většina uživatelů dala přednost „licencování“.

Je ale velmi pravděpodobné, že k „licencování“ přistupují spíše firmy, které mají zanedbatelný podíl na trhu a snaží se tak získat alespoň nějaké zákazníky. Pokud by se výzkumem takový fakt potvrdil, bylo by opatrnější takový software formou „licencování“ raději nepořizovat.

6.3. Připojení k internetu

ADSL (Asymmetric Digital Subscriber Line)

ADSL je v současnosti nejčastěji využívaný systém připojení k Internetu. Vyznačuje se asymetrickým připojením, kdy je rychlost dat přenášených k uživateli (download) vyšší, než rychlost dat odcházejících od uživatele směrem do Internetu (upload). Asymetrie naprosté většině uživatelů vyhovuje, protože odpovídá jejich běžným požadavkům.

Uživatel ADSL je nonstop pomocí telefonní linky připojen k Internetu za měsíční paušální poplatek. Tato technologie navíc umožňuje telefonovat a surfovat po Internetu zároveň.

Telefónica O2 Czech Republic a.s. nabízí měsíční připojení k Internetu pomocí technologie ADSL za **600,- Kč měsíčně** a to rychlostí až 8 Mb.s^{-1} . Bohužel ne všechny klasické pevné telefonní linky mohou v České republice ADSL technologii využívat a proto je nutné si nejdříve zjistit, zda-li konkrétní telefonní linka toto umožňuje (např. <https://www.o2shop.cz/DslCheck>).

Mobilní připojení k Internetu

Telefónica O2 Czech Republic a.s. nabízí za **500,- Kč měsíčně** mobilní připojení k Internetu. Pokud se jedná o zákazníka s tarifem O₂ NEON (mobilní telefon) pak nabízí službu O2 Simple za 400,- Kč. Maximální rychlost připojení se pohybuje okolo $3,6 \text{ Mb.s}^{-1}$, ale je velmi proměnlivá podle území, ze kterého se uživatel do Internetu připojuje. S rychlostí nebývá problém ve velkých městech. Výhodou je možnost využívat USB modem v jakémkoliv počítači. Praktický lékař tak může vyřešit své připojení nejen v ordinaci, ale též v domácnosti. Pro běžnou práci s Internetem (emaily, surfování...) je tato rychlost plně dostačující.

Vodafone Czech Republic a.s. nabízí mobilní připojení nastálo za **525,- Kč/měsíc** při rychlosti 236 kb.s^{-1} . Uplatňuje zde však FUP pravidla, která mají za úkol zajistit stejnou a rovnocennou dostupnost a kvalitu služby pro všechny účastníky, kteří si takovou službu objednají. Nejčastěji jde o dočasné snižování přenosové rychlosti v závislosti na objemu přenesených dat v daném časovém období, případně omezení přenosové rychlosti na vybrané komunikační protokoly. Pravidla FUP se používají zejména v případech, kdy objemy přenášených dat přesahují předem jasně stanovené hranice. Pro konkrétní mobilní připojení platí FUP pro objem přenesených dat ve velikosti 3 GB měsíčně.

Náklady na vlastní webové stránky se skládají z těchto částí:

- 1) registrace domény;
- 2) webhosting;
- 3) vytvoření a udržování webových stránek.

Doména

Správce domén udržuje centrální databázi doménových jmen, které mohou mít v České republice národní doménu CZ nebo nadnárodní doménu (EU, COM, NET, ORG, INFO, AT, CC, DE, IN, TV a další). Změny do této centrální databáze mohou provádět pouze akreditovaní registrátoři. Ti komunikují s držiteli doménových jmen a vybírají od držitelů za poskytované služby úhradu.

Tabulka 37 – Roční poplatky za registraci domény u vybraných registrátorů

Registrátor	Cena za registraci doména za rok (.CZ)	Webové stránky
THINline interactive s.r.o.	250,- Kč	http://www.cesky-hosting.cz/cenik.html
WEBMADE s.r.o.	238,- Kč	http://www.tojeono.cz/cs/registrace-domen
ČESKÝ WEBHOSTING s.r.o.	249,- Kč	http://www.webhosting-c4.cz/cenik-domen
ZONER software s.r.o.	239,- Kč	http://www.czechia.com/clanek/cenik-domen/
Pavel Höfner - Savana.cz	239,- Kč	http://www.savana.cz/domeny/
INTERNET CZ a.s.	240,- Kč	https://www.forpsi.com/domain/pricelist.php
Mgr. Tomáš Matějka	240,- Kč	http://www.gringo.cz/ceny-domen.php
Banan s.r.o.	95,- Kč ¹²⁸	http://www.banan.cz/
David Požár	393,- Kč	http://www.neomezeny-webhosting.cz/page-domeny

Zdroj: vlastní zpracování autora

Webhosting

K registrované doméně si může uživatel objednat hosting a to i kdykoli později po její registraci. Jedná se o poskytnutí místa pro internetové stránky zákazníka na serveru, který je 24 hodin a 7 dní v týdnu připojen k Internetu. Webhosting je buď služba placená nebo neplacená, záleží na typu serveru. Pro firemní prezentaci je neplacený (tzv. freehosting) naprosto nevhodný, a to hned z několika důvodů:

¹²⁸ Cena platná pouze pro objednávku s webhostingovým tarifem.

- a) malá technická podpora,
- b) malá garance poskytovaných služeb,
- c) časté výpadky,
- d) nemožnost si kdykoliv změnit webhosting a využít tak výhodnějších nabídek jiné firmy.

Ceny za webhosting

Tabulka 38 – Ceny za webhosting u vybraných registrátorů

Registrátor	Cena za webhosting / rok	Velikost prostoru na serveru
THINline interactive s.r.o.	1.000,- Kč	2.000 MB
WEBMADE s.r.o.	1.680,- Kč	2.000 MB
ČESKÝ WEBHOSTING s.r.o.	1.200,- Kč	2.000 MB
ZONER software s.r.o.	1.740,- Kč	500 MB
Pavel Höfner - Savana.cz	864,- Kč	10.000 MB
INTERNET CZ a.s.	1.138,- Kč	3.000 MB
Mgr. Tomáš Matějka	720,- Kč	1.500 MB
Banan s.r.o.	1.138,- Kč	10.000 MB
David Požár	1.138,- Kč	6.000 MB

Zdroj: vlastní zpracování autora

Tvorba www stránek & webdesign

Je velmi pravděpodobné, že si praktický lékař sám nedokáže vytvořit kvalitní webové stránky respektující všechny zásady pro jejich tvorbu. Z tohoto důvodu je zapotřebí obrátit se na specializované firmy, které nabízejí:

- a) návrh, tvorbu a realizaci kompletních www stránek,
- b) tvorbu grafických návrhů www stránek,
- c) kódování XHTML šablon a CSS šablon,
- d) vytvoření flash animací a GIF animací,
- e) správu a aktualizaci webových stránek,
- f) tvorbu multimediálních CD,
- g) vytvoření redakčního systému pro správu obsahu,
- h) tvorbu prezentace statických www stránek na CD a CD vizitky,
- i) tvorbu e-shopů,
- j) registraci domén,
- k) zajištění a správu webhostingu,
- l) tvorbu AJAX aplikací a doplňků,

- m) PHP a MySQL programování,
- n) programování javascriptů.

Přibližná cena za vytvoření statických webových stránek praktického lékaře je 30.000,- Kč, u dynamických webových stránek, umožňujících např. objednávání pacientů prostřednictvím Internetu apod. pak okolo 60.000,- Kč.

Integrace redakčního systému pro správu obsahu pak umožňuje lékaři velmi pohodlně vkládat na webové stránky aktuální informace pro pacienty.

Obr. 10 – Příklad graficky vhodně strukturovaných webových stránek PL



Zdroj: vlastní zpracování autora

6.4. Reklama

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, kterým se vydává Etický kodex ČLK omezuje právo praktického lékaře v ustanovení § 2 takto:

(15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

(16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

Z výše uvedeného lze dovozovat, že by k označení praxe mělo být použito tabulky přiměřené velikosti, obsahující údaje o osobě lékaře (titul, jméno a příjmení), druhu poskytované zdravotní péče (praktický lékař), ordinačních hodin a kontaktního spojení (telefon, email, www). Označení praxe nebo s ní souvisejících prostor má sloužit pouze k orientaci osob o jejím umístění a obsahovat informativní sdělení bez propagačních prvků. Je-li to nutné pro snazší orientaci, lze v domě nebo jeho nejbližším okolí umístit i další obdobné tabulky.

Ve světle těchto omezení je tedy nepřijatelné jakékoli jiné označení, které bude přesahovat přiměřené rozměry tabulky nebo bude obsahovat propagaci (např. billboard, látková či světelná reklama na budově apod.).

Při přemístění praxe do nových prostor smí praktický lékař umístit na původním místě oznámení o změně adresy, a to po dobu jednoho roku.

Praktický lékař smí dát do tisku oznámení týkající se provozu své praxe. Velikost oznámení by neměla přesahovat čtvrtinu plochy stránky. Oznámení prostřednictvím televizních nebo rozhlasových stanic není dovoleno. Anonce v telefonních seznamech nesmí být u praktického lékaře větší než čtyřnásobek běžného tisku takového seznamu. Porušení výše uvedených pravidel by mohlo vést k disciplinárnímu řízení.

Lze tedy uzavřít, že případné těžiště propagace praktického lékaře je nutné přenést spíše do médií, a to zejména do tiskovin nebo na Internet.

6.5. Nakládání s odpady

V České republice je ročně evidováno kolem 22 tisíc tun vznikajících odpadů ze zdravotnictví. Z toho je cca 10 % evidováno jako odpady nebezpečné. Nakládání se zdravotnickými odpady musí jednoznačně splňovat základní cíl, tj. bezpečnost procesu, a to od vzniku odpadů až po jejich konečné odstranění.

Odpad je movitá věc, které se osoba zbavuje nebo má úmysl nebo povinnost se jí zbavit a přísluší do některé ze skupin odpadů uvedených v příloze č. 1 k zákonu č. 185/2001 Sb., o odpadech.

Odpad ze zdravotnictví je odpad z nemocnic a z ostatních zdravotnických zařízení nebo jim podobných zařízení zahrnující komponenty různého fyzikálního, chemického a biologického materiálu, který vyžaduje zvláštní nakládání a odstranění vzhledem ke specifickému zdravotnímu riziku. Zahrnuje pevný nebo kapalný odpad, který vzniká při léčebné péči nebo při obdobných činnostech a je nazýván odpadem ze zdravotnických zařízení.

Nebezpečný odpad – odpad uvedený v Seznamu nebezpečných odpadů uvedeném v prováděcím právním předpise a jakýkoliv jiný odpad vykazující jednu nebo více nebezpečných vlastností uvedených v příloze č. 2 k tomuto zákonu.

Komunální odpad – veškerý odpad vznikající na území obce při činnosti fyzických osob, a který je uveden jako komunální odpad v prováděcím právním předpisu, s výjimkou odpadů vznikajících u právnických osob nebo fyzických osob oprávněných k podnikání.

Každý má při své činnosti nebo v rozsahu své působnosti povinnost předcházet vzniku odpadů, omezovat jejich množství a nebezpečné vlastnosti; odpady, jejichž vzniku nelze zabránit, musí být využity, případně odstraněny způsobem, který neohrožuje lidské zdraví a životní prostředí a který je v souladu s tímto zákonem a se zvláštními právními předpisy.

Ministerstvo životního prostředí vydalo v červenci 2007 Metodické doporučení k nakládání s odpady ze zdravotnictví – z nemocnic a z ostatních zdravotnických zařízení nebo jim podobných zařízení. Metodické doporučení bylo vydáno s cílem sjednotit přístupy správních a kontrolních orgánů k problematice předcházení, vzniku, využívání a odstraňování odpadů ze

zdravotnictví vznikající ve zdravotnických zařízeních. Bylo zpracováno ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem.

Metodické doporučení obsahuje podrobnosti a postupy při nakládání s odpady ze zdravotnických zařízení vycházející z platných právních předpisů v oblasti odpadového hospodářství a zdravotnictví. Současně obsahuje i odborná doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), Technických návodů Basilejské úmluvy apod.

6.6. Mzdové náklady ordinace praktického lékaře

Dle Aktuálních informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky číslo 30 průměrný měsíční plat zaměstnanců ve zdravotnictví celkem v ČR odměňovaných podle platných předpisů o platu (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec a město, ostatní centrální orgány) v roce 2011 činil 29.188,- Kč, u lékařů a zubních lékařů **57.687,- Kč**, u všeobecných sester a porodních asistentek **28.145,- Kč**.

Proti roku 2010 vzrostl celkový průměrný plat o 5,2 %. Průměrná měsíční mzda zaměstnanců odměňovaných podle platných předpisů o mzdě (v privátních organizacích a ve všech lázeňských organizacích bez ohledu na zřizovatele) dosáhla ve zdravotnictví celkem v ČR výše 24.740,- Kč, u lékařů a zubních lékařů 55.514,- Kč, u všeobecných sester a porodních asistentek 23.678,- Kč. Proto roku 2010 vzrostla průměrná měsíční mzda o 4,6 %.¹²⁹

Ve zdravotnictví v České republice existují dva způsoby odměňování zaměstnanců:

- a) podle platných předpisů o platu byli odměňováni zaměstnanci příspěvkových organizací a organizačních složek státu - zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec a město, ostatní centrální orgány (rezort obrany).
- b) podle platných předpisů o mzdě byli odměňováni zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních v podnikatelské sféře - zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba. Ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je jiná právnická osoba, jsou zahrnuté i obchodní společnosti se 100 % podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku. Dále tímto způsobem jsou odměňováni i zaměstnanci lázeňských organizací bez ohledu na zřizovatele.

¹²⁹ ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 30/2012.

6.6.1. Varianta 1 – lékař i sestra jsou v pracovněprávním vztahu ke zřizovateli ordinace praktického lékaře

Tabulka 39 – Výpočet měsíční čisté mzdy praktického lékaře a zdravotní sestry v roce 2012 ve státním sektoru, báze – průměrné měsíční mzdy ČR za rok 2011, zákony platné pro rok 2012

Položka	Lékaře	Zdravotní sestra
Hrubá mzda měsíční	57.687 Kč	29.188 Kč
Veřejné zdravotní pojištění (4,5 %)	2.596 Kč	1.314 Kč
Pojistné na sociální zabezpečení (6,5 %)	3.750 Kč	1.898 Kč
Superhrubá mzda (1,34 x HM)	77.301 Kč	39.112 Kč
Záloha na daň (0,15 x SHM)	11.596 Kč	5.867 Kč
Sleva na dani (poplatník)	2.070 Kč	2.070 Kč
Čistá mzda	41.815 Kč	22.179 Kč
Celkové osobní náklady zaměstnavatele	77.301 Kč	39.112 Kč

Zdroj: statistika ÚZIS 2012, zákon č. 589/1992 Sb., o pojištění na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, vlastní výpočty

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky, čistý měsíční výdělek lékaře činí 41.815,- Kč a čistá mzda zdravotní sestry je vypočtena ve výši 22.179,- Kč. Celkové osobní náklady zaměstnavatele jsou kalkulovány ve výši **116.413,- Kč**. Vše platí za předpokladu, že pro výpočet osobních nákladů byly použity jako báze průměrné mzdové náklady lékařů a sester v ČR za rok 2011 ze statistiky ÚZIS pro zaměstnance odměňované podle platných předpisů o platu (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec a město, ostatní centrální orgány).

Tabulka 40 – Výpočet měsíční čisté mzdy praktického lékaře a zdravotní sestry v roce 2012, báze – průměrné měsíční mzdy v soukromém sektoru v ČR za rok 2011, zákony platné pro rok 2012

Položka	Lékaře	Zdravotní sestra
Hrubá mzda měsíční	55.514 Kč	23.678 Kč
Veřejné zdravotní pojištění (4,5 %)	2.499 Kč	1.066 Kč
Pojistné na sociální zabezpečení (6,5 %)	3.609 Kč	1.540 Kč
Superhrubá mzda (1,34 x HM)	74.389 Kč	31.729 Kč
Záloha na daň (0,15 x SHM)	11.159 Kč	4.760 Kč
Sleva na dani (poplatník)	2.070 Kč	2.070 Kč
Čistá mzda	40.317 Kč	18.382 Kč
Celkové osobní náklady zaměstnavatele	74.389 Kč	31.729 Kč

Zdroj: statistika ÚZIS 2012, zákon č. 589/1992 Sb., o pojištění na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, vlastní výpočty

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky, čistý měsíční výdělek lékaře činí 40.317,- Kč a čistá mzda zdravotní sestry je vypočtena ve výši 18.382,- Kč. Celkové osobní náklady zaměstnavatele jsou kalkulovány ve výši **106.118,- Kč**. Vše platí za předpokladu, že pro výpočet osobních nákladů byly použity jako báze průměrné mzdové náklady lékařů a sester v ČR za rok 2011 ze statistiky ÚZIS pro zaměstnance v soukromém sektoru.

6.6.2. Varianta 2 – lékař OSVČ, sestra v pracovně právním vztahu ke zřizovateli ordinace praktického lékaře

Tabulka 41 – Výpočet měsíční čisté mzdy praktického lékaře a zdravotní sestry v roce 2012, báze – průměrné měsíční mzdy v soukromém sektoru v ČR za rok 2011, zákony platné pro rok 2012

Položka	Zdravotní sestra
Hrubá mzda měsíční	23.678 Kč
Veřejné zdravotní pojištění (4,5 %)	1.066 Kč
Pojistné na sociální zabezpečení (6,5 %)	1.540 Kč
Superhrubá mzda (1,34 x HM)	31.729 Kč
Záloha na daň (0,15 x SHM)	4.760 Kč
Sleva na dani (poplatník)	2.070 Kč
Čistá mzda	18.382 Kč
Celkové osobní náklady zaměstnavatele	31.729 Kč

Tabulka 42 – Výpočet ročního čistého příjmu praktického lékaře OSVČ, báze zákony platné pro rok 2012

Řádek	Položka	Částka
37	Dílčí základ daně nebo ztráta z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle § 7 (55.514,- Kč x 12 měsíců)	666.168 Kč
42	Základ daně	666.168 Kč
56	Základ daně zaokrouhlený na celá sta Kč dolů	666.100 Kč
57	Daň podle § 16 zákona	99.915 Kč
64	Částka podle § 35ba odst. 1 písm. a) zákona (na poplatníka)	24.840 Kč
71	Daň po uplatnění slev	75.075 Kč
Sociální pojištění		
26	Daňový základ	666.168 Kč
31	Vypočtený vyměřovací základ	333.084 Kč
40	Pojistné na DP	97.261 Kč
Veřejné zdravotní pojištění		
1	Příjmy za rok 2011	666.168 Kč
14a	Vyměřovací základ OSVČ za rok 2011	333.084 Kč
16	Pojistné za rok 2011	44.967 Kč

SUMARIZACE

Dílčí základ daně z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti	666.168 Kč
Daň z příjmu fyzických osob	75.075 Kč
Pojistné na DP	97.261 Kč
Pojistné na veřejné zdravotní pojištění	44.967 Kč
Zisk praktického lékaře po zdanění	448.865 Kč

Zdroj: statistika ÚZIS 2012, zákon č. 589/1992 Sb., o pojištění na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, vlastní výpočty

Dílčí základ daně uvedený v řádku 37 tabulky č. 42 byl stanoven jako suma průměrné mzdy lékaře v soukromém sektoru za rok 2011 (viz tabulka 41).

Z tabulek č. 41 a č. 42 je zřejmé, že kdybychom uvažovali celkové mzdové náklady ordinace praktického lékaře, který bude OSVČ, přičemž zaměstnává na hlavní pracovní poměr zdravotní sestru budou činit **87.243,- Kč**. Výše čisté mzdy zdravotní sestry bude přitom činit 18.382,- Kč a měsíční čistý zisk lékaře po zdanění pak 37.405,- Kč. Oproti variantě, kdy by jak zdravotní sestra, tak i praktický lékař, byli v pracovně právním vztahu ke zřizovateli ordinace činí úspora na celkových mzdových nákladech zaměstnavatele ročně 18.875,- Kč. Je však nutné upozornit na skutečnost, že by čistý zisk praktického lékaře byl měsíčně o 2.911,- Kč nižší než u PL v pracovněprávním vztahu ke zřizovateli ordinace.

6.6.3. Varianta 3 – lékař OSVČ, sestra OSVČ

Ač by se mohla na první pohled tato varianta zdát protizákonnou, protože by se mohlo jednat o tzv. „Švarc systém“,¹³⁰ byla tato varianta po konzultaci s JUDr. Ing. Bohumilem Kosem, Ph.D., daňovým poradcem a členem dozorčí rady Zentivy a.s. do disertační práce zapracována, protože existuje legální možnost této varianty.

Může nastat situace, kdy lékař bude podnikající fyzickou osobou a k výkonu činnosti zdravotní sestry sjedná smlouvu s další fyzickou osobou, která bude zajišťovat tuto činnost svými zaměstnanci – zdravotními sestrami, které budou vůči ní v hlavním pracovním poměru. Zde nelze tento vztah kontrolními orgány, v žádném případě považovat za tzv. Švarc systém.

Výše odměny pro zdravotní sestru – OSVČ tak bude záležet výhradně na vzájemné dohodě mezi praktickým lékařem a osobou zaměstnávající zdravotní sestru.

¹³⁰ Švarc systém je označení pro způsob ekonomické činnosti, při které osoby vykonávající pro zaměstnavatele běžné činnosti nejsou jeho zaměstnanci, ale formálně vystupují jako samostatní podnikatelé.

Autor si je vědom skutečnosti, že se jedná spíše o hypotetickou možnost, která není v praxi využívána, neboť by náklady na zdravotní sestru byly pravděpodobně vyšší než v případě jejího přímého zaměstnání praktickým lékařem.

6.6.4. Varianta 4 – lékař OSVČ, sestra na dohodu o provedení práce

Dle ustanovení § 232 odst. 1 zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce v platném znění jsou zaměstnavatelé povinni zajišťovat plnění svých úkolů nebo k zabezpečení svých potřeb uzavírat s fyzickými osobami také dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (dohodu o provedení práce, dohodu o pracovní činnosti), jestliže jde o práci:

- a) jejíž pravidelný výkon nemůže zaměstnavatel zabezpečit v rámci předem stanoveného rozvržení pracovní doby a rozvrhu pracovních směn tak, aby její řízení, sledování jejího provádění a kontrola dodržování pracovní doby byly účelné a hospodárné,
- b) jejíž výkon v pracovním poměru by byl z hlediska zájmů společnosti pro zaměstnavatele neúčelný nebo nevhodný z jiných důvodů.

Z ustanovení § 232 odst. 1 zákona č. 65/1965 Sb. je zřejmé, že lze variantu, kdy by zdravotní sestra pracovala na dohodu o provedení práce je možné připustit pouze v případě zástupu zdravotní sestry zaměstnané v ordinaci, která onemocněla a nemůže tak krátkodobě zastávat svoji funkci anebo v případě čerpání řádné dovolené. Z těchto důvodů nezahrnul autor práce tuto variantu do výpočtu celkových nákladů ordinace praktického lékaře.

6.7. Rizika vstupu nadnárodních řetězců na český trh

Zdravotnické řetězce

V posledních letech je zřejmá snaha o vytvoření zdravotnických řetězců v České republice. S nadnárodními řetězci má občan ČR již bohaté zkušenosti například z provozování sítě hypermarketů (GLOBUS, HYPERNOVA, BILLA atp.) nebo čerpacích stanic (SHELL, ÖMV, ARAL atp.). Lze však z poskytování zdravotních služeb udělat pouhý obchod, jehož jediným zájmem bude generování zisku? Asi většina z občanů odpoví, že takový stav by rozhodně nechtěl. Je totiž zřejmé, že zejména finančně nároční pacienti, za které navíc stát hradí jen základní péči, nejsou pro zdravotnický řetězec příliš atraktivní. Naproti tomu občané s vyššími příjmy jsou často ochotni zaplatit téměř cokoliv za udržení svého zdraví nebo jeho zlepšení. Je jen logické, že manažer zdravotnického zařízení dá takovému pacientovi přednost před tzv. „státním“ pojištěncem.

O co se vlastně v systému českého zdravotnictví „hraje“? O nic menšího než o mnoho peněz. Jsou to prakticky příjmy z povinného veřejného zdravotnického pojištění občanů.

Nelze tak jednoduše zjistit, kolik zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé vynaložili na veřejné zdravotní pojištění, protože bychom museli získat výroční zprávy všech zdravotních pojišťoven. Jednou z možností je však využít údajů o výběru pojistného na sociální zabezpečení, příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (dále jen „OSSZ“) zveřejněné ve Statistické ročence ČR. Za rok 2010 činí příjmy státního rozpočtu z pojistného na sociální zabezpečení, příspěvek na státní politiku zaměstnanosti a veřejné zdravotní pojištění částku 355 835 mil. Kč, z toho pojistné na důchodové pojištění činí 310 208 mil. Kč¹³¹.

$$\text{VZP} = 355\,835 - 310\,208 = \underline{\underline{45\,627 \text{ mil. Kč}}}$$

Dále stát vynakládá na zdravotnictví dalších 10.480 mil. Kč¹³² (rok 2010). Do této částky spadají platby za tzv. „státní pojištěnce“, tedy pojištěnce za které veřejné zdravotní pojištění hradí stát. Pokud bychom chtěli do peněz kolujících ve zdravotním systému zahrnout také léky dostali bychom se na částku okolo 100 miliard Kč.

¹³¹ [cit. 15. 05. 2012]. Dostupné z internetu:
<<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/0001-11-2010-0600>>

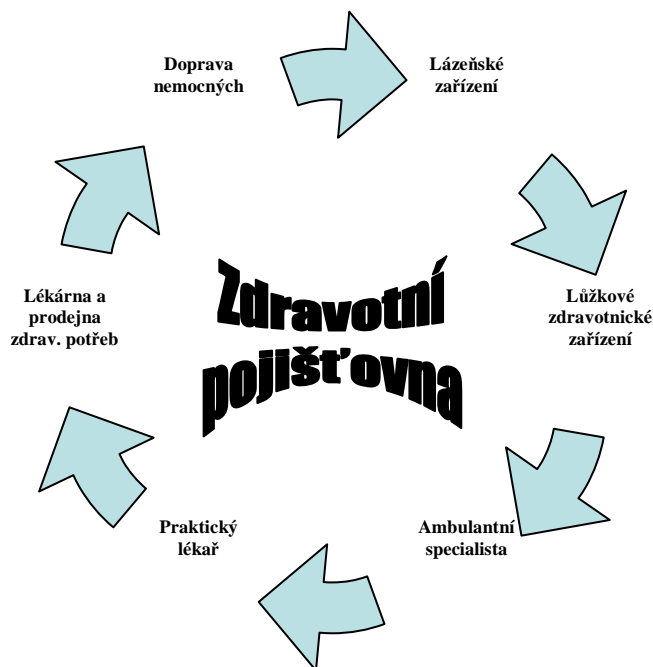
¹³² [cit. 15. 05. 2012]. Dostupné z internetu:
<<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/0001-11-2010-24>>

Články zdravotnického řetězce

Obr. 11 - Schéma zdravotního řetězce

Zdravotnický řetězec tvoří:

- 1) Praktický lékař
- 2) Lékárna a prodejna zdravotnických potřeb
- 3) Doprava nemocných
- 4) Lázeňská zařízení
- 5) Lůžkové zdravotnické zařízení
- 6) Ambulantní specialista
- 7) Zdravotní pojišťovna



Zdroj: vlastní zpracování autora

Výhody zdravotnických řetězců

V podmínkách tržní ekonomiky do které vstoupí významné nadnárodní firmy disponující značným kapitálem není prakticky reálné pro samostatného podnikatele anebo malou a střední firmu těmto vážněji konkurovat. Většinou je jim ponechán pouze prostor na trhu, o který nemá nadnárodní firma zájem, nebo který by bylo neefektivní obsadit. Stejně jako nikoho ze začínajících podnikatelů ani nenapadne chtít konkurovat hypermarketu tím, že by si vedle něj otevřel prodejnu potravin, tak ani v systému českého zdravotnictví nemá většina soukromých firem podobnou snahu.

Ekonomicky silné firmy vytvářející mnohamilionové zisky navíc dokážou optimalizovat své daňové povinnosti, například zakládáním holdingových společností a jejich zdaněním v tzv. „daňových rájích“.

Pro nadnárodní firmy vstupující na trh v České republice je mnohdy výhodnější zapojit do svého řetězce již fungující a na trhu zavedené instituce, neboť tyto mají vyřešeny vztahy k Ministerstvu zdravotnictví, uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami a mají ve své

evidenci množství pacientů. Vezmeme-li v úvahu, že v roce 2006 vypadala organizační struktura českého zdravotnictví následovně:¹³³

- ✓ 195 nemocnic (včetně ambulantních částí),
- ✓ cca 230 odborných léčebných ústavů,
- ✓ přes 22.000 samostatných ambulancí,
- ✓ přes 1.800 lékáren,¹³⁴
- ✓ cca 90 hygienických stanic,
- ✓ přes 500 zvláštních zdravotnických zařízení,
- ✓ přes 50 lázeňských léčeben,
- ✓ přes 60 středisek záchranné služby,
- ✓ necelé 400 homecare (domácí péče).

Pro mladého praktického lékaře je výhodnější nechat se najmout zdravotnickým řetězcem, který mu zajistí a vybaví ordinaci a bude kryt veškeré náklady spojené s provozem ordinace. Lékař ovšem za takový „luxus“ bude:

- ✓ mít nižší mzdu než praktický lékař v zaběhlé praxi,
- ✓ muset přizpůsobit své ordinační hodiny potřebám zdravotnického řetězce (např. pracovní době polikliniky),
- ✓ nucen předepisovat léky od určité firmy se kterou má zdravotnický řetězec podepsanu lukrativní smlouvu,
- ✓ přesvědčován, aby i pacientů u kterých to není zapotřebí, prováděl různá lékařská vyšetření anebo tyto odesílal ambulantním specialistům ve zdravotním řetězci,
- ✓ provádět selekci pacientů a pacienty finančně nevýhodné pro zdravotní pojišťovnu, tvořící páteř zdravotního řetězce, přesvědčil o nutnosti změny pojišťovny (výměnou za nějakou kompenzaci, výhodu, finanční zvýhodnění apod.),
- ✓ muset ovlivňovat pacienty, aby si předepsané léky vyzvedli právě v lékárně zařazené do zdravotního řetězce.

¹³³ Zlámal, J. *Marketing ve zdravotnictví*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Brno, 2006, str. 13. ISBN 80-7013-441-0.

¹³⁴ k 31.12.2008 bylo již lékáren a výdejen zdravotnických prostředků v ČR 2.785

Ekonomizace provozu

Ekonomizace provozu může u jednotlivých částí zdravotnických řetězců vypadat takto:

1) *Praktický lékař*

potřebuje zajistit některé činnosti, které není schopen zajistit vlastními silami. Jedná se zejména o vedení účetnictví, kdy zdravotnictví je poměrně atypickým odvětvím s mnoha specifikami. Navíc, když lékař špatně vyplní výkazy pro zdravotní pojišťovny nebude mu v termínu vyplacena odměna anebo dokonce v některých případech na tuto ztratí nárok. Ordinaci potřebuje pravidelně uklízet, provádět drobné údržbářské práce, musí mít k dispozici osobní automobil pro návštěvní službu u pacientů. Řadu těchto režijních nákladů může sdílet v rámci zdravotnického řetězce s jinými praktickými lékaři a přepočtené náklady na jednoho praktického lékaře se tak značně sníží a vynaložené prostředky zefektivní.

2) *Lékárna a prodejna zdravotnických potřeb*

Pokud je v zdravotnickém řetězci zařazeno více lékáren, jsou schopny odebrat od dodavatele větší objem léčiv a získat tak výraznou množstevní slevu. Spolupráce s praktickými lékaři, ambulantními specialisty, lázeňskými zařízeními a lůžkovým zdravotnickým zařízením pak jsou schopni ovlivnit to, jaké léky (od jaké firmy, jaké balení apod.) budou tito svým pacientům předepisovat. U léků dodávaných různými firmami, avšak s téměř totožnými léčebnými účinky (tedy zaměnitelné) je různá marže, kterou dodavatel lékárně ponechává. Dobře provedená optimalizace dokáže ušetřit holdingové společnosti miliony korun.

3) *Doprava nemocných*

Ekonomizace autodopravy při přepravě nemocných může spočívat v tom, že svou činnost provádí pro více subjektů a tudíž není potřeba tolik automobilů a jejich trasy mohou být optimalizovány, a to v součinnosti s lékaři (využívání jednotného softwaru, kdy již lékař ví, na kterou hodinu má pro pacienta vystavit jízdní příkaz). Ušetřené peníze tak umožní rychlejší obnovu autoparku, kdy se opět využívá hromadných nákupů automobilů, což vede k snížení jejich pořizovací ceny.

4) *Lázeňské zařízení*

O odeslání pacienta do lázní rozhoduje praktický lékař a toto jeho rozhodnutí potvrzuje zdravotní pojišťovna, která pobyt pacienta buď plně anebo zčásti hradí. Zdravotní pojišťovna rozhoduje nejen o tom do jakých lázní pacienta pošle, ale také v jakém ročním

období. Lze tak snadno zajistit celoroční vytížení lázeňského zařízení. Během období, ve kterém mají o rehabilitaci zájem zahraniční pacienti, je dána těmto přednost před „státními“ pojišťenci, kterým jsou poukazy přidělovány na neatraktivní období.

5) *Lůžkové zdravotnické zařízení*

Může umožňovat praktickým lékařům a ambulantním specialistům zvyšování jejich vzdělání, složení příslušných atestací a je zpravidla zdrojem nových poznatků v oboru, o které se může dělit s ostatními lékaři holdingové společnosti. Úzká spolupráce s lékárnami vede k optimalizaci dodávek léčiv a ostatního zdravotnického materiálu.

6) *Ambulantní specialista*

Jeho příjmy tvoří kapitální platby, ale je přímo závislý na počtu bodů získaných při vlastních lékařských výkonech. Při spolupráci s praktickým lékařem, tak může mít zajištěn potřebný počet pacientů pro které je požadováno dané vyšetření. I zde je vzájemné propojení s lékárnami.

Personální stabilita

Holdingové společnosti mohou oslovovat ještě studující lékaře různých profesí, nabízet jim možnost vykonávat praxi na svých pracovištích, poskytnutí stipendia a různých dalších výhod a zavázat si je tak, aby nastoupili právě do jejich zdravotnických zařízení. Absolventům lékařských fakult dále mohou nabízet možnost dalšího profesního vzdělávání v doktorských studijních programech našich vysokých škol a univerzit anebo stáže v zahraničí, neboť taková holdingová společnost bude pravděpodobně působit ve více zemích.

Lékaři navíc mohou využívat služby zajišťované holdingovou společností, jako např. odborná knihovna, intranet, právní poradenství. Také v rámci zdravotnického řetězce je větší možnost kariérního růstu lékaře, což je jeden z významných motivačních faktorů vedoucích k personální stabilitě.

Pro řadu lékařů je značně pohodlnější být součástí zdravotnického řetězce, kdy nenesou plné riziko vyplývající z vlastní činnosti, zejména v ekonomické oblasti. Někteří se sice snaží o osamostatnění, ale rozhodně to není jev častý. Spíše k takovému kroku sáhnou lékaři, kteří dokázali akumulovat potřebný kapitál a naskytl se jim např. vhodná příležitost (mají možnost převzít ordinaci po zemřelém praktickém lékaři atp.).

Rizika vzniku zdravotnických řetězců

Současně platné zákony, mimo přímé vlastnictví poskytovatelů pojišťovnou, žádné propojení nezakazují. Navrhované zákony to ponechávají, ale vyrovnávají se i s jinými formami propojení. Staví při tom na zkušenostech z jiných oblastí lidské činnosti (viz např. ustanovení obchodního zákona o koncernu). Na první pohled vypadá jako nejlepší zakázat jakékoliv propojení mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Renomované advokátní kanceláře však dokáží svému klientovi poradit, aby přenesl sídlo své společnosti do některé země „daňového ráje“ a tím zajistit praktickou neschopnost orgánů státní správy dohledat skutečného vlastníka holdingové společnosti.

Další možností je umožnění takového propojení, avšak s povinností jejího zveřejnění a zakotvení tvrdých sankcí pro ty holdingy, kteří toto neučiní. I toto je však velmi problematické, neboť odborníků, kteří by dokázali zcela nezpochybnitelně od sebe oddělit ty poctivé subjekty, kteří jen využívají možnosti, které mu dává platná legislativa, od těch kteří se chtějí obohatit na úkor naší společnosti, je velmi málo. Navíc vzdělanostní úroveň pracovníků finančních úřadů a finančních ředitelství nikdy nedosáhne v této oblasti úrovně špičkových daňových poradců a právníků soustavně se zabývajících touto oblastí, kteří jsou bezpochyby motivováni hledat skulinu v platných právních normách.

Zde by svou roli měl sehrát Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a také Úřad na ochranu hospodářské soutěže.

Pokud by nebyl vstup nadnárodních holdingových společností do systému českého zdravotnictví regulován mohlo by dojít k situaci, kdy tyto holdingy vytlačí z lukrativních oblastí (velká města a větší sídelní aglomerace) samostatné praktické lékaře a ambulantní specialisty. O zajištění zdravotní péče např. v příhraničních regionech však nebudou mít zájem. Jenže o tyto oblasti nemají dnes zájem ani praktičtí lékaři provozující soukromou praxi.

Již existující řetězce



Dne 26. dubna 2007 byla založena MOJE AMBULANCE a.s., se sídlem Vítkovická 3077/16, 702 00 Ostrava – Moravská Ostrava se základním jměním ve výši 50.000.000,- Kč.¹³⁵

¹³⁵ [cit. 3.12.2008]. Dostupné na internetu: <<http://www.justice.cz>>

Cílem této akciové společnosti je postupně sdružovat ordinace praktických lékařů do tzv. „clusterů“, nabízejících ordinaci hodiny od 7.00 do 19.00 h a v Praze pak od 8.00 do 20.00 h, tedy 60 hodin týdně. Kromě toho nabízejí pacientům řadu nadstandardních výhod, jako např.:

- ✓ očkování proti chřipce (vakcína vč. její aplikace) za 200,- Kč;
- ✓ 1 kg pomerančů zdarma (v předvánoční době);
- ✓ ošetření bez čekání, kdy návštěva pacienta bude dohodnuta telefonicky nebo prostřednictvím internetu;
- ✓ možnost komunikace s lékařem prostřednictvím SMS zpráv, kdy se tyto zobrazují lékařům na počítači v softwaru PC DOKTOR, konkrétně v jeho nástavbě Dialog-Mis.

MOJE AMBULANCE a.s. nabízí praktickým lékařům možnost odkupu jejich ordinací, případně jejich další zaměstnání v rámci akciové společnosti, kdy těmto nabízí:

- ✓ odpovídající platové ohodnocení;
- ✓ motivační pobídky;
- ✓ služební vůz i k soukromému využití;
- ✓ mobilní telefon;
- ✓ možnost odborného růstu;
- ✓ práce v příjemném prostředí.

Za tuto nabídku naopak od praktických lékařů požadují:

- ✓ vysokou odbornost;
- ✓ klientský přístup;
- ✓ flexibilitu;
- ✓ ochotu učit se novým věcem.

Akciová společnost nabízí zaměstnání i zdravotním sestřám, kterým nabízí platové ohodnocení ve výši 15.000,- Kč hrubého.

Své clustery postupně otevřela již v těchto městech: Ostrava, Olomouc, Brno, Praha, Karlovy Vary, Mladá Boleslav, Havířov, Opava a připravuje otevření i ve Zlíně.

MOJE AMBULANCE a.s. staví naprosto nová zdravotní střediska v blízkosti nákupních center a supermarketů. Za Mojí ambulancí a.s. stojí Marek Potysz, bývalý spolupracovník oceláře Tomáše Chrenka. Ten vlastní holding Agel představující na severní a střední Moravě síť nemocnic, poliklinik a od letošního roku i zdravotní pojišťovnu. Potysz tvrdí, že praxe neodkupuje, protože buduje úplně nové ambulance. To je pravda jen částečně. Lékař, který přejde do této společnosti i s pacienty a smlouvami se zdravotními pojišťovnami, se nespokojí

s pouhými díky a potřesením ruky. Cena ordinace nemá totiž výrazný vztah k místu, ale k počtu pacientů, který se pohybuje u jednoho praktického lékaře od 1100 do 2500, s obratem ordinací od 400 tisíc až po 2,5 milionu korun. Je proto logické, že lékař za prodej zavedené praxe může dostat půl milionu, ale i více než jeden milion korun.

Dne 20. června 2007 vznikla firma MediClinic a.s., se sídlem Minská 84/97, Brno – Žabovřesky. Základní jmění společnosti je 104.000.000,- Kč.¹³⁶

MediClinic a.s. vstupuje do stávajících ordinací, neslučuje je ani nestěhuje, takže pacienti najdou lékaře v místě, kam jsou zvyklí chodit. V budoucnu pravděpodobně počítá se vznikem komerční zdravotní pojišťovny, která by jí benefičním programem nadstandardu umožnila velmi slušné zisky.

MediClinic a.s. založili dva bývalí soukromí lékaři ze severní Moravy Petr Švrček a Martin Hofman za pomoci finanční skupiny Penta, jež se na Slovensku angažuje i ve zdravotnickém pojišťovnictví. Pokud bude, stejně jako MOJE AMBULANCE a.s. postupovat jako dosud, budou mít zajištěný přísun peněz z pojišťoven ať se stanou podle navrhované reformy akciovými společnostmi či nikoli. Počty jsou jednoduché: kdo získá víc pacientů, uchvátí větší část peněz ze zdravotního pojištění.

MediClinic a.s. se od MOJE AMBULANCE a.s. odlišuje však i tím, že chce postupně otevírat také ambulance specialistů, tedy poskytovat co možná nejširší služby.

Zhodnocení

Je zřejmé, že se podobně jako v obchodní oblasti dočkáme vzniku zdravotních řetězců ovládaných nadnárodními holdingovými společnostmi a velmi silným kapitálovým portfoliem. Je otázkou, zda je to dobře či špatně. Spousta občanů dnes již marně vzpomíná na romantiku malých obchůdků s potravinami, ve kterých si mohli poklábosit s prodavači, které dlouhá léta znali. Většina z nás se však již naučila vzít jednou týdně osobní automobil a pobýt několik hodin v některém hypermarketu. Nejinak tomu zřejmě bude i v oblasti primární zdravotní péče. Pravděpodobně dojde k mírnému odosobnění vztahu praktického lékaře a pacienta, lékař na nás nebude mít již tolik času jako v minulosti, protože jeho práce bude muset být normována, budeme odesíláni zpravidla jen do ordinací patřících do daného holdingu. Na druhé straně určitě získáme možnost navštívit lékaře i ve večerních hodinách, aniž bychom si museli brát dovolenou, nebudeme zbytečně čekat před dveřmi ordinace lékaře na to až se

¹³⁶ [cit. 3.12.2008]. Dostupné na internetu: <www.justice.cz>

několik důchodců vypovídá ze svých trápení, v případě dovolené nebo nemoci lékaře bude zajištěna jeho náhrada a nebudeme se muset přiojednávat a zajisté řadu lidí osloví různé nadstandardní výhody a prémie.

7. Hospodářský výsledek ordinace praktického lékaře

7.1. Varianta – začínající lékař v pronajatých prostorách

Začínající praktický lékař, který si chce zřídit novou ordinaci musí disponovat minimálním vstupním kapitálem ve výši:

Tabulka 43 – Minimální vstupní kapitál začínajícího praktického lékaře [Kč]

Položka	Minimum	Maximálně
Kauce na pronájem ordinace (2 měsíční nájmy)	9.620	39.666
Minimální lékařské vybavení	49.227	118.850
Minimální vybavení nábytkem, mobiliářem a VT	27.578	284.481
Finanční zdroje pro krytí ztráty 1.roku podnikání	218.703	649.295
Finanční zdroje pro krytí ztráty 2.roku podnikání	0	70.575
Životní minimum lékaře za 1.rok (10.000,- Kč/měsíc)	120.000	120.000
Životní minimum lékaře za 2.rok (10.000,- Kč/měsíc) ¹³⁷	0	66.096
Minimální potřebný kapitál začínajícího PL	425.128	1.348.963

Zdroj: vlastní zpracování autora

V prvním roce podnikání bude praktický lékař vykazovat každý měsíc ztrátu, a to jak při minimální tak i při maximální variantě vybavení své ordinace, avšak musí být schopen zajistit své základní životní potřeby. Z tohoto důvodu autor zvolil částku 10.000,- Kč jako reálně možnou částku za kterou je schopen kryt tyto své základní životní potřeby.

Autor si je vědom skutečnosti, že minimální mzda ve skupině prací 6, kde je vyžadován pro výkon pracovní činnosti magisterský studijní program činí 78,90 Kč/h (měsíční mzda minimálně 13.200,- Kč). Avšak s ohledem na fakt, že je praktický lékař osobou samostatně výdělečně činnou, nemusí zde být tato zákonná podmínka splněna.

Tabulka 44 – Kalkulace výdajů na měsíční provoz ordinace praktického lékaře (začínající PL) [Kč]

Položka	Minimální	Maximální
Měsíční pronájem ordinace	4.810	19.833
Opotřebení minimálního lékařského vybavení ¹³⁸	1.026	2.477
Opotřebení nábytku, mobiliáře a výpočetní techniky ¹³⁹	384	3.952
Minimální speciální spotřeba ordinace	1.567	1.567

¹³⁷ 5 měsíců x 10.000,- Kč; 6 měsíc 9.993,- Kč; 7. měsíc 5.365,- Kč; 8. měsíc 738,- Kč

¹³⁸ Životnost minimálního lékařského vybavení je předpokládána 4 roky

¹³⁹ Životnost nábytku, mobiliáře a výpočetní techniky je předpokládána 6 let

Položka	Minimální	Maximální
Členství v lékařské komoře	245	245
Odměna účetní	2.000	2.000
Elektrická energie	2.000	2.000
Povinné pojištění odpovědnosti	500	500
Čistící a dezinfekční prostředky	1.000	1.000
Praní prádla	500	500
Odvoz biologického odpadu	300	300
Telefonní poplatky	500	1.500
Poštovné	500	500
Poplatky banky za vedení bankovního účtu a položky	300	300
Provoz osobního automobilu	0	5.000
Sterilizace	500	1.000
Údržba ordinace, drobné opravy, malování	500	2.000
Školení, semináře, konference	500	1.000
Odborná literatura, časopisy	500	1.500
Náklady zaměstnavatele na mzdu zdravotní sestry	31.729	39.112
Celkové měsíční výdaje na provoz ordinace	49.361	86.286
Celkové roční výdaje na provoz ordinace	592.332	1.035.432

Zdroj: vlastní zpracování autora

V případě, že by se dařilo začínajícímu praktickému lékaři získat denně do své kartotéky 2 nové pojištěnce byly by jeho měsíční příjmy následující:

Tabulka 45 – Měsíční příjmy začínajícího praktického lékaře [Kč] (nižší varianta) 1.rok

Měsíc	Kapitačních pojištěnců	Kapitace	Regulační poplatky	Mimokapitační příjmy	Platby mimo ZP	Celkem
1	60	4.070	1.800	407	150	6.427
2	120	8.141	1.800	814	300	11.055
3	180	12.211	1.800	1.221	450	15.682
4	240	16.282	1.800	1.628	600	20.310
5	300	20.352	2.100	2.035	750	25.237
6	360	24.422	2.100	2.442	900	29.864
7	420	28.493	2.100	2.849	1.050	34.492
8	480	32.563	2.100	3.256	1.200	39.119
9	540	36.634	2.400	3.663	1.350	44.047
10	600	40.704	2.400	4.070	1.500	48.674
11	660	44.774	2.400	4.477	1.650	53.301
12	720	48.845	2.400	4.884	1.800	57.929
Příjmy celkem za 1. rok provozu ordinace praktického lékaře						386.137

Zdroj: vlastní zpracování autora

Tabulka 46 – Měsíční příjmy začínajícího praktického lékaře [Kč] (nižší varianta) 2.rok

Měsíc	Kapitačních pojištěnců	Kapitace	Regulační poplatky	Mimokapitační příjmy	Platby mimo ZP	Celkem
13	780	52.915	2.700	5.291	1.950	62.856
14	840	56.986	2.700	5.698	2.100	67.484
15	900	61.056	2.700	6.105	2.250	72.111
16	960	65.126	2.700	6.512	2.400	76.738
17	1.020	69.197	3.000	6.919	2.550	81.666
18	1.080	73.267	3.000	7.326	2.700	86.293
19	1.140	77.338	3.000	7.733	2.850	90.921
20	1.200	81.408	3.000	8.140	3.000	95.548
21	1.260	85.478	3.300	8.548	3.150	100.476
22	1.320	89.549	3.300	8.954	3.300	105.103
23	1.380	93.619	3.300	9.362	3.450	109.731
24	1.440	97.690	3.300	9.769	3.600	114.359
Příjmy celkem za 2. rok provozu ordinace praktického lékaře						1.063.286

Zdroj: vlastní zpracování autora

Za dva roky provozování ordinace praktického lékaře by činily příjmy (nižší varianta) celkem 1.449.423,- Kč (386.137,- Kč + 1.063.286,- Kč) a výdaje částku 1.184.664,- Kč (2 * 592.332,- Kč – viz tabulka č. 44) při minimálním potřebném vybavení ordinace a nejmenším uvažovaném nájmu. Praktický lékař by tedy dosáhl zisku před zdaněním ve výši 264.759,- Kč. Při uvažovaném potřebném životním minima ve výši 10.000,- Kč měsíčně by tak činil zisk před zdaněním po dvou letech provozu pouze částku 24.759,- Kč a to za předpokladu, že by lékař disponoval vstupním kapitálem cca 425.000,- Kč a reálně dosahoval denního přírůstku dvou kapitačních pojištěnců po celé dva roky.

Při maximálním vybavení ordinace a pronájmu luxusních prostor by činily příjmy (nižší varianta) celkem 1.449.423,- Kč (386.137,- Kč + 1.063.286,- Kč) a výdaje částku 2.070.864,- Kč (2 * 1.035.432,- Kč – viz tabulka č. 44), tedy praktický lékař by po dvou letech provozu své ordinace vykazoval ztrátu ve výši 621.441,- Kč. Lze odhadovat, že by ztrátu byl schopen vyrovnat do konce třetího roku podnikání.

Z výše uvedeného vyplývá, že by se stát měl zamyslet na způsobem jak podpořit mladé, začínající lékaře. Zcela jistě by pomohla např. možnost získat výhodnou půjčku na zřízení ordinace s možností odložení splácení o 2 roky.

7.2. Varianta – zavedená praxe v pronajatých prostorách

Pro tuto variantu bude uvažováno optimální vybavení ordinace praktického lékaře a skutečnost, že lékař je OSVČ a zdravotní sestra v zaměstnaneckém poměru.

Tabulka 47 – Kalkulace nákladů na měsíční provoz ordinace praktického lékaře (zavedená praxe v pronajatých prostorách) [Kč]

Položka	Minimální	Maximální
Měsíční pronájem ordinace	4.810	19.833
Opotřebení optimálního lékařského vybavení ¹⁴⁰	3.202	6.858
Opotřebení nábytku, mobiliáře a výpočetní techniky ¹⁴¹	662	6.153
Optimální speciální spotřeba ordinace	1.850	1.850
Členství v lékařské komoře	245	245
Odměna účetní	2.000	2.000
Elektrická energie	2.000	2.000
Povinné pojištění odpovědnosti	500	500
Čistící a dezinfekční prostředky	1.000	1.000
Praní prádla	500	500
Odvoz biologického odpadu	300	300
Telefonní poplatky	500	1.500
Poštovné	500	500
Poplatky banky za vedení bankovního účtu a položky	300	300
Provoz osobního automobilu	5.000	10.000
Sterilizace	500	1.000
Údržba ordinace, drobné opravy, malování	500	2.000
Školení, semináře, konference	500	1.000
Odborná literatura, časopisy	500	1.500
Náklady zaměstnavatele na mzdu zdravotní sestry	31.729	39.112
Celkové měsíční náklady na provoz ordinace	57.098	98.151
Celkové roční náklady na provoz ordinace	685.176	1.177.812

Zdroj: vlastní zpracování autora

Tabulka 48 – Zisk praktického lékaře před zdaněním za rok (zavedená praxe – 1.600 kapitačních pojištěnců) [Kč]

Varianta / položka	Příjmy	Výdaje	Zisk před zdaněním
nižší (min. náklady)	137.793,78	57.098,00	80.695,78
nižší (max. náklady)	137.793,78	98.151,00	39.642,78
vyšší (min. náklady)	150.258,27	57.098,00	93.160,27
vyšší (max. náklady)	150.258,27	98.151,00	52.107,27

Zdroj: vlastní zpracování autora

Jestliže by chtěl praktický lékař (OSVČ) při nižší příjmové variantě dosáhnout měsíčního zisku před zdaněním ve výši 55.514,- Kč, což by mu zajistilo měsíční čistý příjem ve výši

¹⁴⁰ Životnost minimálního lékařského vybavení je předpokládána 4 roky

¹⁴¹ Životnost nábytku, mobiliáře a výpočetní techniky je předpokládána 6 let

37.405,- Kč vykázal by při optimálním vybavení s minimálními dalšími náklady, další zisk před zdaněním ve výši **25.181,78 Kč**, avšak s maximálními uvažovanými náklady ztrátu ve výši **15.871,22 Kč**.

Při optimističtější výhledu (vyšší příjmová varianta) by při uvažované osobní spotřebě 55.514,- Kč, optimálním vybavení s minimálními dalšími náklady vykázal další zisk ve výši **37.646,27 Kč**, avšak při optimálním vybavení s maximálními dalšími náklady již ztrátu ve výši **3.406,73 Kč**.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že sice praktický lékař není teoreticky při žádné nastíněné variantě schopen dosáhnout zisku před zdaněním ve výši 55.514,- Kč měsíčně při počtu 1.600 kapitačních pojištěnců a nedosáhne tak průměrné úrovně mzdy uváděné pro soukromé lékaře, avšak je nutno mít na paměti, že řada praktických lékařů eviduje více pojištěnců než je celostátní průměr. Jsou dokonce praktičtí lékaři, kteří mají ve své kartotéce více než 3.000 „karet“.

Pro zavedené praxe se tak současná výše kapitační platby jeví jako dostatečná s tím, že je nutné provádět její pravidelnou revizi s ohledem na vývoj inflace v České republice, případně v reakci na změnu demografického vývoje obyvatelstva. Bylo by však vhodné více podpořit praktické lékaře provozující praxe v příhraničních regionech, kde na velké geografické ploše žije relativně malý počet stálých obyvatel. Zde je však nutné, aby stát ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami posuzovali jednotlivé případy a snažili se najít takové řešení, které by bylo přijatelné jak pro praktické lékaře, tak pro optimální míru péče o obyvatelstvo v daném regionu.

7.3. Varianta – zavedená praxe ve vlastních prostorách

Pro tuto variantu bude uvažováno optimální vybavení ordinace praktického lékaře, která bude provozována v nemovitosti pořízené na hypoteční úvěr, lékař je OSVČ a zdravotní sestra v zaměstnaneckém poměru.

Tabulka 49 – Kalkulace nákladů na měsíční provoz ordinace praktického lékaře (zavedená praxe ve vlastní nemovitosti pořízené na hypoteční úvěr) [Kč]

Položka	Minimální	Maximální
Měsíční splátka hypotečního úvěru (20 let)	3.584	11.500
Úrok z hypotečního úvěru (4 % p.a.)	2.867	9.200
Opotřebení optimálního lékařského vybavení ¹⁴²	3.202	6.858
Opotřebení nábytku, mobiliáře a výpočetní techniky ¹⁴³	662	6.153
Optimální speciální spotřeba ordinace	1.850	1.850
Členství v lékařské komoře	245	245
Odměna účetní	2.000	2.000
Elektrická energie	2.000	2.000
Povinné pojištění odpovědnosti	500	500
Čistící a dezinfekční prostředky	1.000	1.000
Praní prádla	500	500
Odvoz biologického odpadu	300	300
Telefonní poplatky	500	1.500
Poštovné	500	500
Poplatky banky za vedení bankovního účtu a položky	300	300
Provoz osobního automobilu	5.000	10.000
Sterilizace	500	1.000
Údržba ordinace, drobné opravy, malování	500	2.000
Školení, semináře, konference	500	1.000
Odborná literatura, časopisy	500	1.500
Náklady zaměstnavatele na mzdu zdravotní sestry	31.729	39.112
Celkové měsíční náklady na provoz ordinace	58.739	99.018
Celkové roční náklady na provoz ordinace	704.868	1.188.216

Zdroj: vlastní zpracování autora

Tabulka 50 – Zisk praktického lékaře před zdaněním za rok (zavedená praxe ve vlastní nemovitosti na hypoteční úvěr – 1.600 kapitačních pojištěnců) [Kč]

Varianta / položka	Příjmy	Výdaje	Zisk před zdaněním
nižší (min. náklady)	137.793,78	58.739,00	79.054,78
nižší (max. náklady)	137.793,78	99.018,00	38.775,78
vyšší (min. náklady)	150.258,27	58.739,00	91.519,27
vyšší (max. náklady)	150.258,27	99.018,00	51.240,27

Zdroj: vlastní zpracování autora

Porovnáme-li výsledky uvedené v tabulkách 48 a 50 je patrné, že rozdíly jsou jen minimální a to v intervalu 867,- Kč až 1.641,- Kč měsíčně. Závěry vyslovené pro předcházející variantu jsou platné i tuto variantu.

¹⁴² Životnost minimálního lékařského vybavení je předpokládána 4 roky

¹⁴³ Životnost nábytku, mobiliáře a výpočetní techniky je předpokládána 6 let

7.4. Varianta – koupě zavedené praxe

Pro zpracování ocenění jsou nezbytné určité účetní, finanční a daňové podklady. Jedná se především o:

- 1) daňová přiznání k dani z příjmu fyzických osob za posledních pět let;
- 2) prvotní doklady za stejné období;
- 3) roční uzávěrky v daňové evidenci za předchozí pětileté období;
- 4) soupis dlouhodobého hmotného majetku;
- 5) soupis hmotného majetku v ceně pořízení od 3.000,- Kč do 40.000,- Kč;
- 6) soupis drobného hmotného majetku v ceně pořízení do 3.000,- Kč;
- 7) leasingové a ostatní nájemní smlouvy;
- 8) zápisy z případných daňových kontrol.

Cílem ocenění privátní lékařské praxe je stanovení její tržní hodnoty, za kterou je ve smyslu mezinárodních oceňovacích standardů považována „zjištěná částka“, za kterou by byl majetek v den ocenění směněn, mezi dobrovolně prodávající osobou a dobrovolně kupující osobou v rámci transakce samostatných a nezávislých partnerů, po řádném marketingu, při které obě strany jednaly vědomě, rozvážně a bez nátlaku.

Prodej podniku v případě podnikajících fyzických osob je velmi složitý. Původní provozovatel lékařské praxe musí vypovědět zdravotním pojišťovnám smlouvy a tyto jsou povinny vyhlásit výběrové řízení na uzavření smlouvy nové. Výsledek řízení však nelze předjímat, protože do hry mohou vstoupit nenadále další účastníci, např. řetězce poskytovatelů zdravotní péče či jiní praktičtí lékaři. Navíc veškerý příjem z prodeje lékařské praxe musí fyzická osoba v příslušném roce zdanit a nelze tak využít osvobození od daně jako v případě prodeje obchodního podílu ve společnosti s ručením omezeným. Tím se pro prodávajícího stává prodej praxe mnohem nevýhodnější než pro právnické osoby.

Je tak vždy na zvážení, zda-li nabízená cena odprodeje lékařské praxe s kapitáčními pojištěními v evidenci je pro začínajícího praktického lékaře, s ohledem na ostatní varianty uvedené v této disertační práci, přijatelná. Na trhu v ČR působí řada právnických firem zabývajících se prodejem lékařských praxí, přičemž ceny za provedení odhadu hodnoty ordinace se pohybují cca okolo 20.000,- Kč a odhad tržní ceny obchodního podílu ordinace mezi 40.000,- Kč až 50.000,- Kč. Samozřejmostí je pak nabízený „full servis“ spočívající v zajištění realizace obchodního podílu pro prodávajícího i kupujícího.

8. Praktická část disertační práce

8.1. Pilotní výzkum

Dotazník byl sestaven s využitím konzultací s prof. PhDr. Rudolfem Fraňkem, CSc., emeritním profesorem Univerzity Karlovy a dlouholetým pracovníkem Sociologického ústavu Akademie věd České republiky.

Pilotáž probíhala začátkem roku 2009 u 20 vybraných praktických lékařů. Byla jim předložena první verze dotazníku, který měl být použit pro vlastní výzkumnou část. Praktičtí lékaři byli nejprve ponecháni, aby vyplnili samostatně předložený dotazník. Následně bylo zjišťováno, zda-li odpovědi na všechny otázky vyplněny formálně správně. V následujícím byli lékaři požádáni, aby vyplnili stejný dotazník, ale tentokrát prostřednictvím webového rozhraní. Osoba provádějící pilotáž přitom zaznamenávala odpovědi lékaře paralelně do papírové verze dotazníku.

Po vyplnění obou dotazníků byla vedena s praktickými lékaři diskuse týkající se obsahové i věcné formy dotazníku. Všemi lékaři bylo konstatováno, že jeho vyplnění nezabere lékaři více než 10 minut času, otázky jsou položeny srozumitelně a škálování je provedeno správně a logicky. Otázky o které lékaři žádali rozšířit dotazník nebyly shledány jako relevantní pro cíle, které si tato disertační práce klade, avšak zcela jistě by byly zajímavé a v mnohém by měly i určitou vypovídací schopnost.

Ukázalo se, že bude zapotřebí některé odpovědi rozšířit a jiné přeformulovat. Např. u otázky č. 3 – „Měsíční vyúčtování předávám zdravotním pojišťovnám formou?“ kde byly původně uvedeny pouze dvě možnosti:

- a) vyplněných tištěných formulářů
 - b) výstupu z počítačového programu
- bylo nutné tyto rozšířit o možnost:
- c) prostřednictvím smluvního partnera

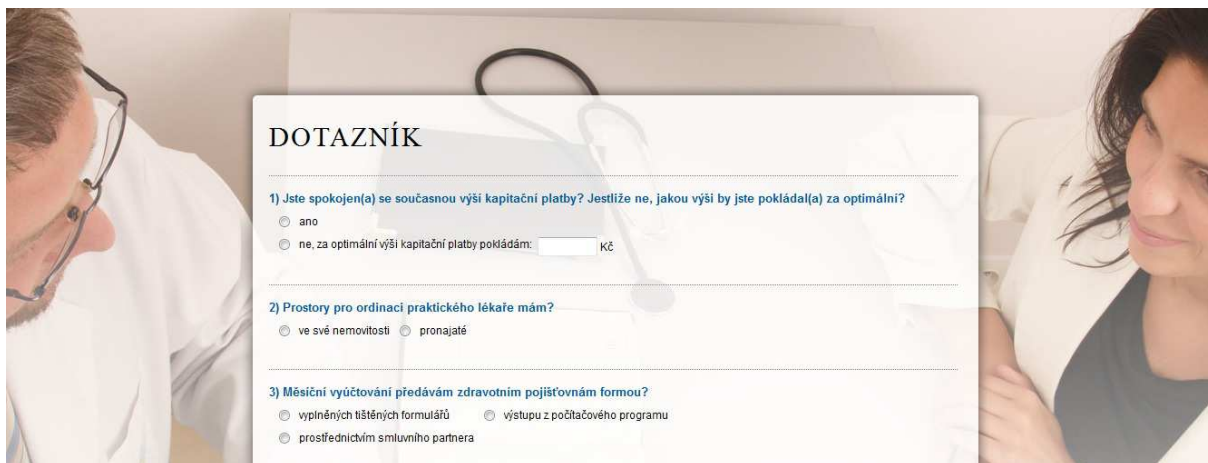
protože při osobním pohovoru s MUDr. Janem Podzimkem, praktickým lékařem z Prahy 4 bylo zjištěno, že tento vyplňuje tištěné formuláře, které následně předává účetní firmě v jedné poliklinice, která je následně převádí do digitální podoby, před jejich definitivním předáním příslušným zdravotním pojišťovnám. Za tuto službu platí 1 000,- Kč měsíčně a je s uvedeným způsobem řešení plně spokojen.

Po provedení pilotního výzkumu v terénu byla provedena kontrola automatického importu dat z dotazníků vyplněných prostřednictvím Internetu s kontrolními dotazníky, které

vyhotovila osoba provádějící pilotní výzkum Nebylo shledáno závad a výsledky byly do tabulky v prostředí MS EXCEL vkládány správně.

Na grafickém zpracování dotazníku bylo využito spolupráce s profesionální webdesignovou agenturou Creative solutions s.r.o., Říčanská 1984, 101 00 Praha 10, která též zajišťovala bezproblémovou konverzi dat získaných z elektronické formy dotazníků.

Obr. 12 – Ukázka webového rozhraní pro vyplnění dotazníku



The image shows a tablet displaying a survey form titled "DOTAZNÍK". The form contains three questions:

1) Jste spokojen(a) se současnou výší kapitační platby? Jestliže ne, jakou výši by jste pokládal(a) za optimální?

- ano
- ne, za optimální výši kapitační platby pokládám: Kč

2) Prostory pro ordinaci praktického lékaře mám?

- ve své nemovitosti
- pronajaté

3) Měsíční vyúčtování předávám zdravotním pojišťovnám formou?

- vyplněných tištěných formulářů
- výstupu z počítačového programu
- prostřednictvím smluvního partnera

Zdroj: [cit. 15.1.2011]. Dostupné z internetu:< <http://www.creative-solutions.cz/dotaznik>>

8.2. Zvolené výzkumné prostředí a výzkumný soubor

Základním souborem pro šetření – praktických lékařů – byl Seznam vybraných zařízení dle druhů ZZ a obcí s rozšířenou působností (ORP) pro Samostatné ordinace praktických lékařů pro dospělé, dostupný na webových stránkách <http://www.uzis.cz/uzis/rzz/lb/RZZSeznam.pl> které provozuje Ústav zdravotnických informací a Statistiky České republiky ke dni 19. 3. 2009.

Celkem bylo rozesláno 5 486 dotazníků do všech samostatných ordinací praktických lékařů a těmto bylo umožněno jejich vyplnění též prostřednictvím webového rozhraní.

Tabulka 51 – Počty odeslaných dotazníků dle jednotlivých krajů České republiky

Název kraje	Počet odeslaných dotazníků	Podíl z ČR [%]
Hlavní město Praha	518	9,44
Středočeský kraj	649	11,83
Jihočeský kraj	390	7,11
Plzeňský kraj	299	5,45
Karlovarský kraj	152	2,77
Ústecký kraj	419	7,64
Liberecký kraj	231	4,21
Královehradecký kraj	304	5,54
Pardubický kraj	255	4,65
Kraj Vysočina	304	5,54
Jihomoravský kraj	588	10,72
Olomoucký kraj	391	7,13
Zlínský kraj	362	6,60
Moravskoslezský kraj	624	11,37
Celkem	5 486	100,00

Zdroj: vlastní zpracování autora

Ze všech dotázaných praktických lékařů formou písemného dotazníku bylo vráceno zpět 556 vyplněných dotazníků, což z celkového počtu dotazníků představuje 10,13 %. Možnost vyplnit dotazník prostřednictvím webového rozhraní využilo 541 praktických lékařů, což představuje 9,86 %. Celkem tedy dotazník vyplnilo 1 097 respondentů a výzkumu se tak zúčastnilo 20,00 % všech praktických lékařů, což při vyhodnocování dotazníků vedlo k poměrně malému intervalu spolehlivosti u testovaných hypotéz.

Tabulka 52 – Počty vrácených dotazníků dle jednotlivých krajů České republiky

Název kraje	Počet vrácených dotazníků	Podíl z ČR [%]	Podíl z kraje [%]
Hlavní město Praha	103	1,88	19,88
Středočeský kraj	107	1,95	16,49
Jihočeský kraj	86	1,57	22,05
Plzeňský kraj	72	1,31	24,08
Karlovarský kraj	38	0,69	25,00
Ústecký kraj	108	1,97	25,78
Liberecký kraj	37	0,67	16,02
Královehradecký kraj	72	1,31	23,68
Pardubický kraj	0	0,00	0,00
Kraj Vysočina	21	0,38	6,91
Jihomoravský kraj	181	3,30	30,78
Olomoucký kraj	91	1,66	23,27
Zlínský kraj	77	1,40	21,27
Moravskoslezský kraj	102	1,86	16,35
Neuvedeno	2	0,04	0,00
Celkem	1 097	20,00	

Zdroj: vlastní zpracování autora

Z celkového počtu vrácených dotazníků tento vyplnilo 453 mužů (41,29 %), 637 žen (58,07 %) a u 7 dotazníků repondenti údaj o pohlaví nevyplnili (0,64 %). Soukromou lékařskou praxi přitom v České republice vykonává celkem 2 239 mužů a 3 247 žen.

Tabulka 53 – Počty mužů a žen vykonávajících soukromou lékařskou praxi

Název kraje	Mužů	%	Žen	%	Celkem
Hlavní město Praha	112	21,62	406	78,38	518
Středočeský kraj	263	40,52	386	59,48	649
Jihočeský kraj	197	50,51	193	49,49	390
Plzeňský kraj	121	40,47	178	59,53	299
Karlovarský kraj	76	50,00	76	50,00	152
Ústecký kraj	187	44,63	232	55,37	419
Liberecký kraj	96	41,56	135	58,44	231
Královohradecký kraj	155	50,99	149	49,01	304
Pardubický kraj	129	50,59	126	49,41	255
Kraj Vysočina	151	49,67	153	50,33	304
Jihomoravský kraj	207	35,20	381	64,80	588
Olomoucký kraj	170	43,48	221	56,52	391
Zlínský kraj	149	41,16	213	58,84	362
Moravskoslezský kraj	226	36,22	398	63,78	624
Celkem	2 239	40,81	3 247	59,19	5 486

Zdroj: vlastní zpracování autora

Z tabulky č. 54 vyplývá, že rozložení respondentů z hlediska pohlaví se velmi přibližuje rozložení všech praktických lékařů v České republice.

Tabulka 54 – Rozdíl v zastoupení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Evidovaných lékařů v ČR [%]	Zastoupení respondentů [%]	Rozdíl [%]
Mužů	40,81	41,29	0,48
Žen	59,19	58,07	-1,12

Zdroj: vlastní zpracování autora

Na základě výsledků testu o shodě relativních četností (muži $u = 0,57$; ženy $u = 0,21$) bylo prokázáno, že v zastoupení respondentů je podíl mužů a žen stejný jako v základním souboru.

Z Pardubického kraje se nevrátil ani jediný dotazník, ani žádný lékař z tohoto kraje nevyplnil dotazník na Internetu. Bohužel došlo k situaci, kdy jedno profesní sdružení praktických lékařů doporučilo svým členům nevyplňovat tento dotazník, neboť se domnívali, že se jedná o výzkum na objednávku Ministerstva zdravotnictví České republiky, který by se měl stát podpurným argumentem pro zakonzervování kapitačních plateb na stávající úrovni anebo dokonce pro jejich snížení.

Vzhledem k charakteru vlastního výzkumu bude v následujícím provedeno shrnutí výsledků získaných dotazníkovým šetřením a poté budou zpracovány hypotézy bezprostředně související s tématem vlastní disertační práce.

Celé dotazníkové šetření bylo využito při tvorbě publikace „Ordinace praktického lékaře pro dospělé“, která vyšla v nakladatelství Námořní akademie České republiky s.r.o.

Otázka č. 1

Jste spokojen se současnou výší kapitační platby? Jestliže ne, jakou výší by jste pokládal(a) za optimální?

Tabulka 55 – Spokojenost s výší kapitační platby

Spokojenost s výší kapitační platby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	389	35,5
Ne	697	63,5
Nevím	11	1,0
Celkem	1 097	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

Přibližně třetina lékařů z výběrového souboru je spokojena s výší kapitační platby. Pro relativní četnost byl vypočítán interval spolehlivosti a lze tedy odhadnout, že ze všech praktických lékařů v České republice je spokojeno s kapitační platbou pouze 32,7 % až 38,3 % lékařů a to s pravděpodobností 0,95.

Na otázku, jakou výší kapitačního poplatku by považovali lékaři za optimální, bylo ve výběrovém souboru odpovězeno, že v průměru 74,80 Kč. Byl též spočítán interval spolehlivosti pro tento průměr, který je 73,- Kč až 76,60 Kč. V tomto intervalu se pohybuje odhad výše kapitační platby u všech praktických lékařů v České republice.

V tabulce č. 19 je uvedeno, že při současné výší kapitační platby 50,- Kč a demografickém rozložení obyvatelstva k 31.12.2010 vynakládá Česká republika měsíčně částku **786 389 255,00 Kč** na kapitační platby pro praktické lékaře. Při zvýšení kapitační platby na 73,- Kč by již měsíční náklady státu na kapitační platby PL činily 1 148 128 312,30 Kč (nárůst o 361 739 057,30 Kč) a při výší kapitační platby 76,60 Kč dokonce 1 204 748 338,66 Kč (nárůst o 418 359 083,66 Kč). Výpočty jsou uvedeny v tabulkách č. 56 a 57.

Lékaři by si tak dle dotazníkového šetření přáli aby stát zvýšil roční náklady na kapitační platby o **4,3 až 5 miliard Kč**. Je pravděpodobné, že tak vysoké nároky praktických lékařů není schopen stát akceptovat.

Tab. 56 – Výše celkových kapitačních plateb za jednotlivé věkové skupiny obyvatel
k 31.12.2010 při výši kapitační platby 73,- Kč

Věk	Počet pojištěnců	Výše kapitace	Index	Přepočtená kapitace	Celkem
0	117 456	73,00 Kč	3,91	285,43 Kč	33 525 466,08 Kč
1-4	462 079	73,00 Kč	3,91	285,43 Kč	131 891 208,97 Kč
5-9	485 064	73,00 Kč	1,70	124,10 Kč	60 196 442,40 Kč
10-14	453 543	73,00 Kč	1,35	98,55 Kč	44 696 662,65 Kč
15-19	582 650	73,00 Kč	1,00	73,00 Kč	42 533 450,00 Kč
20-24	692 009	73,00 Kč	0,90	65,70 Kč	45 464 991,30 Kč
25-29	746 496	73,00 Kč	0,95	69,35 Kč	51 769 497,60 Kč
30-34	896 386	73,00 Kč	1,00	73,00 Kč	65 436 178,00 Kč
35-39	888 932	73,00 Kč	1,05	76,65 Kč	68 136 637,80 Kč
40-44	704 892	73,00 Kč	1,05	76,65 Kč	54 029 971,80 Kč
45-49	696 681	73,00 Kč	1,10	80,30 Kč	55 943 484,30 Kč
50-54	672 545	73,00 Kč	1,35	98,55 Kč	66 279 309,75 Kč
55-59	754 341	73,00 Kč	1,45	105,85 Kč	79 846 994,85 Kč
60-64	743 870	73,00 Kč	1,50	109,50 Kč	81 453 765,00 Kč
65-69	552 120	73,00 Kč	1,70	124,10 Kč	68 518 092,00 Kč
70-74	383 827	73,00 Kč	2,00	146,00 Kč	56 038 742,00 Kč
75-79	313 367	73,00 Kč	2,40	175,20 Kč	54 901 898,40 Kč
80-84	231 966	73,00 Kč	2,90	211,70 Kč	49 107 202,20 Kč
85-89	121 775	73,00 Kč	3,40	248,20 Kč	30 224 555,00 Kč
90-94	25 884	73,00 Kč	3,40	248,20 Kč	6 424 408,80 Kč
95+	6 887	73,00 Kč	3,40	248,20 Kč	1 709 353,40 Kč
celkem	10 532 770				1 148 128 312,30 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování autora

Tab. 57 – Výše celkových kapitačních plateb za jednotlivé věkové skupiny obyvatel
k 31.12.2010 při výši kapitační platby 76,60 Kč

Věk	Počet pojištěnců	Výše kapitace	Index	Přepočtená kapitace	Celkem
0	117 456	76,60 Kč	3,91	299,51 Kč	35 178 776,74 Kč
1-4	462 079	76,60 Kč	3,91	299,51 Kč	138 395 432,97 Kč
5-9	485 064	76,60 Kč	1,70	130,22 Kč	63 165 034,08 Kč
10-14	453 543	76,60 Kč	1,35	103,41 Kč	46 900 881,63 Kč
15-19	582 650	76,60 Kč	1,00	76,60 Kč	44 630 990,00 Kč
20-24	692 009	76,60 Kč	0,90	68,94 Kč	47 707 100,46 Kč
25-29	746 496	76,60 Kč	0,95	72,77 Kč	54 322 513,92 Kč
30-34	896 386	76,60 Kč	1,00	76,60 Kč	68 663 167,60 Kč
35-39	888 932	76,60 Kč	1,05	80,43 Kč	71 496 800,76 Kč
40-44	704 892	76,60 Kč	1,05	80,43 Kč	56 694 463,56 Kč
45-49	696 681	76,60 Kč	1,10	84,26 Kč	58 702 341,06 Kč
50-54	672 545	76,60 Kč	1,35	103,41 Kč	69 547 878,45 Kč
55-59	754 341	76,60 Kč	1,45	111,07 Kč	83 784 654,87 Kč

Věk	Počet pojištěnců	Výše kapitace	Index	Přepočtená kapitace	Celkem
60-64	743 870	76,60 Kč	1,50	114,90 Kč	85 470 663,00 Kč
65-69	552 120	76,60 Kč	1,70	130,22 Kč	71 897 066,40 Kč
70-74	383 827	76,60 Kč	2,00	153,20 Kč	58 802 296,40 Kč
75-79	313 367	76,60 Kč	2,40	183,84 Kč	57 609 389,28 Kč
80-84	231 966	76,60 Kč	2,90	222,14 Kč	51 528 927,24 Kč
85-89	121 775	76,60 Kč	3,40	260,44 Kč	31 715 081,00 Kč
90-94	25 884	76,60 Kč	3,40	260,44 Kč	6 741 228,96 Kč
95+	6 887	76,60 Kč	3,40	260,44 Kč	1 793 650,28 Kč
celkem	10 532 770				1 204 748 338,66 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování autora

Otázka č. 2

Prostory pro ordinaci praktického lékaře mám?

Tabulka 58 – Umístění ordinace praktického lékaře

Umístění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ve své nemovitosti	206	18,8
V pronajaté nemovitosti	891	81,2
Celkem	1 097	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

V dalším rozboru bylo zkoumání závislosti na geografickém umístění ordinace. Kraje byly sloučeny do tří částí – Praha, České kraje, Moravské kraje. V tabulce č. 59 je vztah umístění prostor na ordinaci a kraj.

Tabulka 59 – Vztah umístění ordinace a kraje

Kraj	Prostory pro ordinaci				Celkem
	Vlastní nemovitost		Pronajaté		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
Praha	4	3,88	99	96,12	103
České kraje	130	20,73	497	79,27	627
Moravské kraje	72	19,78	292	80,22	364
Celkem	206	18,83	888	81,17	1 094

Zdroj: vlastní zpracování autora

Tabulka č. 59 ukazuje na výrazný rozdíl mezi Prahou, českými a moravskými kraji. Zatímco v Praze vykazovaly 4 % praktických lékařů, že ordinují ve vlastní nemovitosti, bylo to mimo Prahu mezi 19,78 až 20,73 %, tedy přibližně pětinašobek.

Otázka č. 3

Měsíční vyúčtování předávám zdravotním pojišťovnám formou?

Graf 13 – Předávání měsíčního vyúčtování



Zdroj: vlastní zpracování autora

Více než $\frac{3}{4}$ respondentů uvedlo, že pro zpracování měsíčního vyúčtování využívají výstupů ze specializovaných programů pro praktické lékaře. Přesto však existuje skupina (8,8 %) praktických lékařů, kteří stále ještě vyplňují údaje o jednotlivých výkonech do tištěných formulářů a existuje také skupina lékařů (12,5 %), kteří raději vše svěřují smluvnímu partnerovi.

Otázka č. 4

Považujete regulační poplatek ve výši 30,- Kč za přínos pro vaši ordinaci?

86,1 % lékařů považuje placení regulačního poplatku za přínos. Lze tedy pomocí intervalu spolehlivosti odhadnout, že u všech praktických lékařů považuje za přínos 84,1 % - 88,1 % lékařů.

Regulační poplatek vnímá většina praktických lékařů jako významný zdroj příjmu svých ordinací (8 – 10 tisíc Kč měsíčně). Zavedením tohoto druhu poplatku se stát snažil zvýšit příjmy praktických lékařů, avšak bez nutnosti zatížení státního rozpočtu. Celá tíha regulačního poplatku tak dopadla na pacienty, kterým navíc někteří politici a státní úředníci prostřednictvím masmédií tvrdili, že tyto nezůstávají lékařům, nýbrž že jsou odváděny zdravotním pojišťovnám, což je však naprostý nesmysl. Praktičtí lékaři jsou sice povinni tyto regulační poplatky vybírat a vykazovat, avšak ve skutečnosti tvoří příjem jejich ordinace.

Vysvětlení si existence procentuální části praktických lékařů, kteří nevnímají regulační poplatek za přínosný lze spatřovat např. ve skutečnosti, že obhajování jeho výběru, zejména starším občanům, kteří si platili dlouhá léta zdravotní pojištění, aby na stáří museli snášet zvyšování nákladů na poskytování zdravotní péče, se lékařům zdá nemorální. Spíše by si představovali řešení problému financování svých ordinací komplexnějším způsobem za přispění státu jako takového.

Graf 14 – Přínos regulačního poplatku ve výši 30,- Kč pro ordinaci PL



Zdroj: vlastní zpracování autora

Otázka č. 5

Uved'te prosím přibližný počet kapitačních pojištěnců (ke dni vyplnění tohoto dotazníku), které má vaše ordinace v evidenci (zaokrouhlete na celé sta)?

Ve výběrovém souboru uvedli lékaři průměrný počet kapitačních pojištěnců, který činí celkem 1 805. U všech praktických lékařů se odhadem s pravděpodobností 0,95 pohybuje počet kapitačních pojištěnců v intervalu 1 772 – 1 838 pojištěnců.

Z výše uvedeného vyplývá, že v databázi praktických lékařů ÚZIS je vedeno mnoho praktických lékařů, kteří praxi buď vůbec nevykonávají, anebo mají více než jednu ordinaci. Bohužel v ČR není k dispozici centrální databáze praktických lékařů skutečně vykonávajících vlastní soukromou praxi. Tyto údaje by bylo možné zajistit pouze prostřednictvím jednotlivých zdravotních pojišťoven, přičemž dalším problémem je duplicita záznamů v jejich databázích, neboť jeden praktický lékař má zpravidla registraci u více zdravotních pojišťoven.

Otázka č. 6

Jaké jsou průměrné měsíční mzdové náklady vaší ordinace za rok 2010 (zaokrouhlete na celé tisíce)?

Respondenti uvedli minimální výši měsíčních mzdových nákladů ve výši 4 000 Kč a maximální pak ve výši 500 000 Kč. Bylo tak zjištěno, že takto položená otázka nelze vyhodnotit, neboť by bylo nutné jasně metodicky vymezit co by měl praktický lékař do těchto nákladů (výdajů) zahrnout a také ověřit, jakou variantu řešení pracovněprávního vztahu má v ordinaci zavedenu.

Otázka č. 7

Jaký je současný počet zaměstnanců vaší ordinace?

Při využití aritmetického průměru bylo dotazníkem zjištěno, že v jedné ordinaci praktického lékaře pracuje průměrně 1,05 lékaře a 1,13 zdravotní sestry.

Otázka č. 8

Má vaše ordinace praktického lékaře vlastní webové stránky na Internetu?

Tabulka 60 – Vlastnictví webových stránky praktickými lékaři

Vlastní webové stránky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	180	16,4
Ne	917	83,6
Celkem	1 097	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

Webové stránky na Internetu má pouze 16,4 % lékařů v souboru. Pomocí intervalu spolehlivosti lze odhadnout s pravděpodobností 0,95; že ze všech praktických lékařů bude mít webové stránky 14,3 % - 18,5 % praktických lékařů a z nich méně než polovina je používá k objednání vyšetření.

Otázka č. 9

Jestliže má ordinace PL vlastní webové stránky, mohou se vaši pacienti prostřednictvím nich objednat na vyšetření?

Tabulka 61 – Možnost objednání pacientů pomocí Internetu

Objednání Internetem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	95	42,2
Ne	130	57,78
Celkem	225	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

Vzhledem ke skutečnosti, že pouze 180 respondentů uvedlo, že má vlastní webové stránky, jeví se údaj „Celkem“ uvedený v tabulce č. 61 jako chybný. 45 lékařů v otázce č. 8 totiž odpovědělo, že vlastní webové stránky nemá, ale i přesto uvedlo, že se pomocí nich mohou jejich pacienti objednat na vyšetření.

Tento rozdíl je možné vysvětlit skutečností, že někteří praktičtí lékaři sice nemají vlastní webové stránky, ale využívají webové stránky např. polikliniky, přes které se i jejich pacienti k nim mohou objednat a tento požadavek je jim doručen např. prostřednictvím emailu.

Otázka č. 10

Vynakládáte finanční prostředky na reklamu (časopisy, noviny, Internet...)? Jestliže ano, v jaké průměrné měsíční výši v roce 2010?

Tabulka 62 – Vynakládání finančních prostředků na reklamu

Reklama	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	331	30,2
Ne	764	69,8
Celkem	1 097	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

Finanční prostředky na reklamu vynakládá 30,2 % lékařů v souboru a se spolehlivostí 0,95 odhadujeme, že ze všech praktických lékařů 27,5 % - 32,9 % vynakládá prostředky na reklamu.

Při osobních rozhovorech uváděli lékaři mající webové stránky, že největší přínos jejich pacienti vidí v možnosti podívat se kdy má daný lékař ordinální hodiny a pro nové potenciální pacienty je příjemné, nalezne-li na nich kontakt na praktického lékaře a případně mapu, kde mají ordinaci hledat.

Praktické lékaře od zavedení webových stránek odrazuje potřeba jejich pravidelné správy a aktualizace a dále cena, kterou za služby grafických web studií by museli vynaložit. Na druhé straně nevidí to, že by jim zásadním způsobem webové stránky zvýšili počet pacientů, kteří budou žádat o vzetí do jejich evidence. Také lékaři projevují obavy nad tím, aby nemohly být webové stránky chápány Českou lékařskou komorou jako nepřiměřená reklama a nemohli být postiženi.

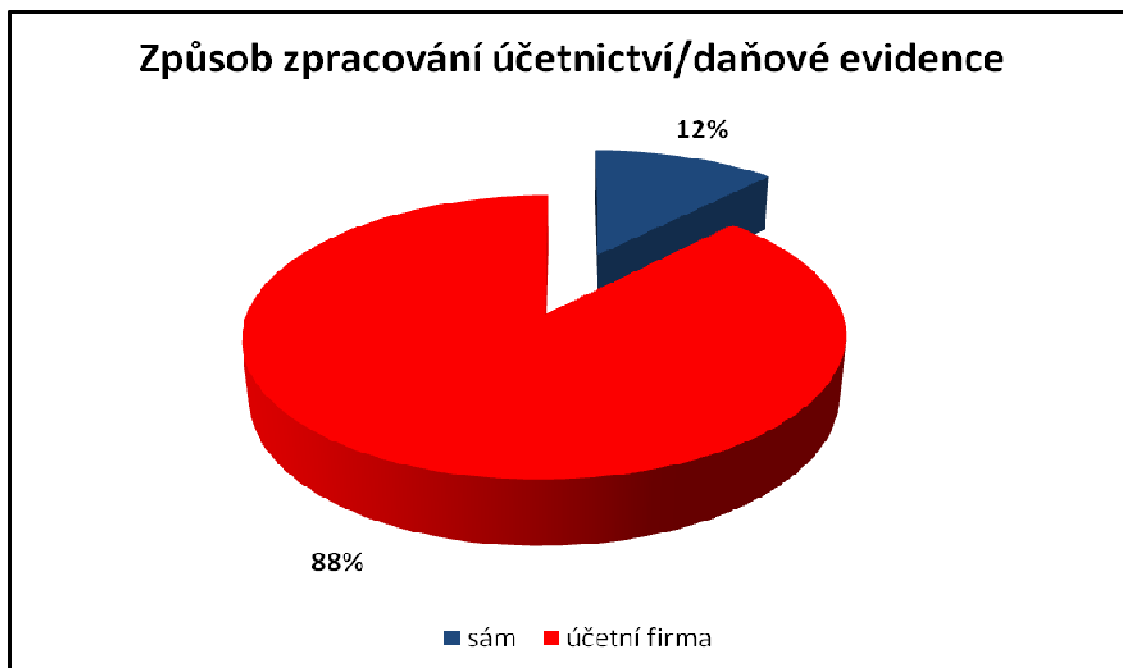
Většina lékařů nevykládá prostředky na reklamu v časopisech, novinách a na Internetu. Dle názoru autora práce tak většina finančních nákladů na reklamu je vynakládána na tvorbu webových stránek, na tisk vizitek a v omezené míře též na tisk letáků (o ordinaci nebo edukačních materiálů).

Otázka č. 11

Jakým způsobem zajišťujete vedení daňové evidence?

87,9 % lékařů ze souboru zajišťuje vedení daňové evidence za pomoci účetní firmy, za což jim pravidelně měsíčně platí. Z povahy vzdělání lékařů ani nešlo předpokládat, že by si účetnictví/daňovou evidenci vedlo samo. V rámci svého vzdělání sice získali základy ekonomiky, avšak v tak omezeném rozsahu, že si zřejmě netroufají sami k jejich vedení. Z rozhovorů s lékaři vyplynulo, že se obávají důsledků, které by mohly vzniknout nesprávným vyplněním daňového přiznání, nechtějí se zabývat tak odlišnou oblastí, jakou je účetnictví. Také praktičtí lékaři těžce nesou jakékoli druhy daňových kontrol či kontrol prováděných Českou správou sociálního zabezpečení, neboť zaměstnávají zdravotní sestru a tudíž mají zaměstnance. Za komplikaci považují i častou změnu daňové legislativy a s ní související změnu vzorů tiskopisů a způsobu jejich vyplňování.

Graf 15 – Způsob zpracování účetnictví/daňové evidence



Otázka č. 12

Jakým způsobem může pacient vaší ordinaci kontaktovat?

Tabulka 63 – *Způsob komunikace pacient - ordinace*

Druh komunikace	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	ano	ne	ano	ne
Pevná telefonní linka	1071	26	97,6	2,4
Mobilní telefon	782	314	71,4	28,6
Email	559	537	51,0	49,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

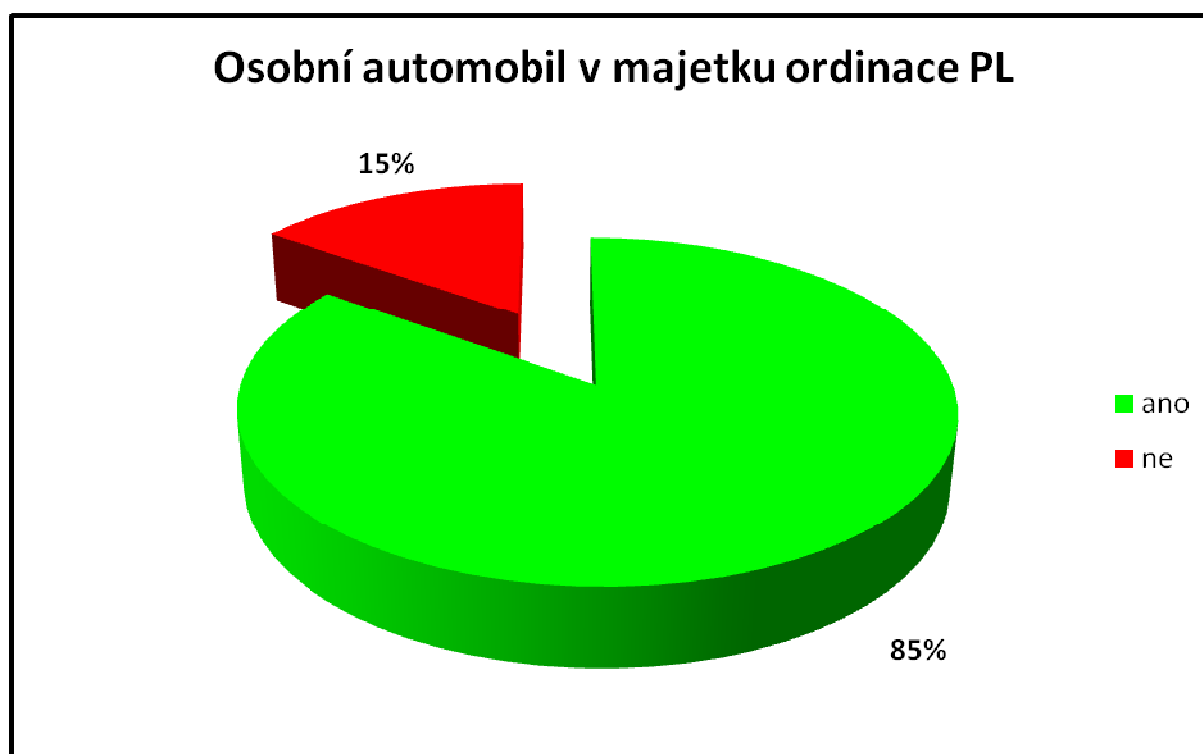
Výsledky dotazníkového šetření ukazují na skutečnost, že téměř každý praktický lékař využívá pevnou telefonní linku, cca 71,4 % pak mobilní telefon a pouze polovina respondentů možnost komunikace prostřednictvím emailu. Dle osobních rozhovorů s lékaři vyplynulo, že telefonní hovory vyřizují zpravidla zdravotní sestry a pouze urgentní hovory jsou přepojovány přímo na stůl praktického lékaře. Mobilní telefon pak používají lékaři zejména mimo ordinaci, kdy chodí po návštěvách pacientů, aby si tak zachovaly dosažitelnost. Na vyřizování emailů pak mají lékaři čas zpravidla až po skončení ordinačních hodin, anebo tyto vyřizuje také zdravotní sestra.

Otázka č. 13

Máte k dispozici služební motorové vozidlo (zahrnuté v majetku ordinace)?

Motorové vozidlo má v majetku ordinace 84,9 % lékařů v souboru respondentů. Lékaři se zřejmě řídí k zahrnutí vozidla do majetku ordinace jinými pohnutkami, než daňovými. Otázkou zůstává, zda zbývajících 15,1 % lékařů má k dispozici osobní motorové vozidlo, byť nezahrnuté do majetku ordinace, neboť tento systém může být daňově výhodnější, zvláště v případě staršího vozidla, kde se do daňových nákladů již nepromítá odpis hmotného majetku.

Graf 16 – Osobní automobil v majetku ordinace praktického lékaře



Zdroj: vlastní zpracování autora

Otázka č. 14

Kontakty s pacienty považuje za?

V dotazníkovém šetření uvedlo 78,7 % lékařů, že považuje kontakty se svými pacienty za vyhovující, 20,7 % pak za spíše vyhovující a pouze 5 lékařů uvedlo, že tyto vnímá jako nevyhovující.

Náklady na pořízení a provoz jednotlivých způsobů komunikace v současné době umožňují prakticky každému praktickému lékaři možnost, vybrat si jaký způsob komunikace se svými pacienty zvolí. Snad jen v některých příhraničních regionech České republiky může být i v současné době problém se zavedením pevné linky a v některých částech ČR pak s kvalitou signálu mobilních operátorů.

Graf 17 – Kontakty praktického lékaře se svými pacienty

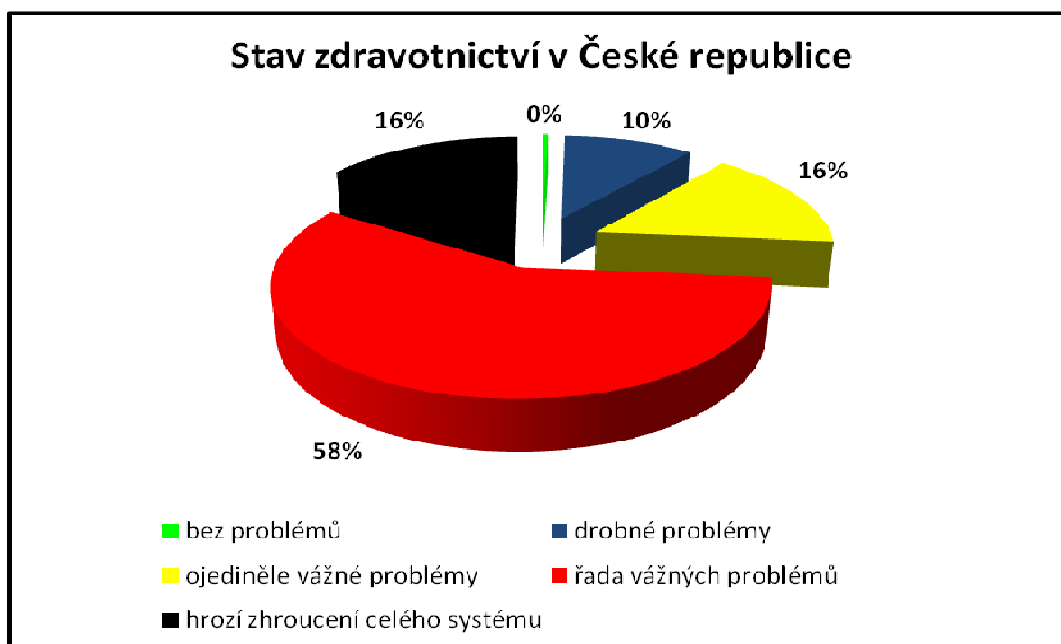


Zdroj: vlastní zpracování autora

Otázka č. 15

Jakým způsobem byste hodnotil(a) stav zdravotnictví v České republice?

Graf 18 – Hodnocení stavu zdravotnictví v České republice



Zdroj: vlastní zpracování autora

Zajímavé je hodnocení stavu zdravotnictví lékaři z výběrového souboru. Více než polovina lékařů (57,4 %) uvádí, že existuje řada vážných problémů (interval spolehlivosti 55,4 % - 59,6 %) a dokonce 15,9 % lékařů uvádí, že hrozí zhroucení celého systému zdravotnictví (u všech praktických lékařů je možné interval spolehlivosti odhadnout mezi 13,3 % - 18,5 %).

Zde autor ani neočekával jinou odpověď, neboť o problémech českého zdravotnictví se hovoří již delší dobu a vyřešení těchto problémů se ztrácí v nedohlednu. Jedná se zřejmě o problémy odchodu mladých, špičkových a nadějných lékařů do zahraničí, kde jim nemocnice nabízejí mnohem lepší finanční ohodnocení, možnost vyššího životního standardu, lepšího ocenění a lépe fungující systém než je tomu v České republice. Navíc obecná nálada v České republice začíná být v posledních dvou letech velmi špatná. Nepřispívá k tomu ani politická nestabilita vyúsťující snahou opozičních stran o vyslovení nedůvěry vlády, ostrými výměnami názorů mezi koaličními politickými stranami, nehoráznými korupčními kauzami vrcholných politiků a státních úředníků a miliardovými ztrátami při zadávání veřejných zakázek.

Při porovnání výsledků získaných v roce 2010 s výzkumem prováděným v roce 2003 je patrné, že se nijak zásadním způsobem nezměnil názor lékařů na stav českého zdravotnictví (51 % lékařů uvádí řadu vážných problémů v roce 2003 a 58 % lékařů v roce 2010).

Otázka č. 16

Cítíte se být ohrožen(a) vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů?

Tabulka 64 – Pocit ohrožení nadnárodními řetězci

Cítíte se ohrožení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	570	52,0
Ne	519	47,3
Nemá názor	8	0,7
Celkem	1 097	100,0

Zdroj: vlastní zpracování autora

Ukázalo se, že přibližně stejný počet lékařů se cítí ohroženo (52,7 %) jako neohroženo (47,3 %).

Vstup nadnárodních řetězců do českého zdravotního systému nebyl sice tak dramatický, jak mnozí odborníci předpokládali, ale proces vstupu zahraničního kapitálu do českého zdravotnického systému zdaleka ještě neskončil. V současné době se zdravotnické řetězce potýkají se zpomalením své expanze. Začínají mít problémy se zajištěním naslibovaných

ordinačních hodin, které někdy až dvojnásobně převyšovaly běžných 30 ordinačních hodin za týden.

Řada praktických lékařů zjevně pochopila, že si jsou schopni vydělat více peněz v samostatné praxi, než v područí zdravotnického řetězce, kde je jim vyplácena pouhá mzda, byť nenesou všechna rizika plynoucí z provozu ordinace.

Nadnárodní řetězce sice praktickým lékařům nabízejí i možnost profesního růstu, avšak jen do jisté míry závislou na jejich výkonech. Tyto jsou pro lékaře nastaveny poměrně vysoko a stávají se tak „pouhou“ pracovní silou v rukou silného hráče. Případné osamostatnění praktického lékaře a zpětné přejítí do vlastní praxe je tomuto znatelně zkomplikováno, což je pochopitelné z hlediska obavy před „přetažením“ pacientů do nově vzniklé praxe. Nadnárodní řetězce jsou si vědomi, že pacient dochází často za konkrétním lékařem, a pokud tento vybuduje svou praxi, je část pacientů ochotna za svým lékařem přejít i do jiné ordinace, zvláště pokud se tato bude nacházet v blízkosti ordinace původní.

Otázka č. 17

Jaký minimální kapitál musí mít, dle vašeho názoru, absolvent lékařské fakulty, aby si mohl otevřít vlastní ordinaci praktického lékaře (zaokrouhleno na celé tisíce)?

Odpovědi praktických lékařů na tuto otázku se pohybují v intervalu 0,- Kč až 5 milionů Kč. Aritmetický průměr odpovědí je 859 171,- Kč. Lze konstatovat, že odhad praktických lékařů koresponduje s výzkumem uvedeným v disertační práci, neboť autor zjistil minimální potřebný kapitál začínajícího praktického lékaře v intervalu 425 128,- Kč až 1 348 963,- Kč.

Otázka č. 18

Problémy ve financování zdravotnictví pokládáte za?

Za alarmující lze považovat, že 81,2 % lékařů v souboru považuje problémy u financování zdravotnictví za závažné (u základního souboru je to s pravděpodobností 0,95 79,3 % - 83,1 %).

Graf 19 – Problémy s financováním zdravotnictví



Zdroj: vlastní zpracování autora

Otázka č. 19

S tezí „Peněz ve zdravotnictví je dostatek, špatný je však způsob nakládání s nimi“?

Graf 20 – Teze „Peněz ve zdravotnictví je dostatek, špatný je však způsob nakládání s nimi“



Zdroj: vlastní zpracování autora

Názory na množství peněz ve zdravotnictví jsou roztržštěné. S tvrzením, že peněz je dostatek, ale je špatný způsob, jak je s nimi nakládáno souhlasí tak napůl 35,2 % lékařů a spíše souhlasí 26,3 % lékařů.

Praktičtí lékaři zde cítí jistou míru nespravedlnosti v odměňování jejich odbornosti oproti odbornostem jiným. Část lékařů je přesvědčena, že by do zdravotnictví měly proudit vyšší peněžní prostředky než je tomu v současné době. Zřejmě se projevila skutečnost rozpočtových škrtů napříč všemi rezorty, zdravotnictví nevyjímaje. Možná, že srovnávají své platy s platy pracovníků v jiných odvětvích. Bylo by velmi zajímavé zabývat se myšlenkou, jaká proporcionalita mezi jednotlivými povoláními by měla být. Studium odborné literatury však bylo zjištěno, že o takovýto výzkum a stanovení žebříčku „správné“ výše odměňování pracovníků v různých rezortech, nevedlo v minulosti k relevantním výsledkům a v zásadě z něho vyplynulo, že stát platí jednotlivé profese prostě jen podle toho, jak moc momentálně potřebuje tu či onu profesi.

8.3. Formulace hypotéz

Obsahem praktické části disertační práce je empirické šetření vybraných ekonomických souvislostí při provozování ordinace praktického lékaře a vyvození z těchto zjištěných následných závěrů vedoucí k objektivnímu stanovení potřebné výše kapitační platby za pojištěnce, aby byla zachována a postupně zvyšována zdravotní péče v oblasti všeobecného lékařství.

Na základě zjištěných informací výzkumem bude posouzen další možný vývoj zkoumané problematiky, případně bude doporučena změna přístupu k řešení otázek kapitačních plateb a systému financování zdravotního systému České republiky.

Hypotéza 1

Pohlaví lékaře má vliv na spokojenost s výší kapitační platby

Hypotéza ověřuje, zda existují rozdíly se spokojeností s výší kapitační platby mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů.

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistuje statisticky signifikantní rozdíl ve spokojenosti s výší kapitační platby.

H_1 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existuje statisticky signifikantní rozdíl ve spokojenosti s výší kapitační platby.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrát testu ($p = 0,136$) nelze zamítnout nulovou hypotézu. Proto konstatujeme, že neexistuje statisticky signifikantní rozdíl ve spokojenosti s výší kapitační platby mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů (výpočty viz příloha č. 5/1).

Hypotéza 1 nebyla potvrzena.

Nepotvrzení hypotézy lze spatřovat ve skutečnosti, že lékaři i lékařky musí vystudovat vysokou školu, získat potřebnou praxi a následně složit atestační zkoušky, aby splnili podmínky k výkonu samostatné praxe praktického lékaře. Při provozu ordinace se pak

potýkají se stejnými problémy, z čehož vyplývá míra jejich spokojenosti či nespokojenosti s výší kapitační platby, jakožto základního zdroje financování jejich ordinací.

Hypotéza 2

Věk lékaře má vliv na spokojenost s výší kapitační platby

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistuje statisticky signifikantní rozdíl ve spokojenosti s výší kapitační platby.

H_1 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly ve spokojenosti s výší kapitační platby.

Na základě p hodnoty 0,000 zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Lze říci, že věk ovlivňuje spokojenost s kapitační platbou, ale závislost je slabá (p-hodnota koeficientu linear-by-linear asociation je 0,146).

Na základě výše uvedeného může konstatovat, že věk ovlivňuje spokojenost s výší kapitační platby. (výpočty viz příloha č. 5/2)

V rámci výzkumu se vrátil pouze jediný dotazník praktického lékaře mladšího 30ti let. Právě z tohoto důvodu nebyla tato věková kategorie zahrnuta do statistického zpracování dotazníku. Nepotvrdil se předpoklad, že zejména mladší lékaři budou výrazně nespokojenější, s výší kapitační platby, než jejich starší kolegové. A to i přes skutečnost, že mladší lékaři mají vyšší spotřebu peněžních prostředků pro zajištění života svého a své rodiny než jejich starší kolegové. Zakládají rodiny, řeší problematiku bydlení, splácejí vybavení své ordinace, případně osobního automobilu.

Hypotéza 2 byla potvrzena.

Hypotéza 3

Geografické umístění ordinace má vliv na spokojenost lékaře s výší kapitační platby

Pro testování byly odpovědi respondentů kumulované do třech geografických oblastí: Praha, Čechy a Morava.

H_0 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly v souvislosti se spokojeností lékařů s výší kapitační platby.

H_1 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly v souvislosti se spokojeností lékařů s výší kapitační platby.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrátu, p -hodnota = 0,453 nelze zamítnout nulovou hypotézu. Konstatujeme, že mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly v souvislosti se spokojeností lékařů s výší kapitační platby. (výpočty viz příloha č. 5/3)

Hypotéza 3 nebyla potvrzena.

Hypotéza 4

Pohlaví lékaře souvisí s umístěním ordinace (vlastní prostory nebo pronájem)

Hypotéza ověřuje, zda existuje závislost mezi muži a ženami, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo pronajatých prostorech.

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorech.

H_1 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorech.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrát testu ($p = 0,056$), nelze zamítnout nulovou hypotézu a konstatujeme, že neexistuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o umístění

ordinace ve vlastních nebo cizích prostorách mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů. (výpočty viz příloha č. 5/4)

Hypotéza 4 nebyla potvrzena.

Hypotéza 5

Věk lékaře souvisí s umístěním ordinace (vlastní prostory nebo pronájem)

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky významné rozdíly, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorách.

H_1 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky významné rozdíly, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorách.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrátu, p -hodnota = 0,291, nelze zamítnout nulovou hypotézu. Konstatujeme, že mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky významné rozdíly, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorách. (výpočty viz příloha č. 5/5)

Hypotéza 5 nebyla potvrzena.

Hypotéza 6

Geografické umístění ordinace (Praha, Čechy a Morava) má vliv na umístění ordinace (vlastní prostory nebo pronájem)

Pro testování byly odpovědi respondentů kumulované do třech oblastí: Praha, Čechy a Morava.

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorách.

H_1 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o umístění ordinace ve vlastních nebo cizích prostorách.

Vypočtená hodnota Pearsonova chí-kvadrátu je 16,76 a p-hodnota = 0,000, takže nulovou hypotézu zamítáme a můžeme říci, že geografické umístění ordinace ovlivňuje umístění ordinace do vlastních nebo pronajatých prostor, ale závislost je slabá (p-hodnota koeficientu Linear by Linear asociation je 0,017). (výpočty viz příloha č. 5/6)

Hypotéza 6 byla potvrzena.

Z tabulky č. 59 je vidět, že 81,2 % praktických lékařů má ordinaci pronajatou. Na základě intervalu spolehlivosti lze odhadnout pronajatou ordinaci v intervalu 78,7 % až 83,7 % s pravděpodobností 0,95 u všech praktických lékařů.

V hlavním městě Praze je tento podíl znatelně vyšší (96 %). V Praze jde o logickou skutečnost, že se praktičtí lékaři snaží, aby jejich ordinace byla v dobře dopravně dostupných prostorech. To s sebou přináší problém, kde takovou ordinaci sehnat. Majitelé nemovitostí si jsou dobře vědomi skutečnosti, že je pro ně výhodnější pronajmout prostory praktickému lékaři, než mu je odprodat. Navíc výkon lékařské praxe nemovitost nadměrně nezatěžuje a majiteli nemovitosti přináší ještě výhodu, že má k dispozici „svého“ lékaře, na kterého se může kdykoliv obrátit. Majitelé nemovitostí též vědí, že lékaři pravidelně a včas platí nájemné a nejsou s nimi žádné problémy. Cena nebytových prostorů v zajímavých lokalitách je značně vysoká a pro řadu praktických lékařů téměř nedostupná. Musíme vzít v úvahu povinnou výměru ordinace 15 m² a čekárny 8 m² (viz kapitola 7.3. – Požadavky na vybavení ordinace praktického lékaře), tedy minimálně 23 m². V novostavbě by takové nebytové prostory stály minimálně 1 milion Kč.

Dalším problémem je vyhrát výběrové řízení u některé zdravotní pojišťovny pro nově zaváděnou ordinaci v novostavbě. Jednodušší pro praktického lékaře je převzetí praxe po lékaři odcházejícím na zasloužilý odpočinek. Jednání s pojišťovnou je většinou jednoduché, neboť tato má zpravidla zájem na zajištění kontinuálního poskytování zdravotní péče v daném místě. Pro nového praktického lékaře je navíc velmi výhodné převzít ordinaci s již

zavedenými kapitačními pojištění. Tak mu odpadá problém s nízkou ekonomickou efektivitou při rozjezdu lékařské praxe. V mnoha případech si i po jistou dobu anebo napořád nechávají i zdravotní sestru, kdy zejména její neocenitelné znalosti pacientů ulehčí lékařům jejich převzetí. Zejména starší lidé, pokud opravdu nemusí, nechtějí cokoli měnit na svých zvycích, mezi které patří i to, do které ordinace chodí. Pro praktického lékaře je zejména tato klientela velmi vděčnou, neboť koeficient pro výpočet kapitačních plateb je o poznání vyšší než u produktivní populace.

Hypotéza 7

Pohlaví lékaře má vliv na způsob zajištění realizace daňové evidence (vlastními silami nebo smluvním partnerem).

Hypotéza ověřuje, jestli existují rozdíly ve způsobu zajištění realizace daňové evidence (vlastními silami nebo smluvním partnerem) mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů.

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

H_1 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrát testu ($p = 0,373$) nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, a můžeme konstatovat, že neexistuje rozdíl, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence. Z výsledků kontingenční tabulky je patrné, že lékaři daňovou evidenci svěřují do rukou odborníků v účetní oblasti. (výpočty viz příloha č. 5/7)

Hypotéza 7 nebyla potvrzena.

Hypotéza 8

Věk lékaře má vliv na způsob zajištění realizace daňové evidence (vlastními silami nebo smluvním partnerem)

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

H_1 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrátu ($p = 0,649$), nelze zamítnout nulovou hypotézu. Konstatujeme, že mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence. (výpočty viz příloha č. 5/8)

Hypotéza 8 nebyla potvrzena.

Hypotéza 9

Geografické umístění ordinace má vliv na umístění ordinace a na způsob zajištění realizace daňové evidence (vlastními silami nebo smluvním partnerem).

Pro testování byly odpovědi respondentů kumulované do třech oblastí: Praha, Čechy a Morava.

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

H_1 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrátu ($p = 0,001$) zamítáme nulovou hypotézu. Konstatujeme, že mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence. (výpočty viz příloha č. 5/9)

Mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o zabezpečení realizace daňové evidence.

Hypotéza 9 byla potvrzena.

Hypotéza 10

Pohlaví lékaře souvisí s pocitem ohrožení vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů.

Hypotéza ověřuje, zda mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existují rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů.

Pro potřeby statistického testování byla formulována nulová a alternativní hypotéza.

H_0 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

H_1 : Mezi muži a ženami ze zkoumaného vzorku praktických lékařů existuje statisticky signifikantní rozdíl, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrát testu ($p = 0,519$) nelze zamítnout nulovou hypotézu a konstatujeme, že neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů. (výpočty viz příloha č. 5/10)

Hypotéza 10 nebyla potvrzena.

Hypotéza 11

Věk lékaře souvisí s pocitem ohrožení vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů

H_0 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

H_1 : Mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrátu ($p = 0,871$), nelze zamítnout nulovou hypotézu. Konstatujeme, že mezi jednotlivými věkovými skupinami zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů. (výpočty viz příloha č. 5/11)

Hypotéza 11 nebyla potvrzena.

Hypotéza 12

Geografické umístění ordinace lékaře souvisí s jeho pocitem ohrožení vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů.

Pro potřeby testování byly odpovědi respondentů kumulované do třech oblastí: Praha, Čechy a Morava.

H_0 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

H_1 : Mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi zkoumaného vzorku praktických lékařů existují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

Na základě výsledků Pearsonova chí-kvadrátu ($p = 0,265$), nelze zamítnout nulovou hypotézu. (výpočty viz příloha č. 5/12)

Konstatujeme, že mezi různě geograficky umístěnými ordinacemi zkoumaného vzorku praktických lékařů neexistují statisticky signifikantní rozdíly, pokud jde o pocit ohrožení nadnárodními řetězci sdružujících ordinace praktických lékařů.

Hypotéza 12 nebyla potvrzena.

9. Diskuse, závěry a doporučení

9.1. *Optimální výše kapitační platby*

Současná výše kapitační platby ve výši 50,- Kč je dle vyjádření většiny praktických lékařů, provozujících svou praxi v České republice, hodnocena jako nedostatečná. Dle provedených výpočtů v teoretické části stačí současně platné kapitační platby pouze k zajištění běžného provozu ordinace praktického lékaře, kdy lékař bude mít v zásadě minimální vybavení, bude pobírat plat ve výši cca 40.000,- Kč/měsíčně a v ordinaci s ním bude pracovat jedna zdravotní sestra s výší čisté mzdy cca 20.000,- Kč/měsíčně. Zdravotní sestra tak bude dosahovat přibližně průměrné mzdy v České republice. Vezmeme-li v úvahu délku přípravy pro výkon obou povolání ve srovnání s ostatními rezorty národního hospodářství a povinnost lékaře účastnit se během celého výkonu své lékařské praxe systému celoživotního vzdělávání, lze konstatovat, že takováto výše platů je podhodnocená a spousta mladých lékařů přinutí k tomu, aby studovali jiný obor než všeobecné lékařství, anebo aby odešli vykonávat svou praxi do zahraničí, kde mzdy takových lékařů jsou výrazně vyšší.

Právě kapitační platby tvoří nejvýznamnější zdroj příjmů ordinace praktického lékaře. Proto je nutné tuto pravidelně navyšovat, tak aby v sobě odrážela reálné náklady, které musí praktický lékař na provoz své ordinace vynakládat, dosáhl přiměřeného zisku a mohl zajistit neustálé zvyšování kvality poskytované péče. Přiměřenost zisku lze odůvodnit tím, že i praktický lékař je v podstatě věcí také podnikatelem, který nese podnikatelské riziko. Toto riziko lze spatřovat ve vysoké odpovědnosti za provedené výkony, správnou diagnostiku a medikaci pacientů. Zástupnost lékaře je v zásadě možná jen na omezenou dobu a předpisy České lékařské komory neumožňují lékařům zvyšovat počet kapitačních pojištěnců cílenou reklamou. V takových podmínkách je nutné, aby stát zastoupený Ministerstvem zdravotnictví České republiky velmi uvážlivě stanovoval správnou výši kapitační platby, vědom si důsledků jejich špatného nastavení. Důsledky špatného rozhodnutí se projeví s určitým časovým odstupem, avšak jejich náprava je následně také dlouhodobá, neboť získat rychle mladé české lékaře, mající odpovídající vzdělání, praxi a atestační zkoušky, není možné. Náhrada českých praktických lékařů lékaři ze zahraničí je sice možná, avšak pravděpodobně bude velmi negativně vnímána ze strany pacientů a přinese množství problémů, které dnes nemusíme řešit.

Přijmeme-li skutečnost, že průměrný počet kapitačních pojištěnců připadajících na 1 ordinaci praktického lékaře je 1.600 kapitačních pojištěnců a průměrná výše kapitační platby,

při zohlednění indexů je 67,84 Kč/kapitační pojištěnec a za předpokladu, že lékař vynaloží pouze minimální nutné výdaje pro zajištění provozu ordinace a bude-li disponovat optimálním vybavením, získá tak měsíčně zisk před zdaněním 80.695,- Kč, přičemž při zachování standardu hrubé mzdy ve výši 55.514,- Kč/měsíčně mu zbude zisk před zdaněním ve výši 25.181,78 Kč. Pokud by však byly uvažovány maximální náklady na provoz ordinace (luxusní lokalita, mzda zdravotní sestry na úrovni státního sektoru, leasing průměrného vozu, možnost dalšího sebevzdělávání apod.) dosáhly by ztráty ve výši 15.871,22 Kč.

Pokud by došlo ke zvýšení průměrné výše kapitační platby o 10,- Kč a její průměrná výše by tak dosáhla částky 77,50 Kč, při zachování výše uvedených parametrů, by praktický lékař dosáhl zisku před zdaněním ve výši viz tabulka č. 65.

Tabulka 65 – Kalkulace zisku praktického lékaře před zdaněním při zvýšení kapitační platby o 10,- Kč [Kč] – báze: lékař OSVČ, zdravotní sestra HPP, pronajaté prostory

Varianta / položka	Příjmy	Výdaje	Zisk před zdaněním
nižší (min. náklady)	153.797,98	57.098,00	96.699,98
nižší (max. náklady)	153.797,98	98.151,00	55.646,98
vyšší (min. náklady)	166.262,50	57.098,00	109.164,50
vyšší (max. náklady)	166.262,50	98.151,00	68.111,50

Zdroj: vlastní zpracování autora

Průměrná kapitační platba ve výši 77,50 Kč by tak umožnila lékařům pronajmout si svou ordinaci v místě, kde to bude potřebné a tudíž blíže k pacientům. Nebyly by tak nuceni pronajímat si nemovitosti pouze v okrajových částech města anebo v domech s nižším nájmem. Obavu, že by této situace lékaři zneužívali lze vyvrátit skutečností, že jsou to právě zdravotní pojišťovny, které mohou regulovat pomocí smluv místa vzniku ordinací praktických lékařů. Lékaři by tak byli schopni buď si pronajmout své ordinace v centru měst anebo alespoň ordinace nacházející se na jejich periferii zrekonstruovat tak, aby se staly důstojnými pro výkon jejich povolání. Také by mohly nabídnout zdravotním sestřím platy srovnatelné se státní sférou a tak by se stali lukrativními zaměstnavateli, kteří by nadále neměli tak velké problémy sehnat kvalifikovanou pracovní sílu. Zde je nutné poznamenat, že v současné době již nestačí středoškolské vzdělání pro výkon práce všeobecné sestry, ale minimálně vyšší odborné. Je tedy nanejvýš důvodné, při požadavku státu na vyšší úroveň vzdělání středního zdravotního personálu umožnit lékařům poskytnutí vyšší mzdy právě zdravotním sestřím. Také možnost optimálního vybavení má značný vliv na kvalitu poskytované lékařské péče.

Pohled zdravotních pojišťoven a státu samozřejmě bude na věc zcela rozdílný, než pohled praktických lékařů. Zvýšení kapitační platby by vedlo ke znatelným výdajům státního rozpočtu.

Je nutno však vzít v úvahu, že pro národní hospodářství by zvýšení kapitační platby pro praktické lékaře pro dospělé znamenal vynaložení 83,5 milionu Kč měsíčně, což je cca 1 miliarda korun ročně. Navíc by nebylo možné zvýšit kapitační platby pouze praktickým lékařům pro dospělé, ale musely by být tyto zvýšeny i pro praktické lékaře pro děti a dorost, což by stálo státní rozpočet dalších 250 milionů korun ročně. Bezesporu by se peníze na tuto oblast najít v nejbližší době měly, neboť za současného stavu je provozování ordinací praktických lékařů vážně ohroženo.

V současné době jsme bohužel svědky mnoha velmi výrazných protestů lékařů, kteří volají po zvýšení svých mezd. Otázku, které profese jsou pro běh státu stěžejní, by měli zodpovědět spíše sociologové, ale bohužel můžeme být zanedlouho svědky masivního odchodu, zejména mladých lékařů, do zahraničí, kde jsou platy v těchto profesích podstatně na jiné úrovni než v České republice. Prostředky, které náš stát věnoval do vzdělávání mladých lidí na lékařských fakultách tak budou vynaloženy neúčelně a v ordinacích se budeme setkávat stále častěji s lékaři a zdravotními sestrami ze zemí bývalého Sovětského svazu anebo afrických států.

9.2. Návrh řešení financování venkovských praxí

Pro venkovské praxe, zejména v příhraničních regionech, by měl být zaveden odlišný způsob financování než pro ostatní praktické lékaře. Autor navrhuje, aby Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami vytipovalo a následně vyhláškou vydalo seznam regionů, ve kterých bude zaveden odlišný způsob financování ordinací praktických lékařů, kteří zde působí. Tito lékaři by měli být odměňováni paušální platbou, bez ohledu na to kolik kapitačních pojištěnců ve své kartotéce evidují. Měl by však být stanoven počet pojištěnců, které musí takový lékař do své evidence vzít, aby nemohlo být tohoto systému zneužito ze strany praktického lékaře, který by při takovém způsobu financování, nebyl nijak motivován rozšiřovat okruh svých pacientů. Výkonové platby by měly být zachovány a stejně tak i regulační poplatky.

Je však věnovat pozornost výběrovým řízením na zřizování dalších lékařských praxí v takových regionech. Autor se domnívá, že v takovém případě by měla příslušná zdravotní pojišťovna, která chce výběrové řízení vyhlásit, stanovenou povinnost požádat o souhlas Ministerstvo zdravotnictví České republiky, avšak toto by nebylo povinno mu automaticky

vyhovět. Udělení souhlasu by musel předcházet podrobný rozbor situace v regionu a případné doporučující stanovisko krajského úřadu. Tak by nemohlo dojít k tomu, že by jeden lékař zajišťoval nelukrativní činnosti v regionu a další zdravotnické zařízení vydělávalo na lukrativní části regionu (spádová města apod.).

9.3. Podpora začínajících mladých lékařů

Pokud chce zvýšit zájem mladých lidí o povolání praktického lékaře, je nutné zajistit těmto dobré podmínky nejen pro jejich studium, ale také pro následný vstup do profesního života. Zde přichází v úvahu možnost poskytnutí bezúročných státních půjček pro zřízení nebo převzetí stávajících praxí s dobou splatnosti alespoň 10 let.

Velmi vhodné by bylo vytvoření možnosti specifických vzdělávacích programů zaměřených právě na začínající mladé lékaře. Taktéž možnost jejich dalšího studia v kombinovaných formách doktorského studia na vysokých školách a univerzitách v České republice zaměřených právě na praktické lékaře by zvýšil prestiž tohoto oboru a vedl by ke zvýšení kvality následně poskytované zdravotní péče.

ZÁVĚR

Provést objektivní zhodnocení, zda-li výše kapitační platby odpovídá potřebám českého zdravotnictví, je sice nesnadné, ne však nemožné. I přesto, že ve zdravotnictví platí poněkud odlišná pravidla pro financování ordinací praktických lékařů, které je nesrovnatelné s běžnými podnikatelskými subjekty, lze při využití ekonomických metod vcelku spolehlivě vyjádřit předpokládaný hospodářský výsledek.

Pokud by se praktický lékař spokojil s minimálním (povinným) vybavením své ordinace byl by schopen vyprodukovat měsíční zisk před zdaněním ve výši 17.274,- Kč. Praktický lékař, který by svou ordinaci vybavil dle současných medicínských standardů by nedosáhl prakticky žádného zisku.

V každém případě, je naprosto průkazné, že zavedení povinných plateb u lékaře (30,- Kč) přineslo praktickým lékařům významný zdroj příjmů a to i přes administrativní náročnost jejich výběru.

Velmi zajímavým problémem, který byl však nad rámec této práce je též vyřešení sociologického problému, v jakém platovém poměru by měl být lékař k ostatním profesím.

Mezi faktory vlivu (bez pořadí významu) by patřily:

1. sociální pozice
 - ✓ v oblasti vlastnictví
 - ✓ v oblasti rozhodování, řízení
2. sociologická pozice
 - ✓ z hlediska pracovního výkonu (složitost, náročnost práce, druh práce – manuální, rutinní, tvůrčí...)
3. podle oblasti, sféry působení
 - ✓ zemědělství, zdravotnictví, školství, bankovní sektor, pojišťovny...
4. společenský a ekonomický systém
 - ✓ soukromé vlastnictví – podnikání – trh
 - ✓ stát, regulace plánování
5. trh práce (nabídka – poptávka)
6. úloha – poměr sil mezi kategorií zaměstnavatelů a zaměstnanců
7. kombinace všech faktorů

Abychom však zachovali objektivitu, je nutné konstatovat, že zdaleka ne všichni praktičtí lékaři mají ve svých kartotékách deklarovaný průměrný počet pojištěnců. Jsou ordinace, zejména v příhraničních oblastech, kdy lékař dosahuje stěží 1.600 pacientů (karet) a v takovém případě bude jeho hospodářským výsledkem ztráta znatelně vyšší, kterou bude muset dotovat ze své mzdy, které z tohoto důvodu poklesne pod celorepublikově deklarovanou průměrnou mzdu. Je poté otázkou, zda se mladý lékař, čerstvý absolvent lékařské fakulty, bude chtít realizovat ve venkovském či maloměstském prostředí za cca 30.000,- Kč čistého měsíčně. Navíc s poměrně značnou odpovědností za své rozhodování. Osobně bych tak jedním z problémů českého zdravotnictví viděl v neregulérnosti stejného hodnocení lékařů bez ohledu na regionální umístění jeho ordinace.

Dalším problémem je nekoncepční výchova nových praktických lékařů, kdy počty absolventů opouštějících vysoké školy nejsou schopny plně nahradit počty praktiků odcházejících do důchodu. Je sice na rozhodnutí politiků, zda tito považují stávající počet praktických lékařů za stále ještě vysoký a zda chtějí docílit stavu, kdy k praktickému lékaři raději nepůjdeme, neboť počty pacientů v ordinacích nás už předem od takového úmyslu odradí. Dle mého názoru taková politika nepovede k ničemu jinému, než že ekonomicky silná část populace bude vyhledávat služby soukromých klinik, a to i za cenu plné úhrady výkonů

a zbytek populace bude muset téměř potupně čekat až na ně dojde řada. Jen aby se někdy ošetření dočkali včas.

Hodnocení literatury

Problematika ekonomiky provozu ordinace praktického lékaře není v soudobé literatuře komplexně popsána. Bylo proto zapotřebí čerpat podklady pro zpracování jednotlivých kapitol z tématiky velmi úzce zaměřených publikací anebo z informací zveřejněných na Internetu, které však byly důsledně ověřovány a to buď osobními konzultacemi s odborníky ve zdravotnictví, zdravotních pojišťovnách anebo vrcholným managementem některých zdravotnických zařízení.

V obecné rovině je financování zdravotnictví natolik specifickou oblastí, že se jí raději většina ekonomických odborníků vyhýbá, anebo o této pojednává na makroekonomické úrovni, což však neumožňuje využít jejich poznatků ve vztahu k financování ordinací praktických lékařů.

Dalším problémem je skutečnost, že většina praktických lékařů působí v samostatných soukromých ordinacích a nejsou tak k dispozici potřebné statistické údaje, které by lépe umožňovaly stanovit skutečné náklady jednotlivých ordinací praktických lékařů a výši kapitačních plateb, které tito dostávají od zdravotních pojišťoven. Stejně tak bylo problémem získat některé údaje o ekonomice ordinací praktických lékařů od zdravotních pojišťoven. Tuto skutečnost komplikovala i skutečnost, že je poměrně mnoho zdravotních pojišťoven působících na území České republiky.

V odborné literatuře je tak velmi dobře popsán snad jen marketing a management zdravotnictví a jen některé kapitoly se vůbec zabývají provozováním soukromých praxí.

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

- Tabulka 1 – Úhradové mechanismy pro praktické lékaře ve vybraných zemích
- Tabulka 2 – Srovnání průměrného výdělku praktického lékaře ve vybraných zemích světa
- Tabulka 3 – Průměrné příjmy ordinace za měsíc
- Tabulka 4 – Průměrné nutné výdaje ordinace za měsíc
- Tabulka 5 – Průměrné výdaje roční připadající na 1 samostatnou ordinaci, rok 2009
- Tabulka 6 – Průměrné výdaje měsíční připadající na 1 samostatnou ordinaci, rok 2009
- Tabulka 7 – Struktura nákladů (výdajů)
- Tabulka 8 – Kalkulace nákladů v segmentu praktických lékařů
- Tabulka 9 – Vývoj průměrného měsíčního platu ve zdravotnictví celkem v ČR
- Tabulka 10 – Činnost praktických lékařů pro dospělé dle Registru zdravotnických zařízení, 2011
- Tabulka 11 – Složení obyvatelstva ČR k 31.12.2010
- Tabulka 12 – Celkové výdaje na zdravotnictví 2006-2010
- Tabulka 13 – Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví
- Tabulka 14 – Bodové hodnoty v rámci celoživotního vzdělávání lékařů
- Tabulka 15 – Přehled výše příspěvků členů ČLK v roce 2012
- Tabulka 16 – Přehled kreditů pro všeobecnou zdravotní sestru
- Tabulka 17 – Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitální platby v odbornosti 001
- Tabulka 18 – Věkové skupiny a indexy
- Tabulka 19 – Výše celkových kapitačních plateb za jednotlivé věkové skupiny obyvatel k 31.12.2010
- Tabulka 20 – Srovnání kapacit v roce 2010 a prognózy jejího vývoje pro rok 2015
- Tabulka 21 – Přehled zdravotních pojišťoven v České republice
- Tabulka 22 – Průměrné příjmy ordinace za měsíc v Kč
- Tabulka 23 – Srovnání ceníků výkonů nehraných ze zdravotního pojištění různých lékařů
- Tabulka 24 – Průměrné (odhadované) příjmy ordinace PL za měsíc v Kč (nižší varianta)
- Tabulka 25 – Průměrné (odhadované) příjmy ordinace PL za měsíc v Kč (střední varianta)
- Tabulka 26 – Sazby pronájmu ordinace praktického lékaře
- Tabulka 27 – Pořizovací cena komerčních nebytových prostor
- Tabulka 28 – Výpočet ročních a měsíčních odpisů komerčních nebytových prostor

- Tabulka 29 – Minimální lékařské vybavení ordinace praktického lékaře
- Tabulka 30 – Optimální lékařské vybavení ordinace praktického lékaře
- Tabulka 31 – Minimální vybavení nábytkem, mobiliářem a výpočetní technikou ordinace praktického lékaře
- Tabulka 32 – Optimální vybavení nábytkem, mobiliářem a výpočetní technikou ordinace praktického lékaře
- Tabulka 33 – Minimální speciální spotřeba ordinace praktického lékaře (roční náklady)
- Tabulka 34 – Optimální speciální spotřeba ordinace praktického lékaře (roční náklady)
- Tabulka 35 – Přehled výrobců softwaru pro praktické lékaře
- Tabulka 36 – Cenové srovnání jednotlivých produktů (ceny platné k 1.4.2012)
- Tabulka 37 – Roční poplatky za registraci domény u vybraných registrátorů
- Tabulka 38 – Ceny za webhosting u vybraných registrátorů
- Tabulka 39 – Výpočet měsíční čisté mzdy praktického lékaře a zdravotní sestry v roce 2012 ve státním sektoru
- Tabulka 40 – Výpočet měsíční čisté mzdy praktického lékaře a zdravotní sestry v roce 2012 v soukromém sektoru
- Tabulka 41 – Výpočet měsíční čisté mzdy praktického lékaře a zdravotní sestry v roce 2012
- Tabulka 42 – Výpočet ročního čistého příjmu praktického lékaře OSVČ
- Tabulka 43 – Minimální vstupní kapitál začínajícího praktického lékaře
- Tabulka 44 – Kalkulace nákladů na měsíční provoz ordinace praktického lékaře
- Tabulka 45 – Měsíční příjmy začínajícího praktického lékaře (nižší varianta) 1. rok
- Tabulka 46 – Měsíční příjmy začínajícího praktického lékaře (nižší varianta) 2. rok
- Tabulka 47 – Kalkulace nákladů na měsíční provoz ordinace PL (zavedená praxe v pronajatých prostorách)
- Tabulka 48 – Zisk praktického lékaře před zdaněním za rok (zavedená praxe)
- Tabulka 49 – Kalkulace nákladů na měsíční provoz ordinace praktického lékaře (zavedená praxe ve vlastní nemovitosti pořízené na hypoteční úvěr)
- Tabulka 50 – Zisk praktického lékaře před zdaněním za rok (zavedená praxe ve vlastní nemovitosti na hypoteční úvěr)
- Tabulka 51 – Počty odeslaných dotazníků dle jednotlivých krajů České republiky
- Tabulka 52 – Počty vrácených dotazníků dle jednotlivých krajů České republiky
- Tabulka 53 – Počty mužů a žen vykonávajících soukromou lékařskou praxi
- Tabulka 54 – Rozdíl v zastoupení respondentů dle pohlaví
- Tabulka 55 – Spokojenost s výší kapitační platby

- Tabulka 56 – Výše celkových kapitačních plateb za jednotlivé věkové skupiny obyvatel k 31.10.2010 při výši kapitační platby 73,- Kč
- Tabulka 57 – Výše celkových kapitačních plateb za jednotlivé věkové skupiny obyvatel k 31.10.2010 při výši kapitační platby 76,60 Kč
- Tabulka 58 – Umístění ordinace praktického lékaře
- Tabulka 59 – Vztah umístění ordinace a kraje
- Tabulka 60 – Vlastnictví webových stránek praktickými lékaři
- Tabulka 61 – Možnost objednání pacientů pomocí Internetu
- Tabulka 62 – Vynakládání finančních prostředků na reklamu
- Tabulka 63 – Způsob komunikace pacient - ordinace
- Tabulka 64 – Pocit ohrožení nadnárodními řetězci
- Tabulka 65 – Kalkulace zisku praktického lékaře před zdaněním při zvýšení kapitační platby o 10,- Kč

Seznam grafů

- Graf 1 – Hodnocení stavu zdravotnictví ČR – občané a lékaři 2003
- Graf 2 – Vývoj hodnocení stavu zdravotnictví v letech 1995-2003 – lékaři
- Graf 3 – Problémy ve financování zdravotnictví v letech 1995-2003 – lékaři
- Graf 4 – Mínění o množství peněz ve zdravotnictví – občané a lékaři 2003
- Graf 5 – Srovnání průměrného měsíčního platu a průměrné měsíční mzdy ve zdravotnictví celkem s průměrnou měsíční mzdou v ČR
- Graf 6 – Praktičtí lékaři pro dospělé podle hlavního oboru činnosti k 31.12.
- Graf 7 – Praktičtí lékaři pro děti a dorost podle hlavního oboru činnosti k 31.12.
- Graf 8 – Celkový počet zdravotnických zařízení k 31.12.2010
- Graf 9 – Výdaje ve zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč
- Graf 10 – Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice
- Graf 11 – Prognóza vývoje věkových skupin, střední varianta
- Graf 12 – Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU
- Graf 13 – Předávání měsíčního vyúčtování
- Graf 14 – Přínos regulačního poplatku ve výši 30,- Kč pro ordinaci PL
- Graf 15 – Způsob zpracování účetnictví/daňové evidence
- Graf 16 – Osobní automobil v majetku ordinace praktického lékaře

Graf 17 – Kontakty praktického lékaře se svými pacienty

Graf 18 – Hodnocení stavu zdravotnictví v České republice

Graf 19 – Problémy s financováním zdravotnictví

Graf 20 – Teze „Peněz ve zdravotnictví je dostatek, špatný je však způsob nakládání s nimi“

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Typový kalkulační vzorec

Obrázek 2 – Základní typy nákladových kalkulací

Obrázek 3 – Kalkulační systém

Obrázek 4 – Procentuální zastoupení jednotlivých úrovní zdravotnického systému, na kterých je pacientovi péče poskytována

Obrázek 5 – Požadavky pacientů na služby zdravotnického zařízení

Obrázek 6 – Jednotlivé komponenty péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení (nemocnici)

Obrázek 7 – Cílový stav spokojenosti pacienta

Obrázek 8 – Procesní model systému řízení jakosti

Obrázek 9 – Číselník výkonů (software PC DOKTOR)

Obrázek 10 – Příklad graficky vhodně strukturovaných webových stránek PL

Obrázek 11 – Schéma zdravotního řetězce

Obrázek 12 – Ukázka webového rozhraní pro vyplnění dotazníku

Použité prameny

Publikace

- [1] Bowerman, B., O'Connell, R. T.: *Aplied Statistics: improving business processes*. Chicago: Irwin, 1997. ISBN 0-256-19386-X.
- [2] Brase, C. H., Brase, C. P.: *Understandable statistics: concepts and methods*. Lexington: D. C. Heath, 1987. ISBN 0-669-12181-9.
- [3] Císařová, D., Sovová, O. a kol.: *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. upravené vydání Praha. Orac, 2004. ISBN 978-80-86199-75-4.
- [4] Cyhelský, L., Souček, E.: *Základy statistiky*. EU Press, Praha 2011. ISBN 978-80-7408-013-5.
- [5] Český statistický úřad *Statistická ročenka České republiky 2007*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA, 2007. ISBN 978-80-250-1515-5.
- [6] Český statistický úřad *Statistická ročenka České republiky 2008*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA, 2008. ISBN 978-80-250-1735-7.
- [7] Český statistický úřad *Statistická ročenka České republiky 2009*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA, 2009. ISBN 978-80-250-1948-1.
- [8] Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A.: *Posudkové lékařství – vybrané kapitoly*. GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-3285-5.
- [9] Deakin, E. B., Maher, M. W.: *Cost Accounting*. 3.vyd. Illinois, Richard D. Irwin, 1991. 1059 s. ISBN 0-256-06919-0.
- [10] Eschenbach, R. a kol.: *Controlling*. Přel. P. Fialová a E. Chmátalová. 2.vyd. Praha: ASPI, 2004. 816 s. ISBN 978-80-7357-035-1.
- [11] Fiala, T., Langhamrová, J.: *Human resources in the Czech Republic 50 years ago nad 50 years after*. In: IDIMT-2009 System and Humans – A Complex Relationship. Trauner Verlag universität, Linz. 2009.
- [12] Gesenhues, S., Ziesché, R.: *Vademecum lékaře – všeobecné praktické lékařství*. GALEN, 2006. ISBN 80-7262-444-X.
- [13] Gladkij, I. *Management ve zdravotnictví*. Computer Press, 2003. ISBN 978-80-7226-996-8.
- [14] Grimmett, G. R., Stirzaker, D. R.: *Probability and Random processes*. Oxford: Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-857222-0.

- [15] Hindls, R., Hronová, S., Seger, J.: *Statistika pro ekonomy*. 8.vyd. Praha: Professional Publishing. 2007. ISBN 978-80-86946-43-6.
- [16] Hradecký, M., Král, B.: *Řízení režijních nákladů*. 1.vyd. Praha: Prospektrum, 1995. 104 s. ISBN 978-80-7175-025-5.
- [17] Janečková, H., Hnilicová, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. PORTÁL, 2009, ISBN 978-80-7367-592-9.
- [18] Kába, B., Svatošová, L.: *Statistické nástroje ekonomického výzkumu*. Vydavatelství Aleš Čeněk, 2012. ISBN 978-80-7380-359-9.
- [19] Kačerová, E.: *International migration and mobility of the EU citizen in the Visegrad group countries: Comparison and bilateral flows*. In: European Population Conference. Barcelona, EPC, 142. 2009.
- [20] Kolektiv autorů: *Management ve zdravotnictví*. Computer Press, Brno, 2003, ISBN 80-7226-996-8.
- [21] Kolektiv autorů. *Zdravotnictví ČR 2008 ve statistických údajích*. ÚZIS, 2009. ISBN 978-80-7280-804-5.
- [22] Král, B. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2002. 252 s. ISBN 978-80-7261-062-7.
- [23] Kutnohorská, J.: *Výzkum v ošetrovatelství*. GRADA, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [24] Kutnohorská, J.: *Výzkum ve zdravotnictví*. Univerzita Palackého v Olomouci. 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [25] Macík, K.: *Jak kalkulovat podnikové náklady?* 1. vyd. Ostrava: Montanex, 1994. 125 s. ISBN 978-80-85780-16-X.
- [26] Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P. *České zdravotnictví vize a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 978-80-246-0944-4.
- [27] Munzarová, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. GRADA, 2005. ISBN 978-80-247-1024-2.
- [28] Němec, J.: *Principy zdravotního pojištění*. GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [29] Pecáková, I.: *Statistika v terénních průzkumech*. Praha, 2008. Professional Publishing. ISBN 978-80-86946-74-0.
- [30] Pešek, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2003. ISBN 978-80-247-0551-6.
- [31] Petřík, T.: *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*. Praha: Grada publishing, 2005. 371 s. ISBN 978-80-247-1046-3.

- [32] Polícar, R.: *Zdravotnická dokumentace v praxi*. GRADA, 2010.
ISBN 978-80-247-2358-7.
- [33] Popesko, B.: *Moderní metody řízení nákladů: Jak dosáhnout efektivní vynakládání nákladů a jejich snížení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 240 s.
ISBN 978-80-247-2974-9.
- [34] Ross, S.: *A first course in probability*. Prentice-Hall, New York, 2001.
ISBN 978-0130338518.
- [35] Říha, M., Chaloupka, P.: *Ochrana životního prostředí*. Námořní akademie ČR s.r.o., 2007. ISBN 978-80-87103-02-9.
- [36] Říha, M., Pikola, P.: *Ordinace praktického lékaře pro dospělé*. NAČR, 2010.
ISBN 978-80-87103-27-2.
- [37] Salkind, N. J. et al.: *Encyclopedia of Measurement and Statistics 3-Volume Set*. SAGE Publishing, 2007. ISBN 978-1412916110.
- [38] Seifert, B., Beneš, V. a kol.: *Všeobecné praktické lékařství*. GALEN, 2005.
ISBN 978-80-7262-369-9.
- [39] Schroll, R. a kol.: *Manažerské účetnictví*. 1.vyd. Praha: Bilance, 1997. 461 s.
- [40] Staněk, V.: *Zvyšování výkonnosti procesním řízením nákladů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 236 s. ISBN 978-80-247-0456-0.
- [41] Šiška, L.: *Vybrané kapitoly z controllingu*. Brno: Masarykova univerzita, 2007.
193 s. ISBN 978-80-210-4495-1.
- [42] Škrála, P., Škrlová, M.: *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. GRADA, 2008.
ISBN 978-80-247-2616-8.
- [43] Šoljaková, L.: *Manažerské účetnictví pro strategické řízení*. Praha: Management Press, 2003. 146 s. ISBN 978-80-7261-087-2.
- [44] Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví České republiky z 11.3.2009
- [45] Upton, G., Cook, I.: *Dictionary of Statistics*. 2nd Edition Revised. Oxford University Press, 2004. ISBN 978-80199541454.
- [46] Usry, M. F., Hammer, L. H.: *Cost Accounting. Planning and Control*. 10.vyd. Cincinnati: South-Western Publishing, 1991. 903 s. ISBN 0-538-80925-6.
- [47] Válková, L. a kol. *Praktické lékařství*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2007.
ISBN 978-80-246-1348-2.
- [48] Venglářová, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. GRADA, 2007.
ISBN 978-80-247-2170-5.

- [49] Vondráček, J., Dvořáková, V., Vondráček, L. *Medicínsko-právní terminologie – Příručka pro právní praxi*. Grada Publishing, Praha, 2009. ISBN 978-80-247-3151-3.
- [50] Vondráček, L., Wirthová, V.: *Sestra a její dokumentace*. GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
- [51] Zlámal, J. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 978-80-7013-441-0.

Internetové zdroje

- [1] http://www.zpskoda.cz/cs/zarizeni/financovani_zp_detail.asp?id_clanek=434#kotva5
- [2] <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Ciselniky/720>
- [3] <http://www.zpagel.cz/index.php?m=16>
- [4] http://www.mediazp.cz/cms-filesystem-action/cu_prakticky_lekar_pro_dospELE.pdf
- [5] [http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=243&do\[load\]=1&filterCategory.id=9](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=243&do[load]=1&filterCategory.id=9)
- [6] http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/smluvni_vztahy/postup_Nelekari.pdf
- [7] <http://www.vzp.cz/IISIPortal/ehic?lang=cz>
- [8] http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/typy_prukazu_zp
- [9] http://www.mzcr.cz/dokumenty/jak-od-dubna-na-regulacni-poplatky_1265_1549_1.html
- [10] http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/01_2009/20.html
- [11] <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/kapitola/0001-09-2009-0600>
- [12] <http://www.psas.cz/index.cfm/o-spolecnosti/nove-projekty/projekt-odpad-ze-zdravotnickych-zarizeni/>
- [13] <http://zahranici.ihned.cz/c1-41572150-obama-muze-znovu-riect-yes-we-can-prosadir-prelomovou-zdravotni-reformu>
- [14] <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-zdravotnictvi-2005-2009>

Právní předpisy

- [1] Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- [2] Stavovský předpis č. 16 České lékařské komory – Systém celoživotního vzdělávání lékařů ČLK
- [3] Zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

- [4] Stavovský předpis č. 7 České lékařské komory – Příspěvky na činnost
- [5] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče
- [6] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 321/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků
- [7] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.
- [8] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- [9] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení
- [10] Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- [11] Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách
- [12] Zákon č. 270/2008 Sb., kterým se mění z.č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- [13] Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
- [14] ČSN EN ISO 9001:2008
- [15] Metodické doporučení k nakládání s odpady ze zdravotnictví – z nemocnic a z ostatních zdravotnických zařízení nebo jim podobných zařízení. MŽP, 07/2007.
- [16] Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 – Etický kodex

Kalkulační formulář výdajů

Kalkulační formulář výdajů

A: Rozsah doby přítomnosti

- a) Fond pracovní doby (dny/rok):
- b) Délka dovolené (dny/rok):
- c) Odpracované minuty denně:

$$A = (a-b) \times c$$

B: Položky základního kalkulačního vzorce

Rok/Kč

1. mzdové výdaje (hrubé mzdy)

- 1.1 lékař – zaměstnanec
- 1.2 sestra
- 1.3 ostatní personál
- 1.4 dohody (o provedení práce, o provedení činnosti)
- 1.5 sociální pojištění za zaměstnance 25 %
- 1.6 zdravotní pojištění za zaměstnance 9 %

2. odpisy dlouhodobého majetku

- 2.1 dlouhodobý hmotný majetek
- 2.2 dlouhodobý nehmotný majetek

3. provozní a správní režie

- 3.1 nájem operativní, elektřina, voda
- 3.2 drobný hmotný majetek
- 3.3 finanční pronájem – splátky finančního leasingu, cestovné
- 3.4 fakturované služby:
 - 3.4.1. účetnictví, právník
 - 3.4.2. úklid
 - 3.4.3. malování, údržba, praní prádla
 - 3.4.4. telefon
 - 3.4.5. ostatní fakturované služby
- 3.5 příspěvky ČSK, časopisy, zvyšování kvalifikace
- 3.6 kancelářské potřeby, drogerie
- 3.7 pomocný režijní materiál
- 3.8 tvorba zákonných rezerv (řádně odůvodněných, dokladovaných, uplatněných v základu daně z příjmů)
- 3.9 sociální a zdravotní pojištění podnikatele
 - 3.9.1. sociální pojištění podnikatele dle zákona
 - 3.9.2. zdravotní pojištění podnikatele dle zákona
- 3.10 kalkulační odměna podnikatele

4. finanční výdaje

4.1 povinné profesní pojištění

4.2 pojištění ordinace, stomatologického zařízení

4.3 úroky

4.4 ostatní – bankovní poplatky apod.

5. přiměřený zisk



Česká zemědělská univerzita v Praze
odd. pro vědu a výzkum
P.O.Box 41, 190 11 Praha 911
Tel.: +420 724 104 536, email: riham@pef.czu.cz

Dotazník

- 1) Jste spokojen(a) se současnou výší kapitační platby? Jestliže ne, jakou výší by jste pokládal(a) za optimální?
 ano ne Kč optimální výše kapitační platby
- 2) Prostory pro ordinaci praktického lékaře mám?
 ve své nemovitosti pronajaté
- 3) Měsíční vyúčtování předávám zdravotním pojištovnám formou?
 vyplněných tištěných formulářů výstupu z počítačového programu
 prostřednictvím smluvního partnera
- 4) Považujete regulační poplatek ve výši 30,- Kč za přínos pro vaši ordinaci?
 ano ne
- 5) Uvedte prosím přibližný počet kapitačních pojištěnců (ke dni vyplnění tohoto dotazníku), které má vaše ordinace v evidenci (zaokrouhlete na celé sta)?
 00
- 6) Jaké jsou průměrné měsíční mzdové náklady vaší ordinace za rok 2010 (zaokrouhlete na celé tisíce)?
 .000,- Kč
- 7) Jaký je současný počet zaměstnanců vaší ordinace?
 lékařů zdravotních sester
- 8) Má vaše ordinace praktického lékaře vlastní webové stránky na Internetu?
 ano ne
- 9) Jestliže má ordinace PL vlastní webové stránky, mohou se vaši pacienti prostřednictvím nich objednat na vyšetření?
 ano ne
- 10) Vynakládáte finanční prostředky na reklamu (časopisy, noviny, internet...)? Jestliže ano, v jaké průměrné měsíční výši v roce 2010?
 ano ne Kč průměrná měsíční výše nákladů
- 11) Jakým způsobem zajišťujete vedení daňové evidence?
 vlastními silami (lékař, sestra) smluvní partner (účetní firma)
- 12) Jakým způsobem může pacient vaši ordinaci kontaktovat?
 pevná telefonní linka mobilní telefon email
- 13) Máte k dispozici služební motorové vozidlo (zahrnuté v majetku ordinace)?
 ano ne
- 14) Kontakty s pacienty považujete za?
 vyhovující spíše vyhovující nevhovující

15) Jakým způsobem by jste hodnotil(a) stav zdravotnictví v České republice?

- bez problémů drobné problémy ojediněle vážné problémy
 řada vážných problémů hrozí zhroucení celého systému

16) Cítíte se být ohrožen(a) vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů?

- ano ne

17) Jaký minimální kapitál musí mít, dle vašeho názoru, absolvent lékařské fakulty, aby si mohl otevřít vlastní ordinaci praktického lékaře (zaokrouhlete na celé tisíce)?

.000,- Kč

18) Problémy ve financování zdravotnictví pokládáte za?

- vážné menší žádné nevím

19) S tezí „Peněz ve zdravotnictví je dostatek, špatný je však způsob nakládání s nimi“?

- zcela souhlasím spíše souhlasím souhlasím tak napůl
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

Osobní údaje

Pohlaví

- muž žena

Věk

- < 30 30-34 35-39 40-44 45-49
 50-54 55-59 60-64 65-69 >69

Ordinace je umístěna v kraji:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hlavní město Praha | <input type="checkbox"/> Olomoucký kraj |
| <input type="checkbox"/> Jihočeský kraj | <input type="checkbox"/> Pardubický kraj |
| <input type="checkbox"/> Jihomoravský kraj | <input type="checkbox"/> Plzeňský kraj |
| <input type="checkbox"/> Karlovarský kraj | <input type="checkbox"/> Středočeský kraj |
| <input type="checkbox"/> Královehradecký kraj | <input type="checkbox"/> Ústecký kraj |
| <input type="checkbox"/> Liberecký kraj | <input type="checkbox"/> Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Moravskoslezský kraj | <input type="checkbox"/> Zlínský kraj |

Děkuji za vyplnění dotazník

*Ing. Milan Říha, DiS.
oddělení vědy a výzkumu PEF ČZU*

U všech otázek vyberte pouze jednu možnost a tuto označte křížkem, kromě otázky č. 12, kde lze uvést více variant.

Test shody dvou relativních četností

H_0 : Podíl nespokojených je stejný v Praze a v ostatních krajích.

Počet nespokojených lékařů:

Praha ... 64 ze 103 respondentů

Ostatní kraje ... 697 z 1097 respondentů

$$u = \frac{\frac{m_1}{n_1} - \frac{m_2}{n_2}}{\sqrt{\bar{p}(1-\bar{p})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$\bar{p} = \frac{64+697}{103+1097} = \frac{761}{1200} = 0,634$$

$$u = \frac{\frac{64}{103} - \frac{697}{1097}}{\sqrt{0,634 \cdot 0,366 \cdot \left(\frac{1}{103} + \frac{1}{1097}\right)}}$$

$$u = \frac{0,621 - 0,635}{\sqrt{0,232 \cdot 0,011}} = \frac{-0,014}{\sqrt{0,003}} = -0,255$$

$$u_0 = 1,96$$

H_0 nelze zamítnout.

Statistické zpracování výsledků dotazníkového šetření pomocí kontingenčních tabulek

Problémy ve financování zdravotnictví pokládáte za?					
Věk	vážné	menší	žádné	nevím	Total
30-39	48	4	0	2	54
40-49	174	16	0	5	195
50-59	417	71	2	28	518
60-69	188	31	0	21	240
70 a více	60	13	0	8	81
Total	887	135	2	64	1088

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Person Chi-Square	20,220 ^a	12	,063
Likelihood Ratio	21,667	12	,041
Linear-by-Linear Association	13,738	1	,000
N of Valid Cases	1088		

a. 7 cells (35,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is, 10.

Symmetric Measures

		Value	Asympt. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,136			,063
	Cramer's V	,079			,063
	Contingency Coefficient	,135			,063
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,102	,026	3,797	,000
	Spearman Correlation	,112	,029	3,713	,000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,112	,029	3,728	,000 ^c
N of Valid Cases		1088			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

S tezí „Peněz ve zdravotnictví je dostatek, špatný je však způsob nakládání s nimi“?						
Věk	zcela souhlasím	spíše souhlasím	souhlasím tak napůl	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	Total
30-39	2	13	27	8	4	54
40-49	24	52	77	33	8	194
50-59	73	135	191	85	31	515
60-69	36	73	75	32	22	238
70 a více	26	13	18	14	10	81
Total	161	286	388	172	75	1082

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Person Chi-Square	45,619 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	44,039	16	,000
Linear-by-Linear Association	2,297	1	,130
N of Valid Cases	1082		

a. 1 cells (4,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is, 3,74.

Symmetric Measures

		Value	Asympt. Std. Error^a	Approx. T^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,205			,000
	Cramer's V	,103			,000
	Contingency Coefficient	,201			,000
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,043	,026	-1,645	,100
	Spearman Correlation	-,051	,031	-1,677	,094 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,046	,032	-1,516	,130 ^c
N of Valid Cases		1082			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Jakým způsobem by jste hodnotil(a) stav zdravotnictví v České republice?						
Věk	bez problémů	drobné problémy	ojediněle vážné problémy	řada vážných problémů	hrozí zhroucení celého systému	Total
30-39	0	2	14	26	12	54
40-49	0	13	30	123	30	196
50-59	2	53	77	311	74	517
60-69	3	32	32	125	48	240
70 a více	0	13	17	41	10	81
Total	5	113	170	626	174	1088

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Person Chi-Square	30,145 ^a	16	,017
Likelihood Ratio	30,393	16	,016
Linear-by-Linear Association	5,769	1	,016
N of Valid Cases	1088		

a. 5 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is, 25.

Symmetric Measures

		Value	Asympt. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,166			,017
	Cramer's V	,083			,017
	Contingency Coefficient	,164			,017
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,043	,027	-1,581	,114
	Spearman Correlation	-,050	,031	-1,640	,101 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,073	,030	-2,407	,016 ^c
N of Valid Cases		1088			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 1

Crosstab

Count		Jste spokojen(a) se současnou výší kapitální platby?		
		ano	ne	Total
Pohlaví	muž	151	300	451
	žena	238	390	628
Total		389	690	1079

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,221 ^a	1	,136	,140	,077
Continuity Correction ^b	2,034	1	,154		
Likelihood Ratio	2,229	1	,135		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,219	1	,136		
N of Valid Cases ^b	1079				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 162,59.

b. Computed only for a 2x2 table

Hypotéza 2

Crosstab

Count				
		Jste spokojen(a) se současnou výší kapitační platby?		
		ano	ne	Total
Věk	30-39	25	29	54
	40-49	42	150	192
	50-59	202	315	517
	60-69	90	150	240
	70 a víc	29	49	78
Total		388	693	1081

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,532 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	22,752	4	,000
Linear-by-Linear Association	2,118	1	,146
N of Valid Cases	1081		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,38.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,141			,000
	Cramer's V	,141			,000
	Contingency Coefficient	,140			,000
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,054	,028	-1,951	,051
	Spearman Correlation	-,059	,030	-1,927	,054 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,044	,030	-1,456	,146 ^c
N of Valid Cases		1081			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 3

Crosstab

Count		Jste spokojen(a) se současnou výší kapitační platby?		
		ano	ne	Total
Kraj	Praha	39	64	103
	Čechy	228	391	619
	Morava	120	242	362
Total		387	697	1084

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,583 ^a	2	,453
Likelihood Ratio	1,591	2	,451
Linear-by-Linear Association	1,419	1	,234
N of Valid Cases	1084		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,77.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,038			,453
	Cramer's V	,038			,453
	Contingency Coefficient	,038			,453
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,036	,029	1,233	,217
	Spearman Correlation	,037	,030	1,227	,220 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,036	,030	1,192	,234 ^c
N of Valid Cases		1084			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 4

Crosstab

Count		Prostory pro ordinaci praktického lékaře mám?		
		ve své nemovitosti	pronajaté	Total
Pohlaví	muž	97	356	453
	žena	107	529	636
Total		204	885	1089

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,660 ^a	1	,056		
Continuity Correction ^b	3,364	1	,067		
Likelihood Ratio	3,629	1	,057		
Fisher's Exact Test				,059	,034
Linear-by-Linear Association	3,656	1	,056		
N of Valid Cases ^b	1089				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 84,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Hypotéza 5

Crosstab

Count		Prostory pro ordinaci praktického lékaře mám?		
		ve své nemovitosti	pronajaté	Total
Věk	30-39	9	45	54
	40-49	31	165	196
	50-59	108	410	518
	60-69	46	196	242
	70 a víc	10	71	81
Total		204	887	1091

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,960 ^a	4	,291
Likelihood Ratio	5,197	4	,268
Linear-by-Linear Association	,020	1	,889
N of Valid Cases	1091		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,10.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,067			,291
	Cramer's V	,067			,291
	Contingency Coefficient	,067			,291
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,000	,027	-,012	,990
	Spearman Correlation	,000	,029	-,012	,991 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,004	,028	,140	,889 ^c
N of Valid Cases		1091			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 6

Crosstab

Count		Prostory pro ordinaci praktického lékaře mám?		Total
		ve své nemovitosti	pronajaté	
Kraj	Praha	4	99	103
	Čechy	130	497	627
	Morava	72	292	364
Total		206	888	1094

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,756 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	22,498	2	,000
Linear-by-Linear Association	5,741	1	,017
N of Valid Cases	1094		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,39.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,124			,000
	Cramer's V	,124			,000
	Contingency Coefficient	,123			,000
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,060	,027	-2,218	,027
	Spearman Correlation	-,062	,028	-2,043	,041 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,072	,026	-2,401	,017 ^c
N of Valid Cases		1094			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 7

Crosstab

Count		Jakým způsobem zajišťujete vedení daňové evidence?		
		vlastními silami (lékař, sestra)	smluvní partner (účetní firma)	Total
Pohlaví	muž	60	392	452
	žena	73	563	636
Total		133	955	1088

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,795 ^a	1	,373		
Continuity Correction ^b	,636	1	,425		
Likelihood Ratio	,790	1	,374		
Fisher's Exact Test				,398	,212
Linear-by-Linear Association	,794	1	,373		
N of Valid Cases ^b	1088				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 55,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Hypotéza 8

Crosstab

Count		Jakým způsobem zajišťujete vedení daňové evidence?		
		vlastními silami (lékař, sestra)	smluvní partner (účetní firma)	Total
Věk	30-39	4	50	54
	40-49	23	173	196
	50-59	62	457	519
	60-69	30	211	241
	70 a víc	13	67	80
Total		132	958	1090

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,475 ^a	4	,649
Likelihood Ratio	2,525	4	,640
Linear-by-Linear Association	1,710	1	,191
N of Valid Cases	1090		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,54.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,048			,649
	Cramer's V	,048			,649
	Contingency Coefficient	,048			,649
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,032	,028	-1,127	,260
	Spearman Correlation	-,034	,030	-1,131	,258 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,040	,030	-1,308	,191 ^c
N of Valid Cases		1090			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 9

Crosstab

Count				
		Jakým způsobem zajišťujete vedení daňové evidence?		
		vlastními silami (lékař, sestra)	smluvní partner (účetní firma)	Total
Kraj	Praha	12	91	103
	Čechy	58	569	627
	Morava	63	300	363
Total		133	960	1093

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,159 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	13,629	2	,001
Linear-by-Linear Association	8,671	1	,003
N of Valid Cases	1093		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,53.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,114			,001
	Cramer's V	,114			,001
	Contingency Coefficient	,113			,001
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,093	,031	-2,937	,003
	Spearman Correlation	-,096	,032	-3,184	,001 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,089	,032	-2,955	,003 ^c
N of Valid Cases		1093			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 10

Crosstab

Count		Cítíte se být ohrožen(a) vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů?		
		ano	ne	Total
Pohlaví	muž	233	220	453
	žena	336	293	629
Total		569	513	1082

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,415 ^a	1	,519		
Continuity Correction ^b	,340	1	,560		
Likelihood Ratio	,415	1	,519		
Fisher's Exact Test				,537	,280
Linear-by-Linear Association	,415	1	,519		
N of Valid Cases ^b	1082				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 214,78.

b. Computed only for a 2x2 table

Hypotéza 11

Crosstab

Count				
		Cítíte se být ohrožen(a) vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů?		
		ano	ne	Total
Věk	30-39	28	26	54
	40-49	108	88	196
	50-59	270	243	513
	60-69	120	120	240
	70 a víc	41	40	81
Total		567	517	1084

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,245 ^a	4	,871
Likelihood Ratio	1,245	4	,871
Linear-by-Linear Association	,728	1	,393
N of Valid Cases	1084		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,75.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,034			,871
	Cramer's V	,034			,871
	Contingency Coefficient	,034			,871
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,027	,028	,964	,335
	Spearman Correlation	,029	,030	,963	,336 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	,026	,030	,853	,394 ^c
N of Valid Cases		1084			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza 12

Crosstab

Count				
		Cítíte se být ohrožen(a) vznikem nadnárodních řetězců sdružujících ordinace praktických lékařů?		
		ano	ne	Total
Kraj	Praha	56	45	101
	Čechy	315	311	626
	Morava	199	161	360
Total		570	517	1087

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,657 ^a	2	,265
Likelihood Ratio	2,659	2	,265
Linear-by-Linear Association	,518	1	,472
N of Valid Cases	1087		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,04.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,049			,265
	Cramer's V	,049			,265
	Contingency Coefficient	,049			,265
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,025	,029	-,869	,385
	Spearman Correlation	-,026	,030	-,867	,386 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-,022	,030	-,720	,472 ^c
N of Valid Cases		1087			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.