

Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praktický lékař jako článek ovlivňující náklady následné péče

Vypracovala: Kristýna Janoušová

Vedoucí práce: Ing. Lešetický Ondřej

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
„Praktický lékař jako článek ovlivňující náklady následné péče“
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Praze dne 15.3.2007

Kristýna Janoušová

P o d ě k o v á n í

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu této diplomové práce
Ing. Ondřeji Lešetickému, za metodické vedení, cenné připomínky a jeho čas strávený
touto prací.

Obsah

1	ÚVOD	6
1.1	VÝBĚR TÉMATU	6
1.2	CÍL PRÁCE	7
2	TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1	VYMEZENÍ POJMŮ	8
2.1.1	<i>Zdraví</i>	8
2.1.2	<i>Determinanty zdraví</i>	8
2.1.3	<i>Zdravotnictví jako obor</i>	9
2.1.4	<i>Lékař, lékařství, medicína</i>	10
2.1.5	<i>Obecné zásady lékařů</i>	10
2.1.6	<i>Pojem zdravotní péče</i>	11
2.1.7	<i>Primární, sekundární a terciární péče</i>	11
2.2	VŠEOBECNÁ PRAXE	13
2.2.1	<i>Definice praktického lékařství</i>	13
2.2.2	<i>Praktický lékař</i>	16
2.2.3	<i>Odlišnost práce praktického lékaře a lékaře u lůžka</i>	17
2.2.4	<i>Činnost praktických lékařů v roce 2005</i>	17
2.2.5	<i>Podmínky založení ordinace</i>	19
2.2.6	<i>Finance lékařské praxe</i>	21
2.3	MÍRA VYUŽITÍ SPECIALIZOVANÉ NÁSLEDNÉ PÉČE	24
2.4	PRÁVNÍ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ PÉČE VE VŠEOBECNÝCH PRAXÍCH	26
2.4.1	<i>Legislativa</i>	26
2.4.2	<i>Práva pacientů</i>	28
2.4.3	<i>Převzetí pacienta</i>	30
2.4.4	<i>Informovaný souhlas</i>	31
2.4.5	<i>Povinná mlčenlivost</i>	32
2.4.6	<i>Lege artis</i>	34
2.4.7	<i>Právní odpovědnost</i>	35
2.4.8	<i>Dokumentace</i>	36
2.4.9	<i>Informatika</i>	37
2.5	MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	38
2.5.1	<i>Specializace vs. všeobecnost</i>	39
2.5.2	<i>Nedostatky mezioborové spolupráce a možnosti zlepšení</i>	40
3	PRAKTICKÁ ČÁST	42
3.1	PROFIL PRÁCE PL	42
3.2	DOVEDNOSTI PL	43
3.3	PROVOZOVÁNÍ NESTÁTNIHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	44
3.3.1	<i>Vybavení ordinace</i>	44
3.3.2	<i>Finance ordinace</i>	45
3.4	SKLADBA PACIENTŮ	49
3.5	KOMUNIKACE S PACIENTY	50
3.6	SEBEPÉČE A PREVENCE	51
3.6.1	<i>Primární prevence</i>	53
3.6.2	<i>Sekundární prevence</i>	54
3.6.3	<i>Terciární prevence</i>	55
3.7	ODESÍLÁNÍ PACIENTŮ	55
3.8	KONTINUITA PÉČE	56
3.9	VLIV PL NA NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI	57
3.10	PRAKTICKÉ POZNATKY	59
3.10.1	<i>Health promotion</i>	60
3.10.2	<i>Posílení role pacienta</i>	60
3.10.3	<i>Rozvoj primární péče a posílení role praktického lékaře</i>	61
3.10.4	<i>Motivace k sebevzdělávání</i>	61

4 ZÁVĚR	62
ZÁKONY A VYHLÁŠKY.....	66
INTERNET.....	67
ZKRATKY.....	67
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

1 Úvod

1.1 Výběr tématu

Zdravotnický systém je veřejností všeobecně vnímán jako stěžejní prvek společnosti. Zdraví jako takové tvoří jednu ze základních hodnot života každého člověka. Z tohoto předpokladu vychází základní principy všech zdravotních systémů – solidarita, spravedlnost a dostupnost. Zdraví je garantováno jako veřejná služba. Pro její uplatňování vytváří stát ekonomické, organizační a legislativní prostředí. Ve světě nalezneme i systémy zdravotnictví, kde stát není garantem dostupnosti zdravotní péče a těžiště zájmu, odpovědnosti a financování zdraví je přesunuto na občany. Efektivnost je zde prosazována prostřednictvím trhu.

V posledních letech se celosvětově do středu pozornosti dostává problematika týkající se financování zdravotní péče. Náklady na poskytování veřejných zdravotnických služeb tvoří ve všech zemích Evropské unie podstatnou část HDP a v posledních letech stále rychleji rostou.

Tento neustálý nárůst je nepochybně důsledkem výrazného zdokonalení všech oblastí v péči o zdraví obyvatelstva. Rozšiřují se preventivní programy, jsou k dispozici stále dokonalejší diagnostické nástroje, téměř geometrickou řadou se rozšiřuje nabídka medikamentózních a instrumentálních nástrojů v léčbě i zmírňování příznaků. Spolu s tímto došlo k výraznému prodloužení střední doby dožití občanů vyspělých zemí a tudíž ke stárnutí populace - tedy k rostoucímu procentuálnímu zastoupení seniorů v populaci. Se zvyšujícím se věkem pacienta stoupá pravděpodobnost vzniku chorob a tím se také zvyšuje pravděpodobnost růstu nákladů na jeho léčbu. Vzrůstá význam pojmů jako je polymorbidita (pacient trpí více nemocemi najednou) a polypragmazie (užívání více léků najednou). Logickým důsledkem všech aspektů musí být výrazný nárůst nákladů na kvalitní zdravotní péči.

V souvislosti se stupňující se specializací je zřejmé, že je nutné řešit klíčový problém týkající se zajištění integrace a návaznosti péče o pacienta, což může nejlépe zajišťovat kvalifikovaný a erudovaný pracovník primární péče.

Je nepochybně pravdou, že celková zdravotní péče v České republice je ve srovnání s Evropským standardem na velmi dobré úrovni. Rovněž je pravdou, že u nás existuje celá řada specializovaných pracovišť, která se dosahovanými výsledky a věhlasem mohou srovnávat s evropskou elitou. Přesto však celková situace v českém zdravotnictví není ani zdaleka optimální.

1.2 Cíl práce

Pro svou práci jsem ale zvolila téma „Praktický lékař jako článek ovlivňující náklady následné péče“.

Obory jako je všeobecné lékařství, pediatrie, gynekologie a stomatologie spadají do systému primární péče. Do budoucna bude třeba vynaložit značné úsilí na podporu motivace pracovníků primární péče tak, aby se plně identifikovali s koncepcí primární péče zejména v rámci mezisektorové spolupráce.

Primární péče zahrnuje hlavní objem prvotních kontaktů se zdravotnictvím a měla by být spojena s jasným a srozumitelným systémem odesílání pacientů do péče specialistů. Dostupnost těchto zdravotnických pracovníků by měla být zřejmá široké veřejnosti, která má být srozuměna s tím, co se standardně považuje za přiměřené využívání služeb.

Všechna pravidla a konvence obvyklého postupu, kdy se pacient obrací přímo na lékaře, i proces odesílání do další péče, by měly fungovat tak, aby systém vyhovoval spíše pacientovi, než poskytovatelům péče.

V práci bych mimo jiné chtěla definovat postavení praktického lékaře ve zdravotním systému České republiky, popsat jeho úlohu v oblasti péče o zdraví lidu, analyzovat jeho pracovní postupy a nastínit problémy, kterým může v současné době čelit. V závěru bych se pokusila ukázat, že i všeobecné praktické lékařství je obor, který může ovlivnit výdaje na zdravotní péči a může přispět ke zefektivnění celého systému.

2 Teoretická část

2.1 Vymezení pojmů

2.1.1 Zdraví

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady.¹

Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (požadavky) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí. Nemoc (porucha zdraví) je pak takový potenciál vlastností organismu, který omezuje možnosti vyrovnání se s nároky prostředí (včetně pracovního) bez narušení vitálně důležitých funkcí.²

Zdraví je míra (rozsah) kontinuálních tělesných, emočních, mentálních a sociálních schopností individua vyrovnat se se svým prostředím.³

Obecně lze říci, že zdraví a nemoc jsou specifickými kvalitami živých organismů. Podmínkou zdraví je optimální a vyvážené fungování organismu. V hodnotovém žebříčku každého člověka zdraví zpravidla zaujímá přední příčku. Dobrý zdravotní stav totiž umožňuje plnohodnotnější seberealizaci, napomáhá člověku k dosahování osobních cílů a v neposlední řadě též ke snadnějšímu plnění sociálních rolí. Každý člověk má jiný potenciál zdraví.

2.1.2 Determinanty zdraví

Existuje několik determinant, které zdraví člověka ovlivňují. Jedná se o komplexy příčinných faktorů, které integrovaně působí na zdraví člověka ať už v pozitivním nebo negativním smyslu. Determinanty zdraví lze z hlediska možnosti jejich ovlivnění dělit na čtyři základní skupiny:

1. vnější prostředí,

¹ Původní definice zdraví Světové zdravotnické organizace (z roku 1948)

² Definice zdraví a definice nemoci (Bureš 1960)

³ Definice zdraví (Encyklopedia Britannica 2000)

2. zdravotní péče,
3. způsob života,
4. faktory genetické.

Literatura uvádí, že ve vyspělých společnostech nejvíce ovlivňuje individuální zdravotní stav způsob života, a to z 50-60%, prostředí z 20-25%, zdravotní péče z 15-20% a genetické faktory z 10-15% (Donabedian).

2.1.3 Zdravotnictví jako obor

Zdravotnictví je jednou z částí národního hospodářství, patří do tzv. terciárního sektoru. Od ostatních odvětví českého národního hospodářství se odlišuje níže uvedenými specifickými znaky:

- Právo na zdraví a život je zakotveno v Listině základních práv a svobod.
- Je nutné zajistit zdravotní péči i těm, kteří by na ní jinak neměli prostředky. Proto je nutné financovat zdravotní péči alespoň částečně z veřejných prostředků.
- Prostředky na zdravotní péči jsou poskytovány solidárně. To znamená, že je zavedeno veřejné zdravotní pojištění. Prostředky z něho jsou přerozdělovány prostřednictvím zdravotních pojišťoven.
- Ceny, resp. úhrady ve zdravotnictví jsou regulovány. Jsou stanoveny na základě kalkulací nákladů jednotlivých výkonů a následného dohodovacího řízení. Pouze část se uskutečňuje přímými platbami, ale i tvorba těchto cen podléhá kontrole.
- Regulován je i vstup do odvětví. V první řadě tím, že je nutné získat licenci potřebnou pro provozování praxe. Dalším krokem nezbytným k podnikání v tomto odvětví je povolení (rozhodnutí o registraci) od odboru sociální péče a zdravotnictví od příslušného krajského úřadu. Další formou regulace je možnost rozhodnutí zdravotní pojišťovny o neuzavření smlouvy s lékařem.
- Existuje informační asymetrie mezi lékařem a pacientem. Pacient většinou není schopen posoudit kvalitu jemu poskytované péče.
- Poptávka pacientů po zdravotní péči není prakticky limitována. Pacienti platí pojistné a to jim zaručuje právo na zdravotní péči hrazenou z veřejného pojištění.

- Tím, že výše úhrad je regulována, snaží se lékaři dosáhnout vyššího zisku nikoli formou zvýšení cen, ale poskytováním většího množství služeb, což může mít za následek poskytování nadbytečných výkonů.

2.1.4 Lékař, lékařství, medicína

Lékařství je souhrn vědeckých poznatků o zdraví, stavech a chorobných procesech člověka, o způsobech léčení a předcházení nemocem. Úkolem tohoto vědního oboru, zvaného též **medicína** (zřídka iatrologie), je chránit a zlepšovat zdraví lidí. Úzce navazuje na biologii. Medicína již od historických dob spočívala na čtyřech pilířích: věda, postoj, řemeslo, umění.

Zakladatelem oboru byl řecký lékař Hippokratés, který žil v 5. století př. n. l. Lékařství se dělí na mnoho teoretických a praktických disciplín. Např. chirurgie, zubní lékařství, patologie, imunologie atd.

Lékař je absolvent lékařské fakulty. Má titul MUDr. (Medicinae universae doctor). Podle své odbornosti skládá odborné zkoušky - atestace.

2.1.5 Obecné zásady lékařů

Stavovskou povinností lékaře je péče o každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu, se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi zavázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují lidská práva.

Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

Lékař uzná právo každého na svobodnou volbu lékaře.⁴

⁴ Etický kodex ČLK

2.1.6 Pojem zdravotní péče

Zdravotní péče je souborem činností a opatření směřujících k udržení a prodloužení života, k udržení, zlepšení nebo obnovení odpovídajícího zdravotního stavu fyzických osob nebo zmírnění utrpení souvisejícího s nemocí, dále k ochraně, podpoře a upevnění zdraví pacienta a ke zdravému vývoji budoucích generací.

Zdravotní péčí se rozumí preventivní péče, diagnostická péče, léčebná péče, včetně léčebné rehabilitace, dispenzární péče, ošetrovatelská péče, přednemocniční neodkladná péče, lékárenská péče, lázeňská péče, posudková činnost a pracovně lékařská péče.⁵

Poskytování zdravotní péče probíhá na úrovni péče primární, sekundární a terciární. Primární péče je integrovanou součástí systému péče a pomoci v komunitě a je podporována všestranným ústavním nemocničním systémem. Odpovědná doporučení ze strany praktických lékařů, efektivní zpětná vazba a podpora ze strany sekundární a terciární péče jsou základním předpokladem fungujícího systému péče o pacienta mezi jednotlivými odbornostmi i z hlediska míry specializace.

2.1.7 Primární, sekundární a terciární péče

Primární péčí se rozumí soubor aktivit, které souvisejí s podporou zdraví, ochranou zdraví, vyšetřováním, léčením a rehabilitací. Zabezpečuje dlouhodobé a soustavné sledování zdravotního stavu pacienta, a to se zohledněním všech informací o zdravotním stavu pacienta, včetně zjištění informací o zdravotním stavu při poskytování sekundární péče. Přihlíží ke genetickým vlohám, dispozicím a k sociálnímu prostředí, z něhož pacient pochází a současně koordinuje poskytovanou zdravotní péči popřípadě její návaznost na péči sociální.

Primární péče jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná.

Primární péče zahrnuje zejména tyto oblasti:

- a) preventivní zdravotní činnost,
- b) podporu zdraví a program kontroly nemocí,

⁵ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

- c) účelnou a efektivní vyšetřovací a léčebnou činnost,
- d) spolupráci s dalšími složkami zdravotní péče.

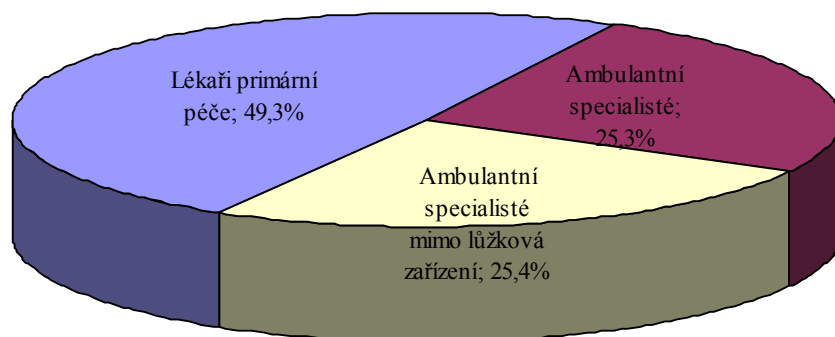
Primární péči poskytují ambulantní zdravotnická zařízení primární péče prostřednictvím praktických lékařů (dále jen „zdravotnické zařízení praktického lékaře“).

Praktickými lékaři se rozumí:

- a) praktický lékař pro děti a dorost,
- b) praktický lékař pro dospělé,
- c) praktický ženský lékař
- d) praktický zubní lékař.

Praktičtí lékaři představují přibližně polovinu ze všech lékařů ambulantní péče. Zajištění obyvatelstva primární péčí se dlouhodobě nemění. Po zavedení kapitační platby za registrovaného pacienta se návštěvnost u praktického lékaře pro dospělé ustálila na šesti návštěvách za rok. V současné době na jednoho PL připadá méně než 1600 registrovaných. V posledních letech se výrazně zvýšil věkový průměr praktických lékařů.

Graf č.1: Podíl lékařů primární péče



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 9/2006

Dalšími poskytovateli primární péče mohou být: agentury domácí péče (vhodným způsobem doplňují primární péči o péči poskytovanou ve vlastním prostředí pacienta),

pracovníci komunit (zdravotníci i nezdravotníci), lékařská služba první pomoci a lékárenská pohotovostní služba.

Rozsah primární péče je samozřejmě ovlivněn jejími poskytovateli a naopak. Smyslem služeb primární péče je: podpora zdraví, prevence nemocí, vyšetřování, léčení, rehabilitace, ošetřování.

Primární péče by se měla realizovat v co možná nejmenší vzdálenosti od bydliště pacienta, dále také v jeho domácím prostředí a především nepřetržitě. Součástí soustavy primární péče je zajištění zdravotní péče pro pacienty mimo ordinaci dobu zdravotnického zařízení a lékárenská pohotovostní služba.

Z hlediska finančních výdajů jsou, dle materiálů VZP⁶, služby primární péče jedny z nejlevnějších a výrazně zaostávají za náklady na služby ambulantních specialistů, výdaji na nemocniční lůžka či léky.

Sekundární péče je specializovaná a odborná péče. Patří sem služby klinických oddělení, jakými jsou například: ortopedie, ORL, kožní oddělení, chirurgie, neurologie, apod. Do této oblasti spadá také lůžková péče a péče nemocnic. Je oborově specializovaná a řeší dílčí problémy zdraví pacientů, které nebyly řešitelné v rámci péče primární.

Terciární péče je péčí superspecializovanou, poskytovanou na moderně vybavených pracovištích, obvykle v klinikách, s propojením na výukovou a vědecko-výzkumnou činnost.

2.2 Všeobecná praxe

2.2.1 Definice praktického lékařství

Praktické lékařství je medicínou klinickou a existenciální, která je soustředěná na život, bytí – tedy existenci pacienta, nejen na nemoc.⁷

⁶ Výroční zpráva VZP

⁷ Mc Whitney, I.: A Textbook of Family Medicine, 1989, Oxford University Press, 350 p.

Praktické lékařství je základním oborem se specifickými charakteristikami. Zajišťuje léčebně preventivní péči o dospělé populaci, případně též o děti a dorost. Jedná se o první linii kontaktu občana se zdravotnictvím. Praktické lékařství řeší širokou škálu problémů týkajících se zdraví s důrazem na faktory prostředí, ve kterém člověk žije. Jde o nejbližší a nejdostupnější péči o pacienta a zahrnuje v sobě základní znalosti z ostatních lékařských oborů, které pak uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových.

Všeobecné lékařství je také vědeckou a akademickou disciplínou, která je neustále obohacována vlastním vzděláváním, dalším výzkumem, důkazy, klinickými aktivitami a klinickou specializací, která je orientována na primární péči.

Výsledky některých studií dokazují, že zdravotní systémy, založené na zdůraznění úlohy primární péče a reprezentované kvalifikovanými praktickými lékaři poskytují ekonomicky i klinicky efektivnější péči než systémy s malou orientací na primární péči.

Základními charakteristikami praktického lékařství jsou: všeobecnost, dostupnost, kontinuita, komplexnost, koordinovanost, spolupráce, orientace na rodinu a orientace na komunitu.⁸

Všeobecnost

Praktický lékař se v praxi setkává se všemi problémy celé populace, bez ohledu na věk, původ, sociální postavení, rasu nebo víru nebo charakter zdravotních problémů.

Dostupnost

Praktický lékař musí být snadno a dostatečně rychle dostupný a přístup nesmí být limitován geografickými, rasovými, kulturními, administrativními nebo finančními bariérami.

Kontinuita

Praktické lékařství je primárně orientované na člověka spíše než na jeho nemoc. Je založeno na dlouhodobém vztahu mezi pacientem a jeho ošetřujícím lékařem, který pokrývá nejenom epizodu jeho nemoci, ale významnou část jeho života.

Komplexnost

Praktický lékař poskytuje komplexní léčebně-preventivní péči zahrnující podporu

⁸ Seifert, B. a kol., Primární péče, praktické lékařství, Karolinum 2004, ISBN 80-246-0883-9

zdraví, prevenci nemocí, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou péči pacientům a respektují bio-psycho-sociální hlediska. Humánní a etické aspekty vztahu lékař – pacient zahrnuje do svého klinického rozhodovacího procesu.

Koordinovanost

Praktický lékař je lékařem prvního kontaktu pacienta se zdravotními službami a poskytování základních i specializovaných služeb je výrazně ovlivňováno tím, co pacienti lékaři prezentují. PL je pro své pacienty rádcem, koordinátorem ve využívání specializovaných zdravotních a sociálních služeb. V indikovaných případech zajišťuje PL včasné konziliární vyšetření nebo předání do specializované péče a zajišťuje návaznost odborných doporučení.

Spolupráce

Praktický lékař spolupracují ostatními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, znají a respektují jejich kompetence.

Orientace na rodinu

Praktický lékař vnímá zdravotní problémy člověka v kontextu jeho rodinných, sociálních a kulturních vztahů k prostředí, ve kterém žije a pracuje.

Orientace na komunitu

Problémy pacienta jsou vnímány v kontextu jeho komunity. Praktický lékař by si měl být vědom potřeb populace, žijící v dané komunitě a měl by spolupracovat s ostatními profesionály z oblasti zdravotní, sociální i laické, k podpoře pozitivního působení na zdraví. Celá řada oblastí spojuje zájmy lékaře a komunity, ve které pracuje. Je to např. podpora zdraví, prevence úrazů, komunální hygiena, sociální problematika, závislosti na kouření, alkoholu a drogách, kriminalita, partnerské vztahy a sousedské / mezilidské vztahy. Pro roli, jakou lékař vůči svým pacientům v komunitě sehrává, je důležité, zda žije nebo nežije v komunitě, jeho věk a zkušenosti, jeho životní styl, pohlaví a profesionální preference.

Charakter všeobecné praxe spoluurčují faktory, jako je urbanizace, hustota obyvatelstva, geografické podmínky, turistika, zaměstnanost, charakter populace (fluktuace, etnika, způsob života, věkový průměr), úroveň infrastruktury a místních služeb.

2.2.2 Praktický lékař

Praktický lékař je lékařem, který znamená pro člověka jeho první kontakt se zdravotnickým systémem. Je institucí, která zajišťuje pacientovi kontinuální zdravotní péči a v ideálním případě se stává pacientovi nezištným posluchačem a rádcem.

Praktický lékař poskytuje péči pacientům ve své ordinaci, při návštěvních službách v domácím prostředí nemocného, na pracovištích apod. Stará se o celé rodiny bez ohledu na druh onemocnění, pohlaví, barvu pleti, náboženské či etnické zařazení pacienta.

Hlavními cíli práce praktického lékaře jsou:

- včasná diagnóza,
- integrace somatických, psychických a sociálních faktorů, potřebných ke stanovení diagnózy,
- trvalá léčebná péče o nemocné s chronickými recidivujícími chorobami
- psychoterapeutické ovlivnění nemocného správnou formou komunikace
- podpora zdravého životního stylu a prevence
- spolupráce s ostatními praktickými lékaři, ambulantními i nemocničními specialisty a dalšími pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách.

Tabulka č.1: - Znalosti a kompetence PL

KOMPETENCE				
Znalost	Lékařská	Manažerská	Sociální	Osobní
Teoretická	Příčiny, symptomy, prevence, diagnostika, léčba prognóza nemocí	Organizační, administrativní a právní znalosti	Psychologie jednotlivců a skupin; principy komunikace	Etické a politické normy a hodnoty
Praktická (dovednost)	Dovednosti vyšetřovacích a léčebných procedur	Dovednost řízení a vedení administrativy	Dovednost komunikace a hraní rolí	Etické schopnosti: empatie, důvěryhodnost, flexibilita a ušlechtilost
Situační	Dobrá znalost (anamnézy) pacientů, klinických stavů a jejich řešení	Dobrá znalost vlastního personálu a místního systému	Znalost pacientů a jejich situace, znalost ostatních odborníků	Etické chování, znalost hodnot pacientů a prostředí, ve kterém žijí

Zdroj: Seifert, B. a kol., Primární péče, praktické lékařství, Karolinum 2004, ISBN 80-246-0883-9

2.2.3 Odlišnost práce praktického lékaře a lékaře u lůžka

Práce praktického lékaře a lékaře lůžkového oddělení se liší ve složení klientely, v různém charakteru povinností i v přístupu lékaře k nemocnému.

Tabulka č.2: - Odlišnost práce praktického lékaře a lékaře u lůžka

Praktický lékař	Specialista
Skladba	
relativně malý počet registrovaného obyvatelstva	velký okruh neregistrovaných obyvatel
pacient registrován k určitému lékaři	pacient bez osobní registrace
přímý přístup pacienta k PL	přístup převážně prostřednictvím PL
PL pracuje a žije blízko svého pacienta	SP je vzdálen od pacientova bydliště
Povinnosti	
odpovědnost za všechny problémy prezentované pacientem	odpovědnost za problematiku vztahující se k odbornosti
neroztříděný soubor chorob	soubor chorob dle odbornosti
PL léčí běžná onemocnění a řeší sociální problémy	léčí komplikace běžných chorob a stavy závažné
kontinuální péče	epizodická péče
možnost preventivní péče	vzácnější příležitost k péči preventivní
Přístup	
holistický	na nemoci orientovaný
důraz na vztah lékař - pacient	vztah lékař - pacient méně důležitý
pacient s ukončenou léčbou sledován	pacient s ukončenou léčbou propuštěn
přihlíženo k názoru pacienta	názor pacienta méně významný

Zdroj: Válková, L.: Praktické lékařství na 2. lékařské fakultě University Karlovy, 1996

2.2.4 Činnost praktických lékařů v roce 2005⁹

V České republice zajišťuje primární péči o dospělé 5160 lékařů (z toho zhruba 60% žen), u kterých je registrováno více než 8 mil. osob. Tento počet zhruba odpovídá

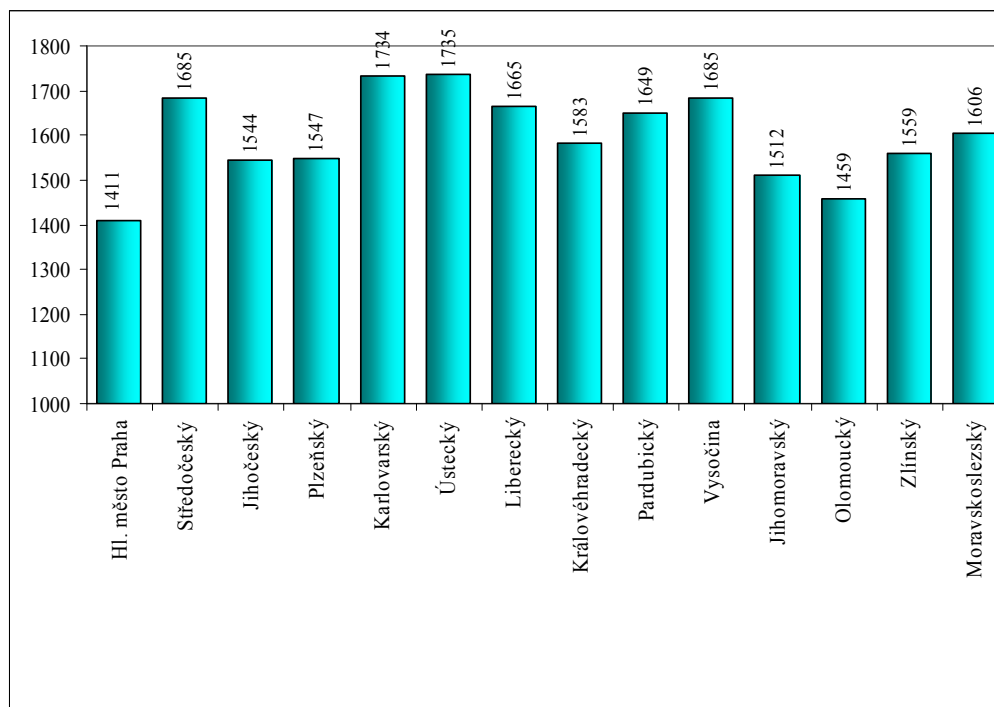
⁹ ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006

dospělé populaci starší 19 let (osoby v dorostovém věku zůstávají zaregistrovány u praktických lékařů – pediatriů).

V průměru na jeden úvazek praktického lékaře pro dospělé připadá nyní téměř 1580 registrovaných pacientů (viz. příloha č. 4). Nej hustší síť ordinací praktických lékařů pro dospělé (tj. nejnižší počet registrovaných na 1 úvazek lékaře) existuje v Praze, naopak v Karlovarském a Ústeckém kraji je relace počtu registrovaných na 1 praktického lékaře nejvyšší. Rozdíl mezi maximální a minimální hodnotou ukazatele však není výrazný. Zajištění primární péče o dospělou populaci je v České republice dlouhodobě vyrovnané.

Praktičtí lékaři provedli v uplynulém roce celkem 49,7 mil. vyšetření (ošetření), z toho téměř 4% v návštěvní službě. Preventivní prohlídky dospělých představují 4,5%. V průměru je denně vyšetřeno 44 pacientů (což odpovídá zhruba 10 minutám na jednoho pacienta). Na jednoho registrovaného připadá v průměru za rok 6 návštěv praktického lékaře.

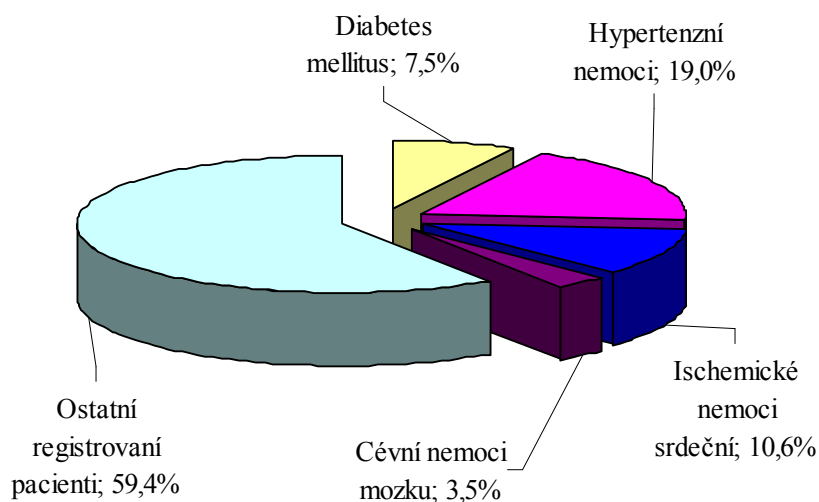
Graf č. 2 – Počet registrovaných pacientů na 1 PL za rok 2006



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006

Z více než 8 miliónů pacientů registrovaných u praktických lékařů je dispenzarizováno¹⁰ (u některého z lékařů specialistů nebo přímo u svého praktického lékaře) pro diabetes mellitus 606 tisíc osob, pro hypertenzní onemocnění více než 1,5 mil. osob, pro ischemické nemoci srdeční zhruba 850 tisíc osob a pro cévní onemocnění mozku 280 tisíc osob (viz. příloha č. 5).

Graf č. 3 – Dispenzarizovaní v ČR



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006

2.2.5 Podmínky založení ordinace

Všeobecná praxe, nebo-li ordinace praktického lékaře je základní ekonomickou jednotkou zdravotnického systému. Většina všeobecných praxí je soukromá. Podle zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních¹¹ se nestátním zařízením rozumí jiné zdravotnické zařízení, než zdravotnické zařízení státu. Poskytování zdravotní péče v těchto ordinacích má svůj osobitý profil týkající se nejenom odborných charakteristik, ale také charakteristik organizačních a ekonomických.

¹⁰ Dispenzarizace - aktivní sledování zdravotního stavu pacienta, ohroženého nebo trpícího onemocněním, které v době zařazení do dispenzární péče nevyžaduje poskytování akutní zdravotní péče, ale z předpokládaného vývoje nemoci lze důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zachycení může mít zásadní význam pro další léčbu a vývoj onemocnění a včasné zjištění nepříznivého vývoje zdravotního stavu pacienta

¹¹ Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

Lékaři, který uvažuje o práci praktického lékaře, nestačí pouze úspěšné ukončení studia, ale současně musí splnit několik podmínek opravňujících ho k výkonu tohoto povolání.

V první řadě se musí stát členem České lékařské komory (ČLK), což je zákonem zřízená stavovská organizace lékařů, která má za povinnost zejména dozírat na odbornost a etické chování svých členů a dále má posuzovat a hájit práva sociální a hospodářská.

Po dostatečně dlouhé praxi pod vedením staršího zkušeného lékaře (primář, lektor) musí absolvent university prokázat své praktické i teoretické znalosti složením atestační zkoušky. Atestace je zkouška, která se skládá z praktické a teoretické části a lékař ji skládá až po absolvování předepsané praxe a povinných kurzů. Pro jednotlivé lékařské obory se náplň této zkoušky liší. V oboru praktického lékařství je příprava rozdělena na část nemocniční, zahrnující povinnou praxi na interně, chirurgii, gynekologii, ARO, pediatrii, psychiatrii a na část ambulantní, která probíhá v praxi pod vedením praktického lékaře – školitele. Při této ambulantní části si kandidát současně osvojuje znalosti a dovednosti z dalších oborů (ORL, oční, neurologie, dermatovenerologie, hygiena, epidemiologie apod). Do roku 2004 byla předepsána příprava v délce trvání 30 měsíců, ale od roku 2004 se doba zvýšila na 48 měsíců. Po úspěšném složení atestační zkoušky je lékař oprávněn samostatně pečovat o pacienty.

Zdravotnické zařízení v České republice vzniká aktem registrace u místního okresního úřadu na základě žádosti. K této registraci je zapotřebí:

- lékařský diplom,
- výpis z rejstříku trestů (doklad o bezúhonnosti),
- potvrzení o členství v České lékařské komoře,
- potvrzení o personálním a věcném vybavení ordinace; jedná se o potvrzení ČLK o tom, že inventář a prostory vznikajícího zdravotnického zařízení (velikost prostor, charakter prostor, přístrojové a jiné vybavení) je v souladu s určitými předpisy a že i pracovníci, kteří v tomto zařízení pracují, splňují dané normy,
- provozní řád ordinace - dokument, ve kterém zdravotnické zařízení popisuje každodenní i dlouhodobý chod ordinace (jako je např. úklid, praní prádla, systém desinfekce a sterilizace, provádění odběrů krve, likvidace infekčního materiálu apod.). Tento provozní řád musí být schválen místně příslušnou hygienickou stanicí.

2.2.6 Finance lékařské praxe

Soustava financování zdravotní péče v sobě zahrnuje aspekty smluvních vztahů a kontrolních mechanismů na makroekonomické úrovni v rámci alokace finančních prostředků. Významnou roli zde hrají zdravotní pojišťovny a tvůrci zdravotní politiky, tj. tvůrci legislativních norem.

Vznikem zdravotního pojištění, které je ze zákona povinné pro všechny občany, a zdravotních pojišťoven bylo de facto zdravotnictví ekonomicky odděleno od státu. Z prostředků zdravotního pojištění je financována podstatná část zdravotnických potřeb a prostředků (např. léky).

Většina z nás donedávna žila v mylné iluzi o samozřejmosti bezplatného poskytování lékařské péče. Zrušením centrálního řízení zdravotnictví, vytvořením samostatných zdravotnických zařízení (právně i ekonomicky) a např. možností svobodné volby lékaře, je vytvářeno ekonomické konkurenční prostředí i ve zdravotnictví. Je nutné si uvědomit, že na jedné straně zdravotnictví něco stojí a že práce soukromého lékaře je podnikání jako každé jiné a tudíž by mělo generovat přiměřený zisk, ale na druhé straně je zřejmé, že zisk by neměl být ve zdravotnictví tím jediným cílem.

PŘÍJMY ORDINACE

Systém zdravotního pojištění – hlavním zdrojem příjmů většiny zdravotnických zařízení v ČR jsou platby od zdravotních pojišťoven. Je několik forem, jak platby probíhají:

- a) Výkonová – platba za jednotlivý výkon (*fee for service*). Jedná se např. o klinické vyšetření, EKG, injekce, odběr krve apod. Každý výkon je ohodnocen určitým počtem bodů, které na konci měsíce (resp. jiného období), lékař vyúčtuje zdravotní pojišťovně. Jde o poměrně rozšířený typ úhrady u samostatně pracujících lékařů v ambulantním (např. SRN) nebo nemocničním sektoru (např. USA, Holandsko)
- b) Kapitační – jedná se o paušální platbu, nebo-li platbu za hlavu (*capitation fee*). Praktický lékař má určitý počet registrovaných pacientů a pojišťovna hradí tomuto lékaři dohodnutý paušál „za hlavu“ a to bez ohledu na to, kolikrát pacient do ordinace přišel nebo kolik času s ním lékař strávil.

- c) **Kapitačně-výkonová** – jedná se o kombinaci obou. Ve výkonové části platby pojišťovny hradí výkony, které mají určitou prioritu (preventivní prohlídka, očkování proti tetanu, EKG, infuzní léčba apod.). Většina ordinací praktických lékařů v ČR pracuje v současné době v tomto systému – převážná část plateb od pojišťoven připadá na kapitační platbu (cca 85%) a zbytek (cca 15%)¹² na platbu výkonovou.

Přímé platby – tj. platby přímo od občanů. Jsou to platby za vyšetření nesouvisející se zdravotní péčí nebo jsou provedena ve výlučném zájmu klienta – prohlídky pro řidičské a zbrojní průkazy, cestovní očkování apod. Existují doporučené ceny, ale částky za výkon jsou vytvářeny s ohledem na náklady pracoviště a s kalkulací přiměřeného zisku.

Platby od zaměstnavatelů – jedná se o platby za výkony v rámci závodní preventivní péče (vstupní a výstupní prohlídky do/ze zaměstnání, periodické prohlídky, posudky, poradenství apod.).

Platby od státní správy – tj. platby za prohlídky, resp. vyplňování formulářů, zejména pro okresní, místní úřady a správu sociálního zabezpečení. Přes administrativní a časovou náročnost těchto úkonů, nehrají příjmy z nich významnější roli v celkové struktuře příjmů ordinace.

Tab. č.3: Struktura příjmů praktického lékaře

Zdravotní pojišťovny – výkonová platba	15 -25%
Zdravotní pojišťovny – kapitační platba	65 – 85%
Přímé platby	3 – 5%
Platby od zaměstnavatelů	5 -15%
Platby od státní správy	1%

Zdroj: Seifert,B., Beneš,V.: Všeobecné praktické lékařství

¹² Seifert, B. a kol., Primární péče, praktické lékařství, Karolinum 2004

VÝDAJE ORDINACE

Dle charakteru praxe tvoří výdaje 55 – 80 % obrátu. Výdajové položky jsou:

- **Nájem**, resp. odpisy za prostory pro podnikání – aby mohla ordinace PL vzniknout, musí být provozována v odpovídajících prostorách. Ty je možné buď najmout – platí se tedy nájem, nebo koupit – do nákladů ordinace se započítává odpovídající část kupní ceny, tzv. odpisy. Zejména ve větších městech hraje nájem významnou složku rozpočtu ordinace. Rychleji než příjmy také narůstají ceny energie, nákladné je zabezpečení.
- **Mzdové prostředky** – tedy plat a odvody za zdravotní sestru i lékaře, platby účetní, úklid. Procentuální zastoupení těchto plateb na celkových výdajích soukromé praxe neustále roste.
- **Leasing, nákup přístrojů a rozpočítané provozní náklady** – tedy zdravotnický materiál, léky, telefony, internet, nákup hardware, nákup a údržba software, údržba ordinace a další.
- **Provoz automobilu, pohonné hmoty a cestovné** – zejména náklady na návštěvní službu vysoce převyšují platby od pojišťoven (nejvíce na venkově).
- **Vzdělávání** – lékaři i sestry – nákup odborných publikací a časopisů, členské poplatky v odborných a stavovských společnostech, účast na seminářích a kongresech, přístupy do odborných medicínských databází apod.

Tab. č.4: Struktura výdajů ordinace praktického lékaře

Nájem atd.	25 – 35%
Mzdy atd.	30 – 40%
Leasing, provozní náklady atd.	20%
Provoz automobilu	10%
Vzdělávání	5%

Zdroj: Neumann, H., Zřízení a vybavení lékařských praxí

2.3 Míra využití specializované následné péče

Možnost odesílání a předávání pacientů z ordinací praktických lékařů do odborných zařízení je do značné míry ovlivněna velikostí nabídky a hlavně dostupností specializovaných služeb. Setkáváme se s velkými rozdíly ve větších městech a na venkově. Důležitou roli zde hrají kompetence praktického lékaře nebo vybavení ordinace. Značné rozdíly jsou zřejmé v odesílání pacientů k malým chirurgickým výkonům, k výkonům malých oborů, k péči o diabetiky, k infuzní terapii, inhalační terapii atd.

Je zcela běžné, že praktický lékař má svou praxi rozšířenou o metody fyzikální terapie nebo např. akupunkturu a některé další vyšetřovací nebo léčebné metody. Evropské studie poukazují na to, že praktičtí lékaři se snaží řešit většinu případů sami. V průměru je od nich pouze 6-10%¹³ pacientů odesláno do specializované péče. Obdobné rozmezí četnosti odesílání pacientů bylo zjištěno také v České republice, kde jedno odeslání ke specialistovi připadne v průměru na více než 15 konzultací a odesílání k hospitalizaci připadne na více než 100 konzultací.

Urgenci odesílání dokládá níže uvedená tabulka. V provedené studii řešil praktický lékař během jednoho týdne v průměru dva případy, které vyžadovaly urgentní odeslání. Naopak, ve více než dvou třetinách případů, nebyl tlak na časné objednání na speciální vyšetření.

Tab.č.5: Míra urgencye odeslání do specializované péče

(celkový počet 365 odeslaných z 12 praxí)

Míra urgencye odeslání	Muži	Ženy	Celkem	V procentech
Neodkladné	33	26	59	16%
Časné (následující den)	29	31	60	16%
Běžné doporučení	123	123	246	68%

Zdroj: Seifert,B., Beneš,V.: Všeobecné praktické lékařství

¹³ Seifert, B. a kol., Primární péče, praktické lékařství, Karolinum 2004

Míra odesílání je nejvyšší u věkové kategorie 45-64 let. V níže uvedené tabulce jsou vypsány služby specialistů, které jsou praktickými lékaři nejčastěji využívány. Další tabulka pak dokládá cíl odesílání.

Tab.č.6: Využívání specializované péče

Specializace	Počet (nově) odeslaných na 1 PL týdně	Procento ze všech odeslaných
Ortopedie	2,3	12,9%
RHB	1,8	10,1%
Kardiologie+interna	1,8	10,1%
Neurologie	1,7	9,6%
Všeobecná chirurgie	1,7	9,3%
ORL	1,3	7,4%
Plicní	1,3	7,1%
Gastroenterologie	1,2	6,6%
Oční	0,6	3,6%
Gynekologie	0,6	3,6%
Kožní	0,6	3,3%
Psychiatrie	0,5	2,5%
Urologie	0,5	2,5%
Ostatní	2,1	11,4%
Celkem	16,4	100,0%

Zdroj: Seifert,B., Beneš,V.: Všeobecné praktické lékařství

Tab.č. 7: Cíl odeslání (celkový počet 365 odeslaných z 12 praxí)

Kam odeslán	Muži	Ženy	Celkem	V procentech
Nemocnice (lůžko)	30	20	50	14%
Ambulance nemocnice	30	13	43	12%
Ambulantní specialista	127	144	272	74%

Zdroj: Seifert,B., Beneš,V.: Všeobecné praktické lékařství

Ve skutečnosti jsou ale specialisté kontaktováni častěji, neboť přístup k odborníkům bez doporučení je stále ještě možný. Rovněž odesílání některých pacientů je realizováno pouze mezi specialisty bez rozhodnutí praktického lékaře.

2.4 Právní aspekty poskytování péče ve všeobecných praxích¹⁴

Právní aspekty se promítají do všech sfér činnosti praktického lékaře. Ačkoli základní zásady jsou v současné době definovány v mezinárodní Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, v oblasti naší legislativy je s několika úpravami stále v platnosti starý zákon č. 20/1966 Sb.

2.4.1 Legislativa

Největší konkrétní dopad na problematiku uplatňování lidských práv a svobod v oblasti zdravotnictví má jednoznačně Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti a aplikací biologie a medicíny. Tato úmluva, stejně jako ostatní smlouvy o základních lidských právech a svobodách, které byly přijaty Českou republikou, má v našem právním systému přednost před jinými běžnými zákonnými normami.

Součástí ústavního pořádku České republiky je usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, konkrétně oblast zdravotnictví je upravena článkem 31. V souladu s jeho ustanovením má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají, na základě veřejného zdravotního pojištění, právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Na tuto ústavně právní normu navazuje poměrně obsažná zákonná úprava.

Do roku 1989, resp. 1991 platily tři zákony týkající se zdravotní péče a zdraví občanů:

- Zákon č.: 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č.: 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství
- Zákon č.: 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholem a jinými toxikomaniemi

¹⁴ www.mzcr.cz – MZČR – legislativa ve zdravotnictví

V současné době k nejdůležitějším právním předpisům v oblasti zdravotnictví patří:

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi,
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 221/1995 Sb., o znaleckých komisích, ve znění vyhl. č. 105/2002 Sb.,
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon),
- zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)
- zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.
- vyhláška 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007 a Vyhláška 620/2006 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

I přes poměrně širokou škálu zákonných úprav však není v současné době legislativní prostředí v oblasti zdravotnictví zcela vyhovující. Do budoucna bude třeba přijmout a novelizovat celou řadu právních předpisů vztahujících se k této problematice, aby bylo zajištěno efektivní využívání všech prostředků ve zdravotnictví, maximálně garantována dostupnost a kvalita zdravotní péče pro pacienty a způsob úhrady zdravotní péče.

2.4.2 Práva pacientů

Níže uvádím plné znění Etického kodexu práv pacientů prohlášený Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo

zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

2.4.3 Převzetí pacienta

Praktický lékař poskytuje zdravotní péči převážně svým registrovaným pacientům. Ze zákona není občanovi uložena povinnost registrace u praktického lékaře, ale je mu dána možnost volby lékaře. Lékař je dle zákona povinen poskytovat registrovaným pojištěncům náležitou zdravotní péči, včetně návštěvních služeb. Právo občana na svobodnou volbu lékaře naopak nezavazuje lékaře k povinnosti tuto registraci akceptovat.

Existuje zde i možnost odmítnutí převzetí pacienta, to ovšem pouze ze zákonných důvodů jakými jsou např. příliš velký počet registrovaných pacientů nebo přílišná vzdálenost místa bydliště pro zajištění návštěvní služby. Omezení v převzetí pacienta může také souviset s neuzavřením smlouvy se zdravotní pojišťovnou pacienta.

Na druhou stranu odmítnout nelze tzv. akutní případy – neodkladné ošetření je nutné poskytnout vždy. Jinak by lékař riskoval i trestní odpovědnost pro neposkytnutí pomoci. V tomto případě má lékař nárok na proplacení péče od příslušné zdravotní pojišťovny vždy, i když s touto pojišťovnou nemá uzavřenou smlouvu.

Z právních předpisů jednoznačně vyplývá, že převzetí pacienta do péče je prosté od veškerých poplatků a úhrad.

Jistým problémem, na který zákon zatím nepamatuje, je přerušování péče o pacienta např. při nespolupráci, agresivním chování pacienta apod. Vzhledem k tomu, že je v tomto případě výklad zákona nejednoznačný, doporučuje se lékařům přesvědčit pacienta k tomu, aby si našel jiného praktika.

Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje specializovanou péči, je praktický lékař povinen tuto péči doporučit. Zákon ukládá lékařům doporučit takové zařízení, které je schopno danou péči poskytnout. Pacient není schopen nebo povinen hledat vhodné zařízení. Na druhou stranu ale také není povinností pacienta vyhledat specialistu pouze na základě doporučení svého obvodního lékaře. Ze zákona vyplývá volný přístup ke specialistům. Z důvodu poskytování kvalitní kontinuální péče je umožněno, aby měl praktický lékař přístup k informacím o tom, kde a jakou službu pacient využil. Zdravotní pojišťovny jsou povinny na žádost lékaře takovou informaci poskytnout, včetně předpisů léků a zdravotnických prostředků.

2.4.4 Informovaný souhlas

Pokud ze zákona nejsou stanoveny výjimky, pak platí, že se lékařská péče poskytuje pouze se souhlasem pacienta. Bez jeho souhlasu (tedy i proti jeho vůli) je nutné poskytnout péči pouze v následujících situacích:

- Jde-li o povinné léčení. To přichází v úvahu dnes pouze v souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví, zejména při léčení infekčních nemocí. Prováděcí vyhláška stanoví seznam infekčních nemocí, kdy je léčení povinné a kdy se nařizuje izolace v nemocnicích. Povinnost podrobit se vyšetření je stanovena i pro nosiče. Zde je jednoznačná povinnost lékařů péči zajistit. Při možných komplikacích s realizací lze doporučit obrátit se na příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (krajská hygienická stanice). Zvláštní režim platí pro tzv. ochranné léčení, uložené soudem v souvislosti se spáchaným trestným činem.
- Jestliže pacient pro duševní chorobu nebo intoxikaci ohrožuje sebe nebo své okolí. I zde může být problém s realizací poskytnuté péče, je však třeba varovat před vyžádáním negativního reversu v situacích, kdy pacient je evidentně nezpůsobilý o sobě rozhodovat. Lepší snad je záznam, pokud možno i svědecky doložený, že se pacienta nepodařilo přimět k potřebnému ošetření či vyšetření. Pokud pak jde o duševně nemocné a jejich převezení na příslušné psychiatrické oddělení, je třeba vyvarovat se zásahu pouze po získání např. telefonických informací rodiny – doporučuje se pacienta navštívit a požadovat spolupráci policie.
- Jestliže nelze vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví. Typicky jde o případy bezvědomí, ale i o stavy, kdy je pacient v tak těžkém zdravotním stavu, že jeho projev vůle nelze brát jako platný.
- Je-li neodkladné provedení výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům. Pokud v takové situaci rodiče nebo opatrovník odpírají souhlas nebo jsou nedostupní, musí lékař zasáhnout i bez jejich souhlasu.

Ve všech ostatních případech se lékařská péče poskytuje s informovaným souhlasem pacienta. Jeho souhlas je relevantní pouze a jen tehdy, když je pacient dostatečně seznámen se situací, se všemi možnostmi, riziky i se všemi souvisejícími skutečnostmi. Forma souhlasu není ze zákona stanovena, tj. souhlas může být udělen

ústně, písemně nebo také tak, že z jednání pacienta je patrné, že s navrhovanou péčí souhlasí (tzv. konkludentní projev vůle). Písemný souhlas, tedy pozitivní revers není povinný. Vyžaduje se spíše u náročnějších a riskantních léčebných nebo operativních výkonů. Ale samozřejmě ani pozitivní revers nezabavuje lékaře odpovědnosti za případnou chybu v léčení. Existují však případy, kdy zákon vyžaduje písemnou formu souhlasu obligatorně. Jedná se např. o písemný souhlas s experimentem, s klinickým ověřováním léků či zdravotních prostředků, dále při dárcovství tkání a orgánů pro transplantace ex vivo, při sterilizaci atd.

Co se týče negativního reversu, ten je ze zákona povinný. Pacient totiž může jakýkoli výkon nebo péči svobodně odmítnout (pokud nejde o situace shora uvedené). Tento písemně potvrzený negativní revers potom může sloužit jako určitý doklad o tom, že lékař nezanedbal svou péčí v případě, kdy dojde ke škodě na zdraví u pacienta, který byl náležitě poučen, avšak péči odmítl. Pouze písemný, konkrétní a individuální revers může poskytnout lékaři dostatečnou právní ochranu. V případě, že pacient odmítá péči i podpis reversu, je možné, aby byl revers podepsán svědkem s vysvětlující doložkou.

Praktický lékař se ale nesetkává výlučně s pacienty, kteří jsou fakticky nebo právně způsobilí činit taková rozhodnutí. To se může týkat nezletilých, kteří právní způsobilost získávají až dosažením 18 let (výjimečně dříve sňatkem se souhlasem soudu). V běžných situacích není složité respektovat projev vůle těchto osob. Pokud by se ale jednalo o závažné nebo riskantní situace, měl by si lékař vyžádat stanovisko rodičů nebo zákonných opatrovníků.

Podobnou skupinou lidí jako jsou nezletilí jsou lidé staří, dementní, ovšem nezbavení způsobilosti k právním úkonům. V tomto případě je situace komplikovanější, neboť členové rodiny nejsou ze zákona oprávněni činit za tuto osobu rozhodnutí. Pokud je stanovisko rodiny v souladu s medicínskými požadavky a pacient neprojevuje nesouhlas, pak lékař jedná v souladu právem i v souladu s medicínskou etikou.

2.4.5 Povinná mlčenlivost

Pocit vzájemné důvěry mezi pacientem a lékařem je jedním ze základních předpokladů úspěšného poskytování zdravotní péče. Pacient přichází k lékaři v důvěře v jeho odbornou zdatnost, ale také v důvěře, že všechny zjištěné skutečnosti, které se pacienta týkají, nebudou zneužity.

Požadavek nesdělovat informace o pacientovi je zakotven jak v právních předpisech tak normách etiky a morálky. Zákon ukládá zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se zdravotníci dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání. Pokud zákon nestanoví jinak, je možné určité skutečnosti sdělit třetím osobám pouze s výslovným souhlasem pacienta. Určité údaje či výpisy ze zdravotnické dokumentace lze poskytovat též tehdy, pokud se na lékaře obrátí soud, státní zástupce nebo Policie ČR s prohlášením, že pacient s poskytnutím daných informací souhlasil.

Pokud jde o vztah k orgánům činným v trestním řízení, je možno vyhovět jejich žádosti o poskytnutí informací tehdy, je-li doložen souhlas pacienta, nebo jde-li o řízení týkající se trestných činů uvedených v §168 trestního zákona (např. týrání svěřené osoby, vražda, pokus o vraždu), nebo byl-li s konkrétní žádostí vysloven souhlas soudce. Další výjimka z povinné mlčenlivosti je oznamovací povinnost. V praxi praktického lékaře může přijít v úvahu např. oznámení:

- o úmrtí (prohlízející lékař matričním orgánům),
- o podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem nebo sebevraždou (prohlízející nebo pitvající lékař policii),
- o spáchaných nebo připravovaných trestných činech podle §167 a §168 trestního zákona (týrání svěřené osoby, vražda),
- zdravotní pojišťovně o tom, že úraz nebo jiné poškození na zdraví bylo způsobeno třetí osobou,
- ohlašovací povinnost do NIS, popř. podle zákona o státní statistické službě (pouze stanovené údaje).

Povinná mlčenlivost je prolomena také tam, kde zákon umožňuje určitému subjektu nahlížet do zdravotnické dokumentace. To se týká např.:

- soudních znalců pro vypracování posudku zadaného soudy nebo orgány činnými v trestním řízení
- členů znaleckých komisí
- pověřených členů komor pro disciplinární řízení
- pověřených zdravotnických pracovníků orgánů ochrany veřejného zdraví
- revizních lékařů zdravotních pojišťoven
- lékařů správních úřadů pro vyřizování stížností a návrhů ve správním řízení atd.

Při vystavování různých posudků a vyjádření je lékař povinen vyslovit posudkový závěr (schopen, neschopen). Podrobnosti o medicínských údajích však bez souhlasu pacienta uvádět nelze.

2.4.6 Lege artis

Postupem lege artis se v medicínské terminologii rozumí způsob či metoda léčení, prevence a diagnostiky chorob odpovídající zásadám léčebně preventivní péče na dosaženém nejvyšším stupni vědeckého poznání. O tom, zda určitý odborný výkon splňuje předpoklady, zda tedy je nebo není lege artis, jsou rozhodující především dvě nejčastěji připomínané okolnosti:

- musí jít o odborně medicínsky ověřený a osvědčený postup, jehož účinnost, resp. účelnost a důvodnost se všeobecně, nebo alespoň převážně, přijímá, a který je navíc
- v souladu s aktuálním stavem vědy, s dosaženou nejvyšší úrovní teoretických i praktických poznatků v oblasti poskytování zdravotní péče.

Konkrétně je podle zákona (§ 11 zák. č. 20/1966 Sb.) zdravotnický pracovník povinen poskytovat zdravotní péči na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy. Jde o poměrně vágní vymezení pojmu lege artis, které by v nově připravovaném zákonu mělo být definováno lépe. Ovšem přesně vymezit tento pojem zřejmě nebude možné nikdy, neboť jde o stále se vyvíjející proces a jeho posuzování náleží lékařské vědě.

Je zřejmé, že poskytovat péči v souladu s dosaženými pravidly lékařské vědy není možné vykládat absolutně a není možné lékaři vytýkat nedodržení této zásady, když pacientovi neaplikuje léčbu, která sice světově existuje, ale na území daného státu není dostupná. Lékař, který při léčbě použil kterýkoli z uznávaných postupů, poskytoval péči lege artis. Lékař, který se odchýlí od doporučených standardů a postupů by měl zdůvodnit, proč tak učinil, a že i jím zvolený postup byl skutečně lege artis.

Pokud se týká právní závaznosti kritérií stanovených odbornou společností, tato kritéria či jiná doporučení nemají povahu obecně závazného předpisu. Tedy nelze jejich nedodržení právně vymáhat a postihovat. Neznamená to, že by tím že nemají povahu právního předpisu, snižovalo jejich odborný význam. V případě trestního i občanskoprávního řízení, ve kterém je hodnocena správnost či nesprávnost odborného postupu, přibírá vyšetřovatel nebo soud soudního znalce z příslušného odvětví, popř.

znalecký ústav, aby posoudil, zda bylo takto postupováno či nikoli. Znalecký posudek pak bývá zpravidla rozhodujícím důkazem.

Na druhou stranu může i samotný pacient svým stanoviskem ovlivnit zvolenou metodu léčby, neboť ten by měl být jakýmsi partnerem lékaře, ovšem s určitými hranicemi. Lékař nemůže akceptovat takový požadavek pacienta, který by představoval postup non lege artis. Využívání alternativních metod léčení většinou nelze vyloučit při náležitém posouzení celkového zdravotního stavu pacienta. Alternativní metody se ale musí využívat tak, aby pacient nebyl krácen na jeho právu na náležitou zdravotní péči lege artis.

2.4.7 Právní odpovědnost

Každý lékař provozující privátní praxi, odpovídá nejen jako fyzická osoba, ale také jako provozovatel nestátního zdravotnického zařízení. Může odpovídat také např. za škodu na odložených věcech, ale především odpovídá za škodu způsobenou pacientovi (poškození zdraví). Povinně musí mít všichni lékaři uzavřenou smlouvu s nějakou komerční pojišťovnou, která za něj případnou škodu hradí. Jestliže pracuje lékař jako zaměstnanec, může odpovídat za škodu způsobenou zaměstnavateli. Např. je-li lékařem způsobena škoda na zdraví pacientovi a zaměstnavatel tuto škodu nahradil, odpovídá lékař (zaměstnanec) do výše čtyřapůlnásobku jeho průměrného měsíčního platu (odpovědnost pracovněprávní). Za porušení povinností s ním také může být, za jistých podmínek stanovených zákonem, rozvázáán pracovní poměr.

Nejzávažnější formou odpovědnosti je odpovědnost trestní. Tato souvisí pouze s trestnými činy, které jsou uvedeny v trestním zákoně (jako jsou např. ublížení na zdraví, neposkytnutí pomoci, omezování a zbavení osobní svobody, neoprávněné nakládání s osobními údaji, padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů, neoznámení a nepřekažení vyjmenovaných trestných činů, podvod, šíření nakažlivé choroby apod.). Lékař může být trestně stíhán orgány činnými v trestním řízení pouze pokud poruší svou právní povinnost a poruší jí úmyslně nebo z nedbalosti. Mezi způsobenou škodou a porušením povinnosti pak musí být příčinná souvislost.

Setkat se můžeme také s odpovědností disciplinární, tedy takovou, která vyplývá z porušení povinností souvisejících s dodržováním odborných etických požadavků, popř. s respektováním komorových řádů a předpisů.

Dalším typem odpovědnosti, kterou musí lékař respektovat, je odpovědnost za zásah do práva na ochranu osobnosti dle občanského zákoníku (např. za porušení mlčenlivosti, nedostatečné respektování požadavků na informovaný souhlas). Lékař musí věnovat pozornost obsahu smlouvy o pojištění a tam uváděným pojistným podmínkám včetně výluk.

2.4.8 Dokumentace

Zákonnou povinností praktického lékaře je vedení a správa zdravotnické dokumentace. Dokumentace hraje významnou roli v oblasti péče o pacienta a kontinuitu péče a současně může být i velmi důležitým důkazním prostředkem – a to jak ve prospěch, tak také v neprospěch lékaře. Lékařům se doporučuje do dokumentace zahrnovat veškeré medicínské údaje, ale i další skutečnosti týkající se např. informování pacienta, získání jeho souhlasu apod.

Zdravotnické dokumentaci je třeba věnovat zvláštní pozornost a ochranu, neboť tato obsahuje citlivé údaje, chráněné povinnou mlčenlivostí. Dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v patřičném rozsahu, který je nezbytný pro jeho osobní identifikaci a pro zjištění jeho anamnézy. Dále musí obsahovat informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a postupem při poskytování zdravotní péče. Zápis do zdravotní dokumentace musí být veden průkazně, čitelně a pravdivě. Každý zápis musí být opatřen datem, čitelnou identifikací a vlastnoručním či zaručeným elektronickým podpisem osoby, která zápis provedla. Dokumentace může být vedena v listinné nebo elektronické formě. Zápis v elektronické podobě, pokud není opatřen zaručeným elektronickým podpisem, je nutno vytisknout a opatřit datem a podpisem osoby, která zápis provedla a zařadit ho do zdravotnické dokumentace pacienta. Na paměťových médiích výpočetní techniky lze vést dokumentaci jen tehdy, obsahuje-li zaručený elektronický podpis, bezpečnostní kopie jsou prováděny každý pracovní den a po uplynutí doby životnosti zápisu je zajištěn opis archivních kopií a jejich uložení, znemožňující provádění dodatečných zápisů.

Vyskytují se určité spory týkající se postavení pacienta a jeho práva do dokumentace nahlížet či získávat z ní výpisy a opisy. Platný zákon uvádí, že pacient má právo na to, aby mu byly poskytnuty veškeré informace o něm v dokumentaci shromážděné, nesmí se však dovědět informace o třetí osobě. I když zákon hovoří pouze o

právu na informace, většinou se doporučuje vyhovět přání pacienta a přístup k dokumentaci mu umožnit. Tak je také připravován nový návrh zákona.

Dokumentace náleží tomu lékaři nebo zdravotnickému zařízení, který ji vytvořil, vedl a spravoval. Při změně lékaře dokumentace zůstává na původním místě, je však povinností předat novému lékaři všechny informace potřebné k návaznosti péče. Při zániku ordinace je nutné do 15 dnů oznámit tuto skutečnost správnímu úřadu příslušnému k registraci a zajistit dokumentaci před zneužitím či neoprávněným nakládáním. Tuto povinnost mají také ti, kdo žili ve společné domácnosti se zemřelým lékařem poskytujícím péči vlastním jménem. Příslušný správní orgán pak přebírá další povinnosti, včetně převzetí zdravotnické dokumentace.

V nové vyhlášce o zdravotnické dokumentaci by měl být obsažen požadavek na nezbytnou dobu, po kterou je nutno dokumentaci uchovávat. V současné době není tento údaj nikde přesně stanoven, neboť staré směrnice obsahující tuto informaci byly zrušeny a dosud nebyly ničím nahrazeny. Podle návrhu vyhlášky připravované ministerstvem zdravotnictví by měl platit požadavek, aby zdravotnická dokumentace byla uchovávána po dobu 5 let, pokud není stanoveno jinak. Přílohu nové vyhlášky by měl tvořit skartační řád, který by měl stanovit pro primární péči dobu uchování dokumentace v délce 10 let od úmrtí pacienta nebo od změny lékaře. Pro ústavní péči, ale i pro některé jiné situace, by mělo platit 100 let od narození pacienta nebo 10 let od jeho úmrtí.

2.4.9 Informatika

Informatika a výpočetní technika jsou dnes neodmyslitelnou součástí každé ordinace praktického lékaře a jejich využívání stále roste na významu. Je využívána ke zjednodušení a urychlení takřka všech procesů, které denně v ordinaci probíhají (dokumentace pacientů, pohyb zdravotnického materiálu, toky ekonomických a organizačních dat, atd.).

Do nabídky dnes vyvíjených softwarových programů pro zdravotnická zařízení zpravidla patří:

- Kartotéka pacientů, která by měla být především přehledná s možností snadného zápisu nových pacientů, s možností vyhledávání podle různých kritérií, s místem pro zápis např. rodinné i osobní anamnézy,

- kompletní zdravotní dokumentace s požadavkem na rychlý zápis do karty pacienta např. pomocí předdefinovaných „vzorových“ zápisů, možnost vedení nálezů a tisk celého chorobopisu, vystavování lékařských zpráv apod.,
- předdefinované i vlastní dispenzární skupiny se snadným výběrem dispenzarizovaných pacientů, monitoring a pozívání na preventivní prohlídky.
- rychlé a bezchybné vyúčtování zahrnující vyúčtování provedených výkonů, tisk průvodních listů a faktur,
- snadný tisk formulářů jako jsou recepty, poukazy, pozvánky, neschopenky.

Tyto softwary jsou zpravidla schopny sledovat náklady, vést statistiky provedených výkonů a podávat přehled denních výkonů s cenovým ohodnocením. Nezanedbatelnou výhodou je i možnost sledování nákladů na léky, sledování odpracované doby lékaře v závislosti na vykázaných výkonech i monitoring nákladů pro jednotlivé zdravotní pojišťovny.

Do budoucna se jeví jako nevyhnutelné zavedení strukturovaného systému přenosu dat o pacientech mezi informačními systémy jednotlivých zdravotnických zařízení. Samozřejmě při použití této komunikační cesty musí být respektovány legislativní požadavky na ochranu osobních údajů o občanech.

2.5 Mezioborová spolupráce

Mezioborová spolupráce se odehrává jak v teoretické tak v praktické rovině. Intenzita a úroveň mezioborové spolupráce má přímý dopad na kvalitu poskytované péče. Současný trend v medicíně spočívá ve vytváření stále užších a odbornějších specializací. Tato tendence s sebou nese požadavek na odborníka s komplexním pohledem na pacienta, využívajícího znalostí z ostatních oborů k vyhodnocení výsledků ze specializovaných vyšetření, tj. kvalitního praktického lékaře.

Spolupráce praktických lékařů a lékařů jiných oborů může mít řadu podob. To, jak funguje klinická spolupráce, je do značné míry ovlivněno nastavením zdravotnického systému. Vliv mají samozřejmě také různé formy omezení a regulací a důležitou roli zde hrají i motivační nástroje a individuální vlastnosti a postoje lékařů. Z hlediska plátců a poskytovatelů zdravotní péče a především z hlediska pacientů se jeví jako maximálně efektivní sdílená péče jednotlivých zdravotnických subjektů s cílem dosažení co možná

nejvyšší kvality. Klíčovou roli zde sehrává praktický lékař, který jako první vyšetřuje nemocného, posuzuje jeho stav, stížnosti a potřeby a podle nutnosti pacientům otevírá přístup ke specialistům. Pacientovi je pak poskytnuta náležitá odborná péče na vhodném stupni specializace (od ambulantního specialisty až po superspecializovanou kliniku). Přitom mezi jednotlivými subjekty dochází k obousměrnému toku informací, které jsou nezbytné k řešení problému. Taková výměna relevantních informací chrání pacienta před zbytečným opakováním vyšetření a šetří zdroje. Komplexní informace o zdravotním stavu pacienta shromažďuje jeho praktický lékař. Ideálně by měl systém fungovat tak, aby obzvláště mezi praktickými lékaři a specialisty nebyl kompetitivní vztah. Bohužel v praxi se můžeme setkat s opakem.

Celosvětovým trendem současné doby je dokonalá týmová spolupráce. Nejedná se pouze o sféru urgentních stavů, významná je zejména oblast péče o chronicky nemocné, handicapované pacienty, polymorbidní pacienty a péče o seniory. V souvislosti s tím jak stárne populace přibývá v klinické praxi podíl starších pacientů. Tento stav si žádá změny ve struktuře propojení zdravotnických a sociálních služeb a pomoci.

2.5.1 Specializace vs. všeobecnost

Specializovaná péče je nepochybně nezbytná. Technicky náročné léčebné a vyšetřovací metody vyžadují specializovaného odborníka s vysokou úrovní znalostí daného oboru. Čím více a déle se lékař soustředí a zabývá se jednou metodou, tím lépe ji ovládá a v dané problematice se vyzná. To samozřejmě přináší pacientům značné výhody. Česká republika se v posledních letech dočkala obrovského rozmachu a výrazných úspěchů úzce specializovaných oborů (jako např. intervenční kardiologie). Koncentrace pozornosti na specializované technologie a nový výzkum přirozeně limituje specialistům čas na komunikaci s pacientem, na jeho ostatní problémy a na zvážení jeho názoru.

O nutnosti stále větší diferencovanosti péče není pochyb. Stejně tak ale vzrůstá význam integrujícího článku – praktického lékařství. Zvláštnost oboru praktického lékařství tkví v tom, že praktický lékař ve své praxi musí denně uplatňovat nejširší spektrum teoretických znalostí nejrůznějších vyšetřovacích a léčebných metod. Tyto praktiky sice praktický lékař sám nemusí provádět, ale pacient ocení, když mu vše náležitě vysvětlí a správně ho na výkony připraví.

Pro pacienta je neocenitelné, pokud ho jeho praktický lékař též informuje o tom, kde jsou dané metody prováděny, a které pracoviště disponuje jakou specializací. Praktický lékař je jakýmsi informačním zdrojem, neboť pro laickou veřejnost v současném systému doposud nejsou k dispozici dostatečné a validní informace o kvalitě poskytované péče v jednotlivých zařízeních.

Úloha praktického lékaře ve zdravotním systému je komplexní. Pečuje o své pacienty kontinuálně a dlouhodobě, ve zdraví i v nemoci. Sleduje a ovlivňuje jejich zdravotní uvědomění preventivní péčí, je rádcem a důvěrníkem pacienta a v případě nemoci ho provází zdravotním systémem. Dle nutnosti spolupracuje s ostatními ambulantními specialisty. V případě potřeby odesílá pacienty k hospitalizaci do příslušného lůžkového zařízení. Praktický lékař také organizuje a zajišťuje svým pacientům navazující péči. Zařizuje např. rehabilitační, lázeňskou, dlouhodobou ústavní péči (LDN), nebo dlouhodobou specializovanou péči (např. psychiatrické léčebny apod.), domácí péči a služby sociální, včetně služby pečovatelské. V sociální oblasti většinou úzce spolupracuje s humanitárními organizacemi nebo úřady sociální péče.

Obecně lze říci, že praktický lékař je především ten, kdo je pacientovi nejbližší, kdo ho trpělivě vyslechne, kdo léčí pacienta celého s jeho tělem i duší, kdo zná jeho rodinu a prostředí, ve kterém pacient žije. Současně také pomáhá v rozhodování a ve správnou chvíli odesílá pacienta ke specialistům, od kterých se pak pacient vrací zpět. Má pacientovu plnou důvěru a respekt.

2.5.2 Nedostatky mezioborové spolupráce a možnosti zlepšení

Nedostatky v mezioborové spolupráci v českém systému zdravotnictví nespočívají v dlouhých objednacích dobách na odborné vyšetření, jako je tomu např. v jiných zemích EU. Problémem je spíše fakt, že se v praxi ještě dnes můžeme setkat s individuálními případy specialistů, kteří považují činnost praktických lékařů za svůj „sekretariát“. Zpětná vazba z odborného vyšetření, tedy zpětný tok informací od specialisty směrem k praktickému lékaři, někdy nebývá dostačující. Mohou nastat situace, kdy praktický lékař odesílá pacienta na další a další vyšetření (včetně opakovaných vyšetření komplementárních) pouze díky tomu, že specialista nezodpověděl dotaz a nepředal náležitě informace. Pacient je pak zbytečně zatěžován, náklady se neúměrně zvyšují.

Navzdory obrovskému rozvoji informačních technologií se setkáváme s tím, že zprávy z hospitalizace přicházejí k rukám praktického lékaře s prodlením a tomu pak mohou chybět aktuální informace, např. o změně medikace. Pacient ve většině případů nedokáže reprodukovat patřičné informace. Nedostatečná výměna informací může mít za následek např. nevhodnou kombinaci léků s podobným účinkem atd. Tento jev pak může značně poškodit pohled na zdravotníky a zdravotnictví jako takové.

V souvislosti s privatizací ambulancí praktických lékařů došlo sice k jakési atraktivní nezávislosti všeobecných praxí, ale současně došlo také k omezení osobních odborných i společenských kontaktů mezi lékaři. Komunikace mezi lůžkovými zařízeními a privátní praxí není na odpovídající úrovni. Samozřejmě že existují iniciativní primáři a specialisté, kteří s praktickými lékaři aktivně spolupracují, ale toto není bohužel pravidlem. Dobrou reputaci praktického lékaře odráží jeho doporučení, které provází pacienta na specializované vyšetření. Doporučení praktického lékaře ale mnohdy nemají nezbytnou úroveň a odeslání ke specialistovi je někdy spíše z důvodu nedostatku času na patřičnou konzultaci s pacientem.

Jistou možností řešení situace by mohlo být širší využití telefonického komunikačního kanálu, tj. telefonická konzultace se specialistou. Pacient by jistě ocenil snahu praktického lékaře, který by sjednal odborné vyšetření sám, místo toho, aby jen předal doporučení. Také neobyčejně pozitivně zapůsobí, když se praktik aktivně na výsledek vyšetření přímo před pacientem dotáže. Sestra nebo přímo praktický lékař by měli pacienta před odesláním k hospitalizaci náležitě informovat. Rovněž by pacient ocenil, pokud by ho jeho praktický lékař navštívil během jeho hospitalizace přímo v nemocnici. Praktický lékař by měl osobně znát odborný personál alespoň spádového chirurgického a interního oddělení. Je zřejmé, že není možné, aby praktický lékař znal osobně všechny své konziliáře, ale měl by se alespoň pokusit s nimi navázat kontakt a zahájit profesionální spolupráci.

3 Praktická část

3.1 Profil práce PL

Praktiční lékaři ve svém registru evidují pacienty, které spojují určitá specifika, jako jsou charakter místa bydliště, dosažitelnost specializované péče apod. Naproti tomu mají tyto pacienti široké spektrum anamnéz, chování, postojů a přístupů ke zdraví a nemoci. Každá všeobecná praxe je multioborovým pracovištěm, kde jsou denně řešeny různé chronické i akutní stavy a kde můžeme pozorovat pacienty s nejrůznějšími diagnózami v různém věku a v různých fázích vývoje nemoci. Praktický lékař musí, kromě klinických činností, vykonávat také administrativní práci, a to na vlastní žádost pacienta, pro posudkové potřeby, pro různé požadavky služeb sociální péče, pro komerční pojišťovny, soudy, a (ve spojitosti s vykazováním výkonů) pro zdravotní pojišťovny. V neposlední řadě je praktický lékař také soukromým podnikatelem a plní i povinnosti týkající se komerčního subjektu.

Běžná průměrná ordinační doba praxe v místě ordinace je okolo 25 hodin týdně. Mimo tuto dobu jsou zpravidla prováděny některé další výkony sestry (např. ranní odběry apod.). Na obvyklou ordinační dobu navazuje administrativní činnost a také návštěvní služba. Část ordinační doby (přibližně 10 hodin týdně), obvykle na začátku, je vyhrazena kontrolám akutně nemocných pacientů a pacientů v aktuálně pracovní neschopnosti. Tento čas je většinou pružně přizpůsoben vzhledem k aktuálním potřebám. V ordinacích se v různém rozsahu aplikuje objednávací řád, ale kvůli neomezenému přístupu pacientů s akutními problémy, není možné tento systém uplatnit v plném rozsahu. Více frekventovanou je strukturovaná ordinační doba, kde je vyhrazen čas pro předem objednané preventivní prohlídky, předoperační vyšetření, předepsání lázní, vystavení různých posudků a dalších výkonů, které vyžadují klid a čas. Ve skupinových praxích ve Velké Británii nebo např. v Holandsku je zcela běžné, že během dne jeden z lékařů přijímá pouze akutní pacienty a ostatní lékaři praxe tak mohou dodržovat objednávací časy bez větších problémů.

Pokud budeme zvažovat poměr objednaných a neobjednaných pacientů, pak dojdeme k číslu 1:1, v některých praxích však může dosahovat až poměru 2:1. Ordinance denně vyřídí kolem 55 telefonátů. Telefonické rozhovory se nejčastěji uskutečňují z důvodu konzultace určitého problému, objednání k vyšetření, z důvodu dotazu na výsledky

nějakých testů nebo z důvodu žádosti o léky užívané chronicky nemocnými. Přibližně dvě třetiny hovorů je schopna vyřídit sestra sama, v ostatních případech je telefonát obvykle rušícím elementem v právě probíhající konzultaci. Zhruba 20% telefonátů má profesní nebo soukromou náplň. Praktický lékař v Dánsku má např. vyhrazenou hodinu na začátku ordinace na telefonické konzultace, přičemž v průběhu ordinační doby pak již není ničím vyrušován. Lékař si pak i konzultaci vedenou po telefonu může účtovat jako výkon.¹⁵

3.2 Dovednosti PL

Dovednosti praktického lékaře by měly zasahovat do různých oborů. Mnoho kvalitních praktických lékařů vzešlo z interny, neboť to je obor s nejfrekventovanějším výskytem onemocnění. Ideální praktický lékař musí mít teoretické vědomosti, klinické znalosti, dovednosti a zkušenosti, musí mít schopnost správně a včas se rozhodnout, musí brát v úvahu a umět identifikovat pacientův žebříček hodnot. Musí umět spolupracovat s ostatními klinickými odborníky.

Dobrý praktický lékař dokáže systematicky analyzovat, vyhodnocovat a neustále zdokonalovat svou práci, včas se poučit a vystříhat se chyb. Vedle teoretických vědomostí a praktických znalostí musí lékař zkušeně řešit různé klinické stavy a kromě lékařských pravomocí musí mít manažerské kompetence a v neposlední řadě také sociální a potřebné osobnostní kvality. Velké množství těchto vlastností nabývá v průběhu mnohaleté praxe. Lékař by měl být také dobrým psychologem. Měl by být schopen správně komunikovat s pacientem a vytvořit si s ním úzký vztah. Musí být způsobilý přijímat stále nové odborné informace i v cizích jazycích.

Spektrum dovedností každého praktického lékaře zahrnuje znalosti všech základních lékařských oborů. Již specializační příprava oboru praktického lékařství se v tomto duchu soustředí na výchovu a široce zaměřené vzdělávací cíle. Minimální (povinný) soubor výkonů je nedílnou součástí smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Mezi základní úkony, z nichž některé bývají delegovány na sestru, patří např.: vyšetření zrakové ostrosti pomocí Snellenových optotypů, vyšetření moče semikvantitativním proužkem nebo měření tlaku krve tonometrem¹⁶. Mezi nejčastější instrumentální výkony v ordinaci patří parenterální aplikace léků, resp. odběry krve.

¹⁵ Veškeré konkrétní číselné údaje byly zjištěny na základě sdělení PL v regionu České Budějovice

¹⁶ Tonometr - přístroj používaný k nepřímému měření tlaku krve

3.3 Provozování nestátního zdravotnického zařízení

Praktický lékař pro dospělé patří mezi lékaře primární péče. Dalšími lékaři primární péče jsou: praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog. Lidé se registrují u jimi zvoleného lékaře primární péče. Většina těchto lékařů vykonává soukromou praxi.

Provozovatelem tohoto zařízení může být fyzická nebo právnická osoba. Obchodní zákoník¹⁷ definuje pojem podnikatel. Jsou jím osoby, které podnikají na základě jiného než živnostenského oprávnění – podle zvláštního předpisu. Pro praktické lékaře je tímto zmiňovaným předpisem zákon o zdravotní péči v nestátním zdravotnickém zařízení¹⁸.

Podnikání praktického lékaře je specifickou formou podnikání. Důvodem je fakt, že hlavním cílem lékaře by měla být co nejvyšší kvalita jím poskytované péče, nikoli dosažení maximálního zisku, jako je tomu v případě ostatních podnikatelů.

Praktický lékař (fyzická osoba) má většinou alespoň jednoho zaměstnance – zdravotní sestru. Všichni zdravotničtí pracovníci musí být způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.¹⁹

Podle zákona o zdravotní péči v NSZZ lze ve zdravotních zařízeních poskytovat zdravotní péči poradenskou, ošetřovatelskou, diagnostickou, preventivní, rehabilitační, lázeňskou, léčebnou a lékárenskou. Nestátní zařízení musí být pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče personálně, věcně a technicky vybaveno a musí splňovat požadavky kladené na jeho provoz.

3.3.1 Vybavení ordinace

Ordinace každého praktického lékaře musí splňovat určité minimální podmínky vybavení ať už věcného nebo personálního. Tyto základní požadavky jsou vyspecifikovány ve Vyhlášce č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, resp. její následné novely. Tato vyhláška je složena ze dvou částí.

¹⁷ § 2, odst. 2, písmeno c) zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník ve znění pozdějších předpisů

¹⁸ Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

¹⁹ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

První část obsahuje společná ustanovení pro všechna zdravotnický zařízení a část druhá pojednává o požadavcích na minimální vybavení ordinací dle jednotlivých odborností.

Pro ordinaci praktického lékaře platí následující: minimální plocha ordinace musí být větší než 15m², musí být vybavena stolem pro lékaře se dvěma místy, stolem pro administrativní práci sestry, dále vyšetřovacím lehátkem s minimální výškou 60cm a osvětlením, optotypy, musí tam být k dispozici váha s výškoměrem, dřezové umývadlo s tekoucí vodou atd.

Mimo tohoto základního vybavení může lékař ordinaci vybavit technickými přístroji splňujícími příslušné normy.²⁰ Nejběžnějšími přístroji v ordinacích bývají např.: EKG, glukometr (přístroj na měření glykémie - hladiny cukru v krvi), přístroj pro stanovení CRP – akutního proteinu, screeningový spirometr (přístroj pro měření kapacity plic) nebo „peak flow metr“ (přístroj na vyšetření funkce plic) atd.

Dnes je již neodmyslitelnou součástí standardního vybavení každé ordinace i PC. Jeho využití je mnohostranné – od vedení dokumentace pacientů, přes sledování periodických prohlídek a očkování, vykazování dávek účtů pro pojišťovny a různých statistických výstupů až po tisk žádanek a receptů. Pomocí různých software vybavení je možné také sledovat náklady na léčbu. Velmi důležitá je taktéž informační funkce – lékař může mít prostřednictvím internetu přístup k nejnovějším informacím o lécích, o nových léčebných postupech, může navázat kontakt s kolegy z jiných oborů apod.

Konkrétní výši nákladů na zařízení ordinace s podrobným rozpisem dokládá tabulka s náklady na zařízení lékařské praxe (viz. příloha č. 6).

3.3.2 Finance ordinace

Stejně jako finance jakéhokoli komerčního subjektu, mají i finance ordinace praktického lékaře příjmovou a výdajovou stránku. Hlavním zdrojem příjmů většiny zdravotnických zařízení v ČR jsou platby od zdravotních pojišťoven. Tyto platby jsou tvořeny:

- 1) Kapitální platby (viz. tabulka č.8): paušální platba nebo také platba za hlavu, tedy platba za každého zaregistrovaného pacienta. Pojišťovna platí lékaři určitý paušál a to bez ohledu, zda pacient v období lékaře navštívil či nikoli.

²⁰ Základní přístrojové vybavení ordinace žádná vyhláška neupravuje.

- 2) Výkonové platby (viz. tabulka č.9): platby za jednotlivý výkon. Jedná se o různé druhy vyšetření, EKG, injekce, odběr krve apod. Každý konkrétní výkon je ohodnocen určeným počtem bodů, délkou trvání a indexem přesně dle platných vyhlášek²¹, a na základě těchto stanovených dat lékař vypočítává výši výkonových plateb (pravidla pro vykazování a seznam zdravotních výkonů - viz. příloha č. 1 a 2).
- 3) Ostatní platby na dopravu nebo zdravotní materiál (viz. tabulka č. 10). U materiálů jde vlastně o pouhou přefakturaci. Materiál lékař zakoupí v příslušné lékárně a pojišťovně jej pak přeúčtuje tzv. po ampulích.

Tyto částky lékař měsíčně fakturuje příslušné zdravotní pojišťovně. Na konci měsíce (resp. jiného účetního období) vystaví lékař pojišťovně fakturu s průvodním listem a přílohou, která obsahuje podrobný výčet jednotlivých položek výkonů, výčet pro kapitální platby, vyúčtování ostatního zdravotnického materiálu a cestovného.

Jinou výnosovou složkou jsou platby od zaměstnavatelů za výkony závodní preventivní péče (vstupní a výstupní prohlídky, periodické prohlídky, posudky, poradenství, apod.).

Dalšími příjmy jsou platby od státní správy (státní sektor, pracovní úřady a Policie ČR) za prohlídky, resp. vyplňování formulářů, zejména pro okresní, místní úřady a správu sociálního zabezpečení. Přes administrativní a časovou náročnost těchto úkonů, nehrají příjmy nich významnější roli v celkové struktuře příjmů ordinace.

Poslední složkou příjmové stránky jsou přímé platby, tedy platby přímo od občanů. Jsou to platby za vyšetření nesouvisející se zdravotní péčí nebo jsou provedena ve výlučném zájmu klienta – prohlídky pro řidičské a zbrojní průkazy, cestovní očkování apod. Existují doporučené ceny, ale částky za výkon jsou vytvářeny s ohledem na náklady pracoviště a s kalkulací přiměřeného zisku.

²¹ Vyhláška 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007 a Vyhláška 620/2006 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Tab.č. 8: Měsíční vyúčtování kapitačních plateb

Věková kategorie	Počet pac.	Cena	Cena/1 pacient
0 - 4	0	- Kč	- Kč
5 - 9	0	- Kč	- Kč
10 - 14	0	- Kč	- Kč
15 - 19	12	432,00 Kč	36,00 Kč
20 - 24	152	4 924,80 Kč	32,40 Kč
25 - 29	166	5 677,20 Kč	34,20 Kč
30 - 34	232	8 352,00 Kč	36,00 Kč
35 - 39	171	6 463,80 Kč	37,80 Kč
40 - 44	180	6 804,00 Kč	37,80 Kč
45 - 49	162	6 415,20 Kč	39,60 Kč
50 - 54	178	8 650,80 Kč	48,60 Kč
55 - 59	172	8 978,40 Kč	52,20 Kč
60 - 64	145	7 830,00 Kč	54,00 Kč
65 - 69	93	5 691,60 Kč	61,20 Kč
70 - 74	93	6 696,00 Kč	72,00 Kč
75 - 79	63	5 443,20 Kč	86,40 Kč
80 - 84	59	6 159,60 Kč	104,40 Kč
85 - 89	20	2 448,00 Kč	122,40 Kč
90 - 94	1	122,40 Kč	122,40 Kč
95 a víc	1	122,40 Kč	122,40 Kč
Celkem	1900	91 211,40 Kč	prům. 54,99 Kč

Zdroj: Interní dokumenty praktického lékaře v regionu České Budějovice

Tab.č.9: Měsíční vyúčtování výkonových plateb

Výkony (kód)	Počet	Body	Cena - Poj.	Čas
01021	10	6220	5 846,80 Kč	10:00
01022	70	29190	27 438,60 Kč	46:40
01023	6	972	913,68 Kč	1:30
01024	7	756	710,64 Kč	1:10
01040	2	388	364,72 Kč	1:00
01150	41	2460	2 312,40 Kč	0:00
01160	1	100	94,00 Kč	0:00
01180	5	1000	940,00 Kč	0:00
01193	1	162	152,28 Kč	0:15
01441	34	952	894,88 Kč	10:08
02110	12	1068	1 003,92 Kč	1:24
06113	2	226	212,44 Kč	1:00
06119	1	62	58,28 Kč	0:15
06121	12	1368	1 285,92 Kč	6:00

06123	23	2484	2 334,96 Kč	13:25
06127	22	1144	1 075,36 Kč	5:30
06137	1	100	94,00 Kč	0:00
09127	42	2478	2 329,32 Kč	3:30
09137	2	416	391,04 Kč	0:40
09139	14	4214	3 961,16 Kč	7:00
09215	1	17	15,98 Kč	0:05
09223	74	9620	9 044,10 Kč	12:20
09239	1	198	186,12 Kč	0:15
09509	5	500	470,00 Kč	2:05
15120	19	3401	3 196,94 Kč	3:10
21113	102	5202	4 905,18 Kč	11:54
25213	15	2370	2 227,80 Kč	2:30
51811	2	310	291,40 Kč	0:20
66811	8	608	571,52 Kč	1:20
71565	1	26	24,44 Kč	0:05
76213	2	634	595,96 Kč	0:30
99999	14	0	- Kč	0:00
Celkem	552	78646	73943,84	135:01

Zdroj: Interní dokumenty praktického lékaře v regionu České Budějovice

Tab.č.10: Měsíční vyúčtování zvlášť účtovaného materiálu

Kód	Název	počet	Cena - Poj.	Cena - Pac.
0000484	HYDROCORTISON SOL. VUAB	4,00	145,88 Kč	41,44 Kč
0000502	MESOCAIN	3,80	532,00 Kč	31,92 Kč
000560	PLEGOMAZIN	0,10	6,20 Kč	1,00 Kč
0000610	SYNTOPHYLLIN	2,40	114,60 Kč	30,84 Kč
0001102	PROKAIN PENICILIN G BIOTIKA	0,60	173,99 Kč	- Kč
0002684	MESOCAIN	1,00	23,00 Kč	0,14 Kč
0009709	SOLU-MEDROL	6,00	259,20 Kč	85,62 Kč
0045228	INFUSIO NATRII CHL.ISOT.INFU.	2,00	32,50 Kč	29,22 Kč
0047628	TIAPRIDAL	0,32	39,28 Kč	- Kč
0055824	NOVALGIN	3,20	240,80 Kč	0,32 Kč
0069749	ARDEAENUTRISOL G 10	9,00	187,20 Kč	205,74 Kč
0084090	EXAMED	1,40	113,05 Kč	- Kč
0084379	THIOGAMMA 600 INJECT	1,70	3 662,31 Kč	99,96 Kč
0087742	ARDEAELYTOSOL F 1/1	65,00	1 056,25 Kč	1 273,35 Kč
0090044	DEPO-MEDROL 40MG/ML	8,00	345,60 Kč	216,64 Kč
0090719	TRAMAL 100	3,60	249,48 Kč	73,08 Kč
0091836	TORECAN	0,60	33,34 Kč	- Kč
Celkem		112,72	7 214,68 Kč	2 089,27 Kč

Zdroj: Interní dokumenty praktického lékaře v regionu České Budějovice

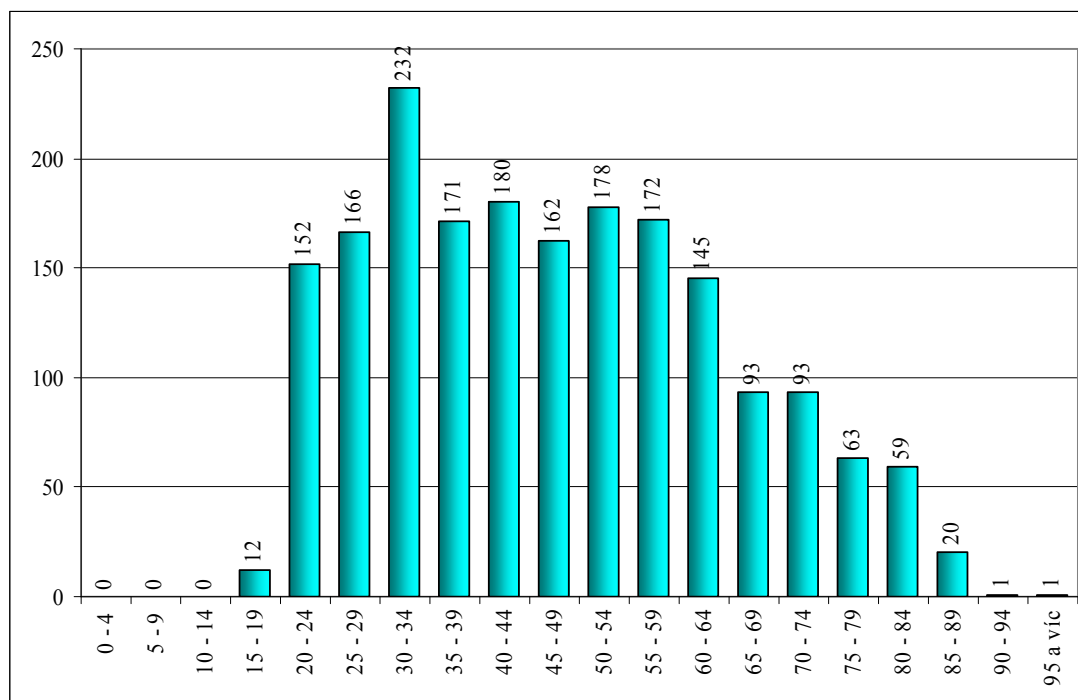
Výdajovou stránku financí ordinace praktického lékaře tvoří výdaje na mzdy a odvody za lékaře i sestru, což tvoří přibližně jednu třetinu z celkového objemu výdajů. Dále jsou to výlohy na nájem, resp. odpisy za prostory, kde je ordinace provozována. Další finanční prostředky jsou vynakládány na leasing různých zdravotnických a diagnostických přístrojů, na zdravotnický materiál, léky, internet, na nákup hardware, na nákup a údržbu software, na údržbu ordinace. Nezanedbatelnou výdajovou položkou jsou finance určené na provoz automobilu, pohonné hmoty a cestovné. V neposlední řadě lékař investuje do vzdělávání – patří sem nákup odborných publikací a časopisů, členské poplatky v odborných a stavovských společnostech, účast na seminářích a kongresech apod.

3.4 Skladba pacientů

Statistické údaje uvádějí, že v České republice připadá na každou ordinaci praktického lékaře v průměru 1500 - 1700 registrovaných pacientů. Statistiky dále hovoří o tom, že nejhustší síť ordinací všeobecných praxí (tj. nejnižší počet registrovaných pacientů na jednoho lékaře) je v Praze, kde je i nejnižší počet ošetření na jednoho lékaře denně. Jednou z možných příčin je snadná dostupnost specializované ambulantní péče i fakt, že se v Praze nachází 5 fakultních nemocnic. Naopak nejvíce registrovaných pacientů bylo zaznamenáno v karlovarském kraji. Návštěvnost praktických lékařů se pohybuje okolo 5 až 6 návštěv za rok a průměrný počet ošetřených pacientů denně je 40 až 44 osob.

Skladba i množství pacientů je závislá na mnoha faktorech jako je např. region, ve kterém se ordinace nachází, na umístění ordinace i na pověsti lékaře. Níže uvádím věkové rozložení pacientů ordinace vybraného praktického lékaře v Českých Budějovicích, který k dnešním dni eviduje 1900 zaregistrovaných pacientů, což je celorepublikově vysoce nadprůměrné. Z grafu je zřejmé, že největší zastoupení má věková kategorie 30-34 let. Pokud bychom se na strukturu pacientů dívali z hlediska kapitačních nákladů, pak nejméně nákladná je věková kategorie 20-24 let. Čím vyšší je věk registrované osoby, tím jsou pak účtovány vyšší kapitační platby (viz tabulka č.8).

Graf č. 4: Věkové rozložení pacientů



Zdroj: Interní dokumenty praktického lékaře v regionu České Budějovice

Zmíněný lékař má ve svém registru přibližně 700 medicínsky komplikovaných pacientů se závažnějšími klinickými diagnózami, jejichž péče je několikanásobně nákladnější v porovnání s ostatními registrovanými osobami. Jedná se o pacienty zrakově a sluchově postižené, duševně nemocné, pacienty s diabetem, epileptické pacienty atd. Lékař dále eviduje 186 seniorů nad 65 let s chronickými problémy, kteří často trpí polymorbiditou²². Jsou to zejména pacienti s degenerativním onemocněním pohybového aparátu, pacienti s postižením chůze, diabetici, inkontinentní²³ pacienti (převážně ženy), dále dementní a depresivní pacienti.

3.5 Komunikace s pacienty

Významnou součástí práce praktického lékaře je správná komunikace s pacienty. Základní jednotkou praxe je konzultace, tedy kontakt lékaře s pacientem. Jedná se o jednu epizodu péče, v rámci které jsou vyšetřovány a řešeny pacientovy obtíže a problémy.

²² Polymorbidita- zvýšená nemocnost, postižení více nemocemi zároveň

²³ Inkontinence- neschopnost zadržení moči v měchýři

Praktický lékař zná kromě zdravotního stavu svého pacienta jeho rodinné zázemí, pracovní problematiku a další sociální vztahy. Vztah PL a pacienta je založen na vzájemné důvěře a spolupráci.

Konzultaci předchází pacientovo rozhodnutí o návštěvě lékaře, což je důležitý rozdíl oproti konzultaci na nemocničním lůžku nebo se specialistou, ke kterému je pacient zpravidla doporučen. Je evidentní, že pacient nepřichází k lékaři s diagnózou, ale proto, že došlo ke změně jeho zdravotního stavu. Základem efektivní komunikace PL je identifikace klíčového problému, kvůli kterému se pacient rozhodl přijít.

Konzultace se musí zaměřit na pacienta a jeho osobnost se stejnou intenzitou jako na nemoc nebo prezentované obtíže, neboť správnou diagnózu mohou mnohdy znesnadňovat možné komplikace jako např. psycho-sociální problémy apod.

Právě dobře známé prostředí ordinace praktického lékaře, který zná dobře pacientovo rodinné zázemí i pracovní podmínky, je ideálním místem pro pacienta pro uskutečnění otevřené a přínosné konzultace. Vzhledem k tomu, že pacient i jeho praktický lékař jsou v úzkém kontaktu v dlouhém časovém horizontu, je možné rozvíjet jedinečnou, dlouhodobou a účinnou lékařskou i preventivní péči, která probíhá v čase a čerpá z velkého množství získaných informací z různých oborů.

V rámci konzultací by se měl každý lékař zaměřit na prevenci a upozornit pacienta na důležitost ochrany a podpory svého zdraví. Právě konzultace u praktického lékaře má zásadní význam pro celý zdravotní systém. Pacientovi otevírá přístup k dalším odborníkům a k další specializované péči.

Pokud vynásobíme počet praktických lékařů průměrným počtem konzultací na jednoho lékaře denně, pak dojdeme k závěru, že v ČR je za jeden den uskutečněno více než čtvrt miliónu konzultací. Právě výsledek a úspěch těchto konzultací podstatně ovlivňuje množství finančních prostředků, které jsou čerpány ze zdravotního pojištění.

3.6 Seběpěče a prevence

Pojem **seběpěče** pochází z anglického slova selfcare a je definován jako pozitivní odpovědný postoj k vlastní osobě, v oblasti somatické i psychické (těla i duše), zahrnující ochranu a podporu zdraví, cílenou prevenci a obezřetnost k varovným známkám nemoci. Aktivně se podílí na včasné diagnostice, léčbě a rehabilitaci, je racionální, vychází z aktuálních poznatků lékařské vědy a je kompatibilní s jejími doporučenými postupy.

Sebepéčí rozumíme vlastní péči o zdraví a nemoc, kterou provádíme sami na sobě bez žádného přímého zásahu zdravotníka. Zdravotní systém by měl usilovat o maximální probuzení zájmu celé populace o prevenci a ochranu svého zdraví a v případě výskytu onemocnění aktivně a odpovědně zapojit pacienta do léčebné procedury. K zabezpečení této intervence je zapotřebí kontinuální a odborně garantovaná zdravotní výchova obyvatelstva. Mimo zajištění dostupnosti relevantních informací je nezbytné populaci motivovat ke zlepšení sebepéče také dalšími metodami jako je např. ekonomická motivace. Podstatnou roli v systému zdravotní výchovy pacienta má nepochybně praktický lékař. Jako velmi efektivní edukační forma se ukázaly být krátké intervence a různá doporučení, které pacientovi při příležitostné návštěvě v ordinaci poskytne jeho praktický lékař.

Podpora a ochrana zdraví i prevence úrazů a nemocí spadá do oblasti sebepéče ve zdraví. Konkrétně se jedná např. o zdravý životní styl, nekuřáctví, vhodné stravování, pravidelnou fyzickou aktivitu, udržování optimální hmotnosti, zdravý sexuální život, prevenci infekčních nemocí a podstoupení preventivního očkování, prevenci úrazů, účast na doporučených preventivních prohlídkách apod. Tyto zásady zdravého životního stylu zastupují významnou část primární i sekundární prevence vzniku nádorových onemocnění a kardiovaskulárních chorob a výrazně snižují riziko jejich výskytu, popř. riziko jejich komplikací.

Nejnovější vědecké poznatky a výzkumy jsou součástí profesionální edukace vedoucí k provádění účinné sebepéče, která zastupuje významnou část celkové zdravotní péče populaci. Sebepéče je také zásadním předpokladem dobré úrovně zdravotního stavu obyvatelstva a je i jednou z podmínek ekonomicky dobře fungujícího zdravotního systému.

V ideální struktuře zdravotního systému by měla být v největší míře zastoupena právě sebepéče. Promítneme-li rozložení celkové zdravotní péče do pomyslné pyramidy, pak bude sebepéče tvořit její podstavec. V menší míře by měla být v systému zastoupena péče primární a představovala by tak jakýsi střed imaginární pyramidy. Vrchol a tedy nejmenší část zdravotní péče by měla představovat odborná péče ve specializovaných ambulancích a v nemocnicích. Skutečnost je však odlišná. Ačkoli v České republice v posledních letech významně vzrostl podíl volně prodejných léků, je evidentní, že sebepéče má stále obrovské rezervy. Řada pacientů u nás je zvyklá nejdříve se radit s lékařem to i v případech, kdy jejich zdravotní stav nevyžaduje lékařskou konzultaci. Tento fakt je způsoben bezplatností zdravotní péče, která je poměrně lehce dostupná.

Mnoho pacientů navštíví ordinaci praktika pouze z důvodu vystavení různých potvrzení nebo potvrzení pracovní neschopnosti.

Návštěvnost praktických lékařů v České republice (6,4 návštěv jednoho registrovaného pacienta ročně) je vyšší než např. ve Velké Británii (2,9 návštěv). V rámci této vysoké návštěvnosti musíme ještě uvážit množství vyšetření ve specializovaných ordinacích, které je často duplicitní k vyšetřením prováděným praktickými lékaři. Statistické údaje uvádějí, že lékaři primární péče se podílejí na celkovém počtu ambulantních lékařů zhruba 49-51%. Přitom srovnatelné vyšetření v ordinaci praktika je i několikrát levnější než u specialisty. Trend obecně vysoké návštěvnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních a u ambulantních specialistů neúměrně zvyšuje celkově vynaložené náklady ve zdravotním systému.

Prevence hraje významnou roli ve sféře problematiky nemocnosti a úmrtnosti v populaci. V současné době je považována za jeden z principů moderní medicíny. Prevence není zvláštním oborem medicíny, ale je integrovanou součástí poskytování medicínské péče. Úspěšnost prevence roste v závislosti na znalosti prevalence rizika nemoci.

Praktický lékař má ty nejlepší předpoklady a příležitost být klíčovým zprostředkovatelem masově individualizované prevence a podpory zdraví. V této sféře má jistě zásadní a nezadatelný význam, neboť může, díky znalosti familiární predispozice, u každého pacienta určit pravděpodobnou výši rizika vzniku onemocnění (jako je např. hypertenze, hypercholesterolemie, nadváha, stres, diabetes, různá nádorová onemocnění apod.). V praxi to znamená, že každá konzultace může být příležitostí k intervenci ve smyslu primární nebo sekundární prevence, a při každé konzultaci hodnotí praktický lékař individuální riziko závažného onemocnění pacienta, vztažené k problému, který prezentuje. Hodnotí tedy celkový rizikový profil pacienta. Podmínkou úspěšné prevence je vždy spolupráce pacienta a jeho rodiny.

3.6.1 Primární prevence

Primární prevence si klade za cíl odstranění rizikových faktorů vzniku onemocnění. Z historie známe řadu preventivních opatření, která byla prováděna dávno před vznikem pojmu prevence. Tato opatření byla často zakotvena v náboženstvích a nebo byla předmětem nejrůznějších tabu kmenových společenství. Územní nařízení měla často pouze

teritoriální význam v závislosti na místním výskytu chorob a na získaných poznatcích o nich, ale jejich porušení mohla vést k rozsáhlým epidemiím.

Za rizikové faktory jsou považovány vlivy vnitřního nebo vnějšího prostředí, eventuálně kombinace obou zmíněných, které mohou působit nebo se částečně podílet na vzniku určitých chorob. Pro zjištění příčinného vztahu mezi projevem některých onemocnění a rizikem jejich vzniku jsou prováděny dva druhy studií:

- studie případ/kontrola : expozice k určitému rizikovému faktoru dána do vztahu ke vzniku onemocnění
- studie skupinové (kohortní²⁴): dvě skupiny jsou definovány odlišností podmínek nebo expozici noxe a je srovnáván následný vznik onemocnění

V praktickém životě existují rizikové faktory, které nemůžeme ovlivnit (např. věk, pohlaví, rodinná anamnéza, apod.), ale i faktory ovlivnitelné (např. kuřáctví, výška krevního tlaku, výška hladiny cholesterolu, atd.) Jsou zde však také faktory, ovlivňující vznik, průběh nebo závažnost sledovaného onemocnění (např. DM, obezita, homocysteinémie, společenské postavení, psychosociální faktory, typ osobnosti, konzumace alkoholu, další užívané léky, infekce apod.).

Úkol primární prevence, tedy předcházení vzniku nemocí je v plném rozsahu nad rámec možností praktického lékaře, který se zde podílí edukací pacienta i jeho rodiny, dále pak profilaxí určitých chorob imunizací a vakcinací.

Praktický lékař by měl pacientům poskytovat informace nezbytné pro pochopení významu primární prevence, motivovat je ke zdravému způsobu života, pomáhat jim překonávat překážky, související se změnou životního stylu a podporovat vytváření plánů na zavedení změn. V neposlední řadě by měl identifikovat a ovlivňovat zjištěné rizikové faktory určitých chorob.

3.6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence zahrnuje včasnou detekci a ovlivňování již vzniklého onemocnění. Zachycení ranných stadií např. nádorů výrazně ovlivňuje perspektivu pacientů, jak z hlediska 5letého přežití, z hlediska kvality života, tak z hlediska pozdějších

²⁴ Kohorta - skupina osob majících něco společného

nákladů. Úspěšná sekundární prevence je podmíněna dobrou spoluprací lékaře a jeho pacienta. K tomu, aby byla laiky pochopena a přijata, potřebuje otevřenou osvětu a intenzivní mediální podporu. Aby byla akceptována také lékaři, musí existovat nejen motivace odborná, ale i profesionální a ekonomická. Praktický lékař by měl působit na pacienty, tak aby věnovali pozornost varovným známkám jistých onemocnění. Dále by měl být schopen pacientům vysvětlit význam cílených preventivních činností, jako jsou různé druhy vyšetření (např. vyšetření kůže, vyšetření prsů, apod.) a současně je upozornit na důležitost včasného zachycení nemoci.

3.6.3 Terciární prevence

Terciární prevence obsahuje opatření vedoucí k redukci komplikací již proběhlé choroby (infarkt, cévní mozková příhoda, komplikace diabetu). V rámci terciární prevence také hovoříme o různých druzích rehabilitací a dále o paliativní péči zlepšující stav nemocného v průběhu nevléčitelného onemocnění. Do jisté míry se kryje se zásadami uvedenými u sekundární prevence. Jako příklad může sloužit rehabilitační režim k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě. Terciární prevence praktického lékaře je prováděna u pacientů, pro které existuje jen velmi omezená nabídka moderní medicíny, kteří nejsou pro zaměřenou specializovanou péči atraktivní a kterým péče praktického lékaře a jeho spolupracovníků může významným způsobem ovlivnit kvalitu života a existence.

3.7 Odesílání pacientů

Praktický lékař jako první kontakt nemocného se zdravotnictvím, se často setkává s iniciálním stádiem onemocnění, případně s odeznívajícím akutním stavem, váhá-li pacient déle než vyhledá lékaře.

V případech, které vyžadují konzultaci specialisty, popř. nemocniční hospitalizaci, odesílá praktický lékař pacienta formou poukázky k vyšetření ke specialistovi, přičemž pacienta vybaví lékařskou zprávou, ve které uvede všechny relevantní informace o zdravotním stavu pacienta, které do té doby nashromáždil.

Situace v současné době není ideální. Ordinance praktických lékařů vykazují menší rozsah poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonů. Pacienti jsou často odesíláni ke specialistům a do nemocnic a to i v případech, které by pro pacienty měl řešit

jejich praktický lékař. Důvodem je skutečnost, že chybí jakákoli zainteresovanost praktických lékařů na snížení úrovně výdajů. Dalším problémem je nízká přístrojová vybavenost ordinací umožňující výkon specifickým vyšetření. Příčinou je nechuť ostatních odborností tyto výkony sdílet s odborností praktických lékařů a z toho vyplývá i neochota pojišťoven tyto výkony s praktiky nasmlouvat. Dále je faktem, že pacienti často vyhledávají specialisty sami bez jakéhokoli doporučení, což vede k jisté nesystematičnosti, ke vzniku duplicitních vyšetření, k polypragmazonii a samozřejmě i k nárůstu nákladů.

Ideálním a ekonomicky nejvýhodnějším počinem by bylo posílení gate-keeping systému, jako jakéhosi ekonomického stabilizátoru. V tomto systému by byl pacientům, v rámci hrazené péče, umožněn přístup ke specialistům pouze na základě doporučení jejich praktického lékaře. Samozřejmě by byla lidem dána možnost svobodně se rozhodnout a jít rovnou k vybranému specialistovi, ovšem toto vyšetření by nebylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. K zavedení tohoto systému by bylo zapotřebí vytvořit náležité legislativní předpoklady.

Je zřejmé, že je nezbytné ukončit stávající stav, který vede k nadbytečnému nárůstu počtu výkonů, především výkonů duplicitních, nadměrným nákladům i nedostatečné koordinaci zdravotní péče v oblasti péče primární, což ve svém důsledku může vést ke zhoršení zdravotního stavu celé populace.

3.8 Kontinuita péče

Charakteristickým znakem práce každého praktického lékaře je kontinuita péče o pacienta. Ostatní specializované obory nemají podmínky ke kontinuálnímu monitoringu pacienta a zabývají se pouze epizodickými situacemi nemocného.

V ordinaci praktického lékaře dochází k chronologickému a dlouhodobému a nepřetržitému sledování pacienta, o kterém jsou shromažďovány důležité informace v dlouhém časovém horizontu. Tyto informace mohou mít charakter medicínský, ale i socioekonomický a psychosociální. Právě interdisciplinární profil praktického lékařství poskytuje lékařům schopnost rychle si poradit, popř. zcela vyřešit většinu problémů a komplikací. Tento fakt podporuje vznik dlouhodobé kontinuální péče, během které se buduje interpersonální vztah mezi lékařem a pacientem, prohlubuje se vzájemná empatie a

lékařovo zaujetí i postoj pacientovým problémům. Během kontinuálního sledování se také zlepšuje compliance pacienta²⁵ i jeho celková spokojenost s léčebným procesem.

Pokud je léčba prováděna, resp. koordinována stále pouze jedním lékařem, pak tento lékař má možnost vidět i akutní onemocnění v širším záběru a je schopen odvodit tento stav od celkového zdravotního stavu a na tomto podkladě rychle a přiměřeně zareagovat, popř. vyhodnotit hrozící komplikace. Další výhodou kontinuity péče je snižování duplicity vyšetření i polypragmasii ve farmakoterapii. Výrazně se tím snižují ekonomické náklady na léčbu.

Praktický lékař mimo jiné provádí u svých pacientů také následnou péči (follow up). Jedná se o fázi, kdy je pacient po hospitalizaci, resp. po zvládnutí stavu a ambulantním specialistou nebo nemocnicí je předán zpět do péče praktického lékaře. Na praktickém lékaři je pak zvážení všech doporučení z propouštěcí zprávy od doporučených dalších postupů léčby přes navržené frekvence sledování až po úpravu proskripce léků. Posoudí, zda další léčbu povede on sám nebo uzná, že bude lepší participovat na léčbě s ambulantním specialistou či jiným odborníkem.

3.9 Vliv PL na náklady na zdravotní péči

Praktický lékař je hlavním partnerem pacienta, jeho poradcem a průvodcem v systému zdravotní péče a má klíčový význam pro kvalitu a efektivitu celého systému. Jeho posláním je léčebně preventivní péče řešící širokou škálu problémů týkajících se zdraví s důrazem na faktory prostředí, ve kterém pacient žije. Ve své práci uplatňuje základní znalosti z ostatních lékařských oborů, především pak z interny. Na kvalitní práci praktického lékaře závisí úspěšnost léčebného procesu a do jisté míry i výše vynaložených nákladů. Existuje celá řada forem, jak může praktický lékař ovlivnit náklady na léčbu pacienta. Je ovšem účelné upozornit na fakt, že lékaři by měli být motivováni k tomu, aby měli zájem tyto náklady snižovat.

Jedním z klíčových způsobů je motivace lidí k preventivní péči o své zdraví, neboť je známo, že prevence je lepší než léčba. Praktický lékař by měl uvědomit své pacienty o tom, že žádný lék ani lékařský zásah plně nezregeneruje devastovaný organizmus a že každý člověk si sám určuje stav a vývoj svého zdraví, které by mělo být v popředí zájmu. Dle

²⁵ Compliance - ochota pacienta spolupracovat, dodržovat léčbu

platné vyhlášky²⁶ má každý registrovaný pacient jednou za dva roky právo na plně hrazenou preventivní prohlídku u svého praktického lékaře. Ideálně by měl lékař své pacienty na preventivní prohlídky aktivně zvat. Cílem preventivního vyšetření je včasné odhalení onemocnění v jeho počátečním stadiu, neboť léčba včas zachycené nemoci je vždy úspěšnější, kratší a méně nákladná.

Se zajištěním účinné prevence bezpochyby souvisí schopnost včasného rozpoznání choroby. To je podmíněno profesní kvalitou a odbornou erudicí lékaře. Čím vyšší je jeho odbornost a čím větší jsou jeho zkušenosti, tím lépe je schopen odhalit začínající onemocnění. Onemocnění zachycené v ranném stádiu je mnohem lépe léčitelné z mnohem nižší náklady. Proto je důležité neustálé zdokonalování se, stálé doplňování aktuálních informací z moderních výzkumů apod.

Jiným přínosným přístupem je dlouhodobá snaha o odstranění negativního faktoru jakým je duplicita vyšetření a navázání efektivní a úzké spolupráce s ostatními specialisty. Ideální by byla koncentrace všech informací o pacientových vyšetřeních u jeho praktického lékaře za předpokladu důsledného předávání informací dalším participujícím zdravotníkům. Pak by mohla odpadnout zbytečná a duplicitní vyšetření, která neadekvátně zatěžují pacienta a zdražují léčbu.

Dalším přínosem je schopnost lékaře vykonávat řadu vyšetření osobně. Čím více úkonů je praktický lékař schopen sám provést, tím méně je na léčbě pacienta potřebná spoluúčast ostatních lékařů – nemocničních či ambulantních specialistů. Tím odpadají různá vstupní a jiná klinická vyšetření, která jsou účtována každým dalším lékařem při každé další návštěvě. Terapeutický efekt úkonu provedeného praktickým lékařem je stejný nebo přinejmenším srovnatelný s úkonem specialisty, přičemž náklady na výkon specialisty jsou nesporně vyšší. Tento fakt nabývá na významu zejména v případech, kdy je výkon specialisty potřebný pouze okrajově nebo sporně. Schopnost poradit si v těchto případech závisí na erudici praktického lékaře, respektive na tom, kam až si dovolí v diagnostice a terapii zajít. V praxi to znamená, že čím širší spektrum terapeutických a diagnostických výkonů je schopen a oprávněn vykonávat praktický lékař sám osobně, tím více se zvyšuje procento příjmů z výkonových plateb oproti příjmům z kapitálních plateb. Za stejný výsledný efekt zaplatí zdravotní pojišťovna praktickým lékařům méně než by zaplatila ambulantním, popř. nemocničním specialistům.

²⁶ Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek

Problémem, který dosti zatěžuje jak ekonomickou stránku systému, tak i pacienta, je chybná nebo neefektivní farmakoterapie. Příčin může být hned několik. Může to být pacientova non compliance, tedy neochota nebo neschopnost dodržovat lékařem stanovený dávkovací režim. Dalším sporným bodem je nevhodná medikace - buď jako následek chybné proskripce (zde hovoříme o non compliance na straně lékaře) nebo zakoupení nevhodného volně prodejného léčiva. Na lékaři v tomto případě je, aby náležitě poučil pacienta o důležitosti a nezbytnosti dodržování předepsaného dávkování.

V souvislosti s neefektivní nebo chybnou farmakoterapií hovoříme také o problému polypragmatie. Jde o nadměrné užívání více léků současně. U některých pacientů je bohužel nutnost předepsat více léků současně nevyhnutelná. Velmi často lze ale seznam léků výrazně zredukovat. Je chybou, když si někteří pacienti, převážně pak senioři, vynucují další a další léky a odmítají se těch dosavadních vzdát. V našich podmínkách ne zcela vhodným počínáním bývá také pacientovo rozhodnutí navštívit více lékařů, kteří jsou nedostatečně či nesprávně informováni o jeho lékovém režimu, což může vést k opakovanému předepsání téhož léčiva s rozdílným firemním názvem (tzv. duplikace) nebo k předepsání léčiv, která v kombinaci se stávajícími léky, vedou k lékovým interakcím, což může mít nežádoucí účinky se závažnými následky. Hrozí zde i velké nebezpečí toxicity. Je třeba pečlivě rozlišovat, kdy je omezování počtu léků projevem diskriminačního šetření, snižování nákladů (tomu je třeba se důrazně bránit) a kdy jde o žádoucí, rozumné řešení polypragmatie. Zde opět záleží na schopnostech a kvalitách lékaře, který musí respektovat tyto zásady spolu s ohledem na individuální kontraindikace.

Praktický lékař má možnost pozitivně ovlivnit výši nákladů také kvalifikovanou a kvalitní kontinuální péčí. Tím, že je praktický lékař v dlouhodobém kontaktu s pacientem a zná jeho osobní i rodinnou anamnézu, má možnost sledování širšího spektra okolností, které mohou vést k onemocnění nebo kvůli kterým může být dané onemocnění závažnější. Na podkladě těchto hlubších znalostí o pacientovi snáze diagnostikuje a vzhledem k úzkému vztahu s nemocným se mu daří úspěšně léčit.

3.10 Praktické poznatky

Ze získaných údajů a informací vyplynulo několik poznatků, které by mohly vést ke zlepšení systému poskytování primární péče, k vyšší kvalitě poskytované zdravotní péče, ke snížení nákladů na zdravotní péči apod.

3.10.1 Health promotion

Pojem Health promotion bychom mohli přeložit jako „podpora zdraví“ nebo také jako „povznesení zdraví“. Jde v zásadě o souhrn myšlenek, metod a prostředků pro ochranu, podporu a rozvoj zdraví každého občana i společnosti jako celku. Základním smyslem je rozšířit možnosti lidí spolupodílet se na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl. V zájmu Health promotion je respektovat a hlavně podporovat roli občanů jako roli spolutvůrců péče o zdraví. Je žádoucí podpořit aktivity vedoucí ke změně v chápání pojetí zdravotní péče, neboť lidé byli z minulých let zvyklí na paternalistický systém zdravotní péče s čímž souviselo nedocení hodnota zdraví na všech úrovních společenské hierarchie. Cílem osvěty by mělo být dosažení trvalé, kvalifikované, zdůvodněné a srozumitelné informovanosti občanů o možnostech zdravého způsobu života a o vytváření zdravého prostředí formou zprostředkování výměny pozitivních zkušeností v péči o své vlastní zdraví.

3.10.2 Posílení role pacienta

Jedním z velmi diskutovaných témat poslední doby v souvislosti se zlepšením situace ve zdravotnictví je problematika týkající se optimální výše spoluúčasti pacienta na financování zdravotní péče. Česká republika s více než 90ti procenty zdravotní péče hrazené z veřejných zdrojů se dlouhodobě řadí na první místo mezi státy EU. Logickým důsledkem je vedle zjevného nadužívání některých služeb také vyřazení pacienta z role zákazníka poskytovaných služeb a tím také porušení vztahu mezi zdravotnickým zařízením (lékařem) a pacientem jakožto klientem. Negativním důsledkem je nutnost akceptovat u nás velmi rozvinutý a v obrovské míře přetrvávající paternalistický model vztahu lékaře k nemocnému. Ve zdravotnictví jako i v ostatních oblastech platí, že lidé velmi špatně chápou a tudíž nedokážou správně docenit nic, za co nemusí přímo v rámci systému platit.

Dá se předpokládat, že určitá míra spoluúčasti pacienta na poskytované péči povede k posílení jeho zákaznické role. Člověk fyzicky platící za určitou službu je zpravidla přímo zainteresován na tom, aby mu tato byla poskytnuta co možná nejkvalitněji, sám se iniciativně zajímá o různá srovnání kvality a tuto nejvyšší dosažitelnou kvalitu pak také následně intenzivně vyžaduje. Spoluúčast pacientů tak logicky vyvíjí tlak na systematické hodnocení a tím i zvyšování kvality poskytované péče. Role pacienta jako zákazníka na trhu zdravotnických služeb a jeho finanční zainteresovanost současně působí pozitivně na

efektivní alokaci finančních prostředků v této oblasti a na vývoj nákladů na poskytování zdravotní péče.

3.10.3 Rozvoj primární péče a posílení role praktického lékaře

Význam primární péče pro celý systém zdravotnictví je neoddiskutovatelný. Je třeba vytvořit základní podmínky pro poskytovatele primární péče vzhledem k tomu, že jejich posláním v systému by měla být i odpovědnost za medicínské i ekonomické výsledky zdravotní péče.

Hlavním poskytovatelem a současně koordinátorem primární péče je praktický lékař. Posílení jeho postavení a role v systému zdravotní péče je poměrně důležitou záležitostí, neboť kvalifikovaný praktický lékař se stává jakýmsi manažerem zdravotní péče o svého pacienta. Tato role by měla být respektována při všech aktivitách ambulantních i klinických specialistů. Praktický lékař je tak lékařem s komplexním přehledem o zdravotním stavu občana a o veškeré léčebně-preventivní péči, která mu je poskytována i v jiných oborech. Je to tzv. role gate-keepera, která plní funkci strážce systému také z hlediska efektivity poskytované péče. Spolu s rozvojem primární péče a posílením role praktického lékaře by měly být zavedeny podmínky pro regulaci i kontrolu rostoucích nákladů, které jsou nyní způsobeny nadměrným využíváním dražší sekundární péče.

3.10.4 Motivace k sebevzdělávání

Vzdělávání významně ovlivňuje nejen kvalifikaci, chování a postoje pracovníků ve zdravotnictví, ale zejména kvalitu poskytované péče. Je pochopitelné, že v systému, kde je praktickým lékařům a dalším pracovníkům primární péče svěřena obrovská odpovědnost za celkovou úroveň zdravotní péče, je nutné klást velký důraz na zvyšování kvality poskytovaných služeb. Vzdelávání by mělo být trvalé, dostupné, komplexní a kontrolovatelné. V zájmu každého praktického lékaře by měla být snaha pracovat na sobě aby přesněji a lépe diagnostikoval bez potřeby časté potřeby konzultace specialistů. Tím se zvýší kvalita jím poskytovaných služeb i celková úroveň zdravotní péče v očích pacienta. Jeho odborná úroveň by potom měla být náležitě oceněna například v podobě určité bonifikace vzdělávajících se lékařů ze strany zdravotních pojišťoven.

4 Závěr

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala dosti komplexní, politicky velmi citlivé a současně velice zajímavé téma, které se týká problematiky ovlivnění nákladů následné péče praktickými lékaři. Praktický lékař hraje bezpochyby klíčovou roli v efektivně fungujícím zdravotním systému.

Zdravotnictví obecně lze považovat za jednu z nejcitlivějších oblastí, která se bezprostředně dotýká každého z nás. Každý člověk má mimořádný zájem na tom, aby byl v případě potřeby řádně ošetřen a přeje si dostat tu nejlepší péči, kterou současné zdravotnictví nabízí. Finanční zdroje ve zdravotnictví jsou omezené a není tedy reálné poskytnout každému nejvyšší a nejmodernější léčbu. Tato nereálnost je způsobena ekonomickými limity zvyšování kvality. Alokace zdrojů, tedy rozdělení finančních prostředků na zdravotní péči, probíhá náhodně na základě aktuální potřeby. Je nutné nalézt přijatelné optimum, tedy poskytnout každému co možná nejlepší péči v rámci dostupných prostředků. Náklady na poskytování zdravotní péče neustále rostou a do budoucna se budou zvyšovat stále rychleji²⁷. Proto existuje nepochybný zájem na tom tyto náklady kontrolovat a významně je snižovat.

Celá diplomová práce je rozdělena do dvou částí - část teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje vymezení pojmu zdraví, zdravotnictví, lékařství, zdravotní péče, všeobecná praxe, podmínky založení soukromé lékařské praxe v ČR. Zmiňuji se tam mimo jiné o míře využití specializované (následné) péče, o právních aspektech poskytování péče, o mezioborové spolupráci, o nedostacích a možnostech zlepšení.

Část praktická se zabývá profilem práce praktického lékaře, podmínkami založení a provozování lékařské praxe, problematikou financí ordinace, vyúčtováním lékařských výkonů a skladbou pacientů.. Tato praktická část dále pojednává o lékaři, jako významném článku ovlivňujícím náklady následné péče a o dnešních problémech našeho státního zdravotnictví s konkrétními praktickými poznatky.

²⁷ Celosvětově nárůst nákladů na zdravotní péči předbíhá růst HDP cca o 0,6% / rok (zdroj: přednáška „Věk jako podklad k reformě zdravotnictví“, prim. MUDr. R. Střítecký)

Praktický lékař je hlavním partnerem pacienta, je jeho poradcem a průvodcem v systému zdravotní péče. Je schopen významně ovlivnit jak další zdravotní osud nemocného, tak i náklady na jeho další následnou léčbu. Jako takový má zásadní význam pro kvalitu a efektivitu celého systému zdravotnictví. Existuje celá řada forem, jak může praktický lékař ovlivnit výši nákladů na poskytovanou léčbu.

Jedním z klíčových způsobů je motivace lidí k preventivní péči o své zdraví, neboť je notoricky známo, že účinná prevence je lepší než jakákoli léčba. Pacienti by měli být seznámeni s tím, že žádný lék ani lékařský zásah plně nezregeneruje poškozený organismus a že je v jejich vlastním zájmu důsledně pečovat o své zdraví.

Se zajištěním účinné prevence úzce souvisí schopnost včasné detekce choroby. Toto zjevně závisí na odborné erudici a praktických zkušenostech každého lékaře. Onemocnění zachycené v ranném stádiu je mnohem lépe léčitelné s výrazně nižšími náklady.

Jiným přínosným postupem praktických lékařů je dlouhodobá snaha o odstranění negativního faktoru jakým je duplicita vyšetření a navázání efektivní úzké spolupráce s ostatním specialisty. Koncentrace všech informací o pacientových vyšetření, jejich důsledné sledování a předávání dalším participujícím pracovníkům, přispívá ke snižování počtu těchto duplicitních vyšetření a tím ke snižování nákladů.

Dalším přínosem je schopnost lékaře vykonávat řadu vyšetření osobně přímo ve své ordinaci. Čím více úkonů je praktický lékař schopen sám provést, tím méně je na léčbě pacienta potřebná spoluúčast ostatních lékařů – nemocničních či ambulantních specialistů. Tím odpadají různá vstupní a jiná klinická vyšetření, která jsou účtována každým dalším lékařem při každé další návštěvě. Terapeutický efekt úkonu provedeného praktickým lékařem je stejný nebo přinejmenším srovnatelný s úkonem specialisty, přičemž náklady na výkon specialisty jsou nesporně vyšší. Tento fakt nabývá na významu zejména v případech, kdy je výkon specialisty potřebný pouze okrajově nebo sporně.

Praktický lékař má možnost pozitivně ovlivnit výši nákladů také kvalifikovanou a kvalitní kontinuální péčí. Tím, že je praktický lékař v dlouhodobém kontaktu s pacientem a zná jeho osobní i rodinnou anamnézu, má možnost sledování širšího spektra okolností, které mohou vést k onemocnění nebo kvůli kterým může být dané onemocnění závažnější. Na podkladě těchto hlubších znalostí o pacientovi snáze diagnostikuje a vzhledem k úzkému vztahu s nemocným se mu daří úspěšně léčit.

Závěrem lze tedy konstatovat, že posilování významu primární péče jako klíčového článku zdravotnické soustavy a současně zdůraznění role praktického lékaře jako manažera zdravotní péče nevyplývá pouze z ekonomických potřeb, ale především z nutnosti udržování a zvyšování kvality poskytované péče.

Bibliografie

- Drbal, C., Česká zdravotní politika a její východiska, Galén, 2005, ISBN:8072623400, 96 s
- Exner,L., Raiter, T., Stejskalová, D., Strategický marketing zdravotnických zařízení, Professional Publishing, 2005, ISBN:8086419738, 188 s.
- Gladkij, I., kol. , Management ve zdravotnictví, Computer Press, 2003, ISBN:8072269968, 380 s.
- Gladkij, I., Strnad, L., Zdravotní politika - Zdraví – Zdravotnictví, Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, ISBN:8024405008, 111 s.
- Holčík, J., Kaňová, P., Prudil, L., Systém péče o zdraví a zdravotnictví, Východiska, základní pojmy a perspektivy, NCO NZO, 2005, ISBN:8070134178, 189 s.
- Mach, J., a kol., Zdravotnictví a právo - komentované předpisy, LexisNexis CZ (dříve ORAC), 2005, ISBN:8086199932, 455 s.Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P., České zdravotnictví. Vize a skutečnost, Složitá peripetie od plánů k realizaci, U.K. Praha 2005, ISBN:8024609444, 205 s.
- Pešek, J., Pavlíková, J., Naše zdravotnictví a lékárenství v EU, Grada Publishing, 2005, ISBN:802471392- 8
- Seifert, B., Beneš, V., Všeobecné praktické lékařství, Galen 2005, ISBN 80-7262-369-9
- Seifert, B. a kol., Primární péče, praktické lékařství, Karolinum 2004, ISBN 80-246-0883-9
- Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, MZ ČR, SEVT 1992
- Synek M., Vávrová H., Sedláčková H. - Jak psát diplomové a jiné práce, VŠE Praha 2002, (ISBN 80-245-0309-3)
- Válková, L.: Praktické lékařství na 2. lékařské fakultě University Karlovy, 1996
- Wan, T. T. H., Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče, Integrovaný přístup k manažerskému rozhodování, Univerzita Palackého v Olomouci, 1998, 1.vydání, ISBN:8070678348

- Zlámal, J., Bellová, J., Ekonomika zdravotnictví, NCO NZO 2005, ISBN:8070134291, 206 s.
- Zlámal, J., Marketing ve zdravotnictví, NCO NZO, 2006, ISBN:8070134410, 150 s.
- Zlámal, Ulrich, M., Základy ekonomie pro management zdravotnictví, Univerzita Palackého v Olomouci 2003 , ISBN:8024403498,199 s.

Zákony a vyhlášky

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi,
- zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 221/1995 Sb., o znaleckých komisích, ve znění vyhl. č. 105/2002 Sb.,
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek
- zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích

minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon),

- zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)
- zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.
- vyhláška 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007 a Vyhláška 620/2006 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Internet

- www.zdrav.cz/web/zakony.html
- www.mzcr.cz
- <http://business.center.cz/business/pravo>

Rejstříky

Zkratky

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CRP	C reaktivní protein, protein akutní fáze
EKG	elektrokardiogram
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
NIS	nemocniční informační systém
NSZZ	nestátní zdravotnické zařízení
ORL	lékařský obor zabývající se chorobami ušními, nosními a krčními

Seznam tabulek a grafů

- Graf č. 1 – Podíl lékařů primární péče 12
- Graf č. 2 – Počet registrovaných pacientů na 1 PL za rok 2006 18
- Graf č. 3 – Dispenzarizovaní v ČR 19

▪ Graf č. 4 – Věkové rozložení pacientů	50
▪ Tabulka č. 1 – Znalosti kompetence PL	16
▪ Tabulka č. 2 – Odlišnost práce PL a lékaře u lůžka	17
▪ Tabulka č. 3 – Struktura příjmů PL	22
▪ Tabulka č. 4 – Struktura výdajů PL	23
▪ Tabulka č. 5 – Míra urgency odesílání do spec. péče	24
▪ Tabulka č. 6 – Využívání spec. péče	25
▪ Tabulka č. 7 – Cíl odesílání	25
▪ Tabulka č. 8 – Kapitační platby	47
▪ Tabulka č. 9 – Výkonové platby	47
▪ Tabulka č. 10 – Zvlášť účtovaný materiál	48

Seznam příloh

- Příloha č. 1 – Vysvětlení základních pojmů použitých v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- Příloha č. 2 – Obecná pravidla pro vykazování lékařských výkonů
- Příloha č. 3 – Seznam zdravotních výkonů
- Příloha č. 4 - Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2005
- Příloha č. 5 – Dispenzarizovaní pacienti dle krajů
- Příloha č. 6 – Náklady na zařízení lékařské praxe

Vysvětlení základních pojmů použitých v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

- seznam výkonů** seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- zdravotní výkon** základní jednotka seznamu, popisující ucelenou činnost při poskytování zdravotní péče (dále jen výkon)
- kategorie výkonu** kategorie úhrady výkonu - řadí výkon mezi výkony plně hrazené, hrazené za určitých podmínek a nehrazené z veřejného zdravotního pojištění
- autorská odbornost** odbornost, která navrhla a odborně garantuje zdravotní výkon
- číslo výkonu** pětimístné číslo jednoznačně identifikující výkon v rámci seznamu výkonů
- název výkonu** stručný text vystihující jednoznačně podstatu výkonu
- popis výkonu** text, rozvíjející název výkonu, popisující výkon a případně jeho provedení
- OM
omezení místem** omezení pro vykazování výkonu místem jeho provedení
- OF
omezení frekvencí** omezení pro vykazování výkonu frekvencí jeho provedení vztaženou na jednoho pojištěnce a jedno nebo více časových období
- čas výkonu** čas výkonu v minutách. Autorská odbornost výkonu je rozhodující pro přiřazení minutové režijní sazby. Celková hodnota minutové režie výkonu se vypočte jako součin času výkonu a minutové režijní sazby příslušné k výkonům dané autorské odbornosti (viz kapitola 7). Čas výkonu vyjadřuje dobu, po kterou je pracoviště prováděním výkonu plně vytíženo.
- nositel
nositel výkonu** zdravotnický pracovník, který se podílí na provedení výkonu. K výkonu jsou přiřazeny osobní náklady jednoho nositele výkonu, pouze výjimečně více nositelů (operační výkony a podobně). Je-li nositelem výkonu alespoň jeden lékař nebo jiný vysokoškolský pracovník, nejsou zásadně k výkonu přiřazeny osobní náklady středních zdravotnických pracovníků (jsou obsaženy v úhradě nepřímých nákladů - režii).
- čas
čas nositele
výkonu** čas, po který je daný zdravotnický pracovník zaměstnán prováděním právě tohoto jediného výkonu
- INDX
mzdový index
nositele výkonu** index, který charakterizuje kvalifikaci nositele k provedení výkonu a obtížnost provedení výkonu

Obecná pravidla pro vykazování výkonů

1. VYKAZOVÁNÍ VÝKONŮ

1. Jednou provedený výkon hradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce pouze jednomu zdravotnickému zařízení.
2. Pokud není v názvu výkonu, popisu výkonu, v kapitole Další pravidla pro vykazování výkonů či v omezení frekvencí u výkonu uvedeno jinak, hradí zdravotní pojišťovna jednotlivé výkony pro jednoho pojištěnce jednomu zdravotnickému zařízení v jednom dni pouze jedenkrát. Výkony prováděné na párových orgánech uhradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce v jednom dni dvakrát, pokud byly provedeny oboustranně, tedy na pravém i levém orgánu, není-li u výkonu stanoveno jinak. Výkony prováděné na jednotlivých zubech uhradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce v jednom dni jedenkrát na každý zub, na kterém byl výkon proveden.
3. Pouze pokud z důvodu náhlé změny zdravotního stavu pojištěnce dojde k novému ošetření (nová návštěva v ordinaci téhož lékaře nebo návštěva praktického lékaře či LSPP u pojištěnce) je možno při vyúčtování dalšího ošetření použít odpovídajícího výkonu podle skutečně znovu poskytnuté péče.
4. Výkon hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, byl-li naplněn celý obsah výkonu.
5. Veškerá zdravotní péče, která byla vykázána prostřednictvím zdravotních výkonů zdravotní pojišťovně, musí být řádně dokumentována ve zdravotní dokumentaci pojištěnce. Zápis do dokumentace je nedílnou součástí všech zdravotních výkonů.
6. Výkon může být vykázán pouze tehdy, byl-li proveden úplně. Částečně provedený výkon nemůže být zdravotní pojišťovně vykázán.
7. Výkon nemůže být vykázán, pokud je součástí jiného vykazaného výkonu.
8. Při jedné návštěvě lze vykázat na jednoho pojištěnce pouze jeden výkon klinického vyšetření jedné odbornosti.
9. Pokud zdravotnické zařízení vykáže při jedné návštěvě současně dva výkony, které dle seznamu výkonů nemohou být vykazovány společně, je zdravotní pojišťovna oprávněna výkon vykazaný neoprávněně neuhradit.
10. Pokud může být podle seznamu výkonů účtován výkon více než jednou, může být vyúčtován pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn celý čas jeho provedení uvedený v seznamu výkonů. Čas zahájení i čas ukončení těchto výkonů je nezbytnou součástí zdravotní dokumentace pacienta. Pokud nelze čas zahájení a ukončení výkonu z dokumentace jednoznačně určit, uhradí zdravotní pojišťovna výkon v počtu jeden.
11. Při vykazování výkonů souvisejících s transplantací tkání a orgánů dle § 35a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se omezení frekvencí vztahuje na každého dárce.

2. AUTORSKÁ ODBORNOST

1. Autorská odbornost daného zdravotního výkonu vyjadřuje, která odborná společnost navrhla zdravotní výkon a zodpovídá za jeho odborný obsah.
2. V seznamu výkonů uvedené autorské odbornosti nejsou závazné pro smluvní vztah mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

3. KATEGORIE VÝKONŮ

1. Výkon s kategorií P je z veřejného zdravotního pojištění plně hrazen.
2. Výkon s kategorií Q je z veřejného zdravotního pojištění hrazen, pouze pokud není vykázán spolu s výkony komplexní, opakované komplexní, cílené nebo kontrolní vyšetření.
3. Výkon s kategorií W je z veřejného zdravotního pojištění hrazen za určitých podmínek. Pokud není u výkonu uvedeno jinak, je touto podmínkou provedení výkonu ze zdravotní indikace.

4. Výkon s kategorií Z je z veřejného zdravotního pojištění hrazen se souhlasem revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny.

4. OMEZENÍ MÍSTEM

1. Výkon s omezením místem A je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden ambulantně.
2. Výkon s omezením místem H je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden při hospitalizaci.
3. Výkon s omezením místem S je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden na specializovaném pracovišti.
4. Výkon s omezením místem SA je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden ambulantně na specializovaném pracovišti.
5. Výkon s omezením místem SH je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden při hospitalizaci na specializovaném pracovišti.
6. Výkon, u kterého není omezení místem uvedeno, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění bez omezení místem provedení.

5. OMEZENÍ FREKVENCÍ

Omezení frekvencí je vztaženo vždy na jednoho pojištěnce, jedno nebo více časových období a jedno zdravotnické zařízení.

Pokud je výkon vykázán jedním zdravotnickým zařízením na jednoho pojištěnce častěji než je uvedeno v omezení frekvencí, je zdravotní pojišťovna oprávněna výkon uhradit do výše omezení frekvencí, pokud revizní lékař nerozhodne jinak.

6. NOSITELÉ VÝKONŮ

Ve výkonech jsou uvedeny čtyři kategorie nositelů výkonů. Jsou to:

1. lékař, zubní lékař, farmaceut¹
2. klinický psycholog, klinický logoped a vysokoškolsky vzdělaný fyzioterapeut²
3. jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník ve zdravotnictví²
4. střední zdravotnický pracovník²

Ve výkonu jsou dále uvedeny časy jednotlivých nositelů a jejich mzdové indexy.

Mzdové indexy vyjadřují míru kvalifikace daného nositele.

Výkony, jejichž nositelem je jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník ve zdravotnictví může vykazovat také příslušně kvalifikovaný lékař.

Dodržení kvalifikace nositele použité v kalkulaci není nutnou podmínkou úhrady výkonu konkrétnímu zdravotnickému zařízení.

6.1. Indexy lékařů

Pro nositele výkonů - lékaře jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání a s praxí do 24 měsíců - symbol L1, hodnota indexu 1

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 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 a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání a s praxí nad 24 měsíců - symbol L2, hodnota indexu 1,8
3. Index 3 náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 3,5

6.2. Indexy klinických psychologů, klinických logopedů a vysokoškolsky vzdělaných fyzioterapeutů

1. Pro nositele výkonů – klinické psychology, klinické logopedy a vysokoškolsky vzdělané fyzioterapeuty jsou stanoveny čtyři stupně mzdového indexu. Jsou to:
 1. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci klinického psychologa s ukončenou speciální přípravou v klinické psychologii atestací, klinického logopeda s ukončenou speciální přípravou v klinické logopedii atestací nebo zdravotnického pracovníka s jiným vysokoškolským vzděláním v oboru fyzioterapie - symbol J1, hodnota indexu 1
 2. Index 4 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci klinického psychologa s ukončenou speciální přípravou v klinické psychologii atestací nebo klinického logopeda s ukončenou speciální přípravou v klinické logopedii atestací a náročnosti diagnostických a terapeutických postupů - symbol J 1, hodnota indexu 1,3
 3. Index 5 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci klinického psychologa s atestací v klinické psychologii s další kvalifikací nebo stanovenou délkou praxe nebo klinického logopeda s atestací v klinické logopedii s další kvalifikací nebo stanovenou délkou praxe – symbol J1, hodnota indexu 1,8
 4. Index 6 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci klinického psychologa s atestací v klinické psychologii s mimořádnou kvalifikací a stanovenou délkou praxe nebo klinického logopeda s atestací v klinické logopedii s mimořádnou kvalifikací a stanovenou délkou praxe – symbol J1, hodnota indexu 3,0

6.3. Indexy JVŠ

Pro nositele výkonů - jiné vysokoškolsky vzdělané pracovníky ve zdravotnictví (JVŠ) je stanoveno pět stupňů mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JVŠ po promoci - symbol J0, hodnota indexu 0,5
2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JVŠ s praxí 24 měsíců - symbol J0, hodnota indexu 0,8
3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JVŠ s ukončenou speciální přípravou v příslušném úseku činnosti atestací - symbol J1, hodnota indexu 1,0
4. Index 4 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JVŠ s ukončenou speciální přípravou v příslušném úseku činnosti atestací a 5 lety praxe ve zdravotnickém zařízení - symbol J1, hodnota indexu 1,3
5. Index 5 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JVŠ s ukončenou speciální přípravou v příslušném úseku činnosti atestací a 10 lety praxe ve zdravotnickém zařízení - symbol J2, hodnota indexu 1,8

6.4. Indexy SZP

Pro nositele výkonů - střední zdravotnické pracovníky (SZP) byly stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 7 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci SZP do ukončení nástupní praxe - symbol S1, hodnota indexu 0,6
2. Index 8 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci SZP po ukončení nástupní praxe- symbol S2, hodnota indexu 1,0
3. Index 9 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci SZP po ukončení pomaturitního specializačního studia (PSS) - symbol S3, hodnota indexu 1,4

7. ZUM A ZULP

7.1. Vykazování ZUM

1. K výkonu může být vykázán zvlášť účtovaný materiál pouze tehdy, pokud je u výkonu uvedena poznámka „ZUM ano“.
2. Jako zvlášť účtovaný materiál (ZUM) může být k výkonu vykázán pouze materiál při provedení výkonu jednoznačně spotřebovaný.
3. Pokud není materiál spotřebován celý, může být k výkonu vykázána jeho poměrná část.

7.2. Vykazování ZULP

1. K výkonu může být vykázán zvlášť účtovaný léčivý přípravek pouze tehdy, pokud je u výkonu uvedena poznámka „ZULP ano“.
2. Krev a krevní deriváty a radiofarmaka mohou být vykázány jako ZULP bez ohledu na to, zda je u výkonu uvedena poznámka „ZULP ano“.
3. Jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek může být k výkonu vykázán pouze léčivý přípravek při provedení výkonu jednoznačně spotřebovaný.
4. Pokud není léčivý přípravek spotřebován celý, může být k výkonu vykázána jeho poměrná část.

7.3. Jako ZUM či ZULP nelze vykázat:

1. Léčivé přípravky, speciální zdravotnický materiál a prostředky zdravotnické techniky, které lze předepsat na recept nebo poukaz.
2. Léčivé přípravky a speciální zdravotnický materiál zahrnutý přímo v hodnotě výkonu (hodnota PMAT a PLP) nebo agregované do ošetřovacího dne či výkonů klinických vyšetření.
3. Léčivé přípravky hrazené lékovým paušálem.
4. Léčivé přípravky, speciální zdravotnický materiál a prostředky zdravotnické techniky získané jiným způsobem než nákupem (farmakologické studie, firemní, výzkumné granty, sponzorské dary a podobně)

8. ÚSTAVNÍ PÉČE (HOSPITALIZACE)

8.1. Přijetí k hospitalizaci

Při přijetí pojištěnce k hospitalizaci se vykazuje výkon komplexní vyšetření příslušné odbornosti. Pokud byl pojištěnec v tomto zařízení hospitalizován v posledních třech měsících před přijetím a byl mu při přijetí vykázán výkon klinického vyšetření této odbornosti, lze vykázat pouze cílené vyšetření.

8.2. Propuštění z hospitalizace

Při propuštění pojištěnce z hospitalizace se vykazuje výkon cílené vyšetření příslušné odbornosti.

9. NÁVŠTĚVY

Podmínkou vykázání návštěvy je záznam v dokumentaci s uvedením data a času návštěvy.

9.1. Návštěvy praktického lékaře u pacienta

Návštěvy lékaře u pacienta se vykazují zvláštními výkony. Kromě těchto výkonů se vykazují výkony klinických vyšetření a další výkony dle platných pravidel.

Návštěvu praktického lékaře u pacienta lze vykázat následujícími výkony:

1. Návštěva praktického lékaře u pacienta
2. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19 a 22 hodinou
3. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22 a 06 hodinou
4. Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo v den pracovního klidu

Výše uvedené výkony lze, kromě výkonů uvedených v bodě 2 a 3, kombinovat.

9.2. Návštěvy specialistů u pacienta

Návštěvu lékaře u pacienta může kromě praktického lékaře vykázat také jiný ošetřující lékař, ale pouze pokud je návštěva provedena na základě písemné žádosti praktického lékaře registrujícího pacienta. V případě návštěvy v době od 19 do 06 hodin nebo v den pracovního volna a pracovního klidu musí žádost obsahovat datum a čas návštěvy.

Návštěvu lékaře u pacienta lze vykázat následujícími výkony:

1. Návštěva specialisty u pacienta
2. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19 a 22 hodinou
3. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22 a 06 hodinou
4. Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo v den pracovního klidu

Výše uvedené výkony lze, kromě výkonů uvedených v bodě 2 a 3 kombinovat.

Výkon Návštěva specialisty u pacienta hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, pokud je návštěva vyžádána praktickým lékařem. Tento výkon lze vykázat i při návštěvě specialisty v ústavu sociální péče nebo obdobném prostředí, ale pouze na jednoho obyvatele tohoto ústavu za jeden den.

9.3. Návštěva sestry

Návštěva sestry se vyazuje výkony autorské odbornosti 911.

9.4. Výkon sestry v době od 22 do 06 hodin a Výkon sestry v den pracovního volna nebo v den pracovního klidu lze vykázat spolu s provedeným výkonem pouze tehdy, pokud byl proveden na základě písemné indikace praktického lékaře. Tato indikace musí v tomto případě vždy obsahovat datum a čas provedení výkonu. Návštěva pracovníků odborností 902 a 918

Výkony se vykazují na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře a potvrzení registrujícím praktickým lékařem.

9.5. Čas strávený dopravou

Čas lékaře strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy lze vykázat vždy za každých dokončených 10 minut. Na 1 km vzdálenosti lze vykázat nejvíce 2 minuty času.

10. ADMINISTRATIVNÍ VÝKONY

10.1. Výkonem Podrobný výpis z dokumentace se vykazuje:

2. činnost registrujícího lékaře spojená s pořízením výpisu ze zdravotní dokumentace při předávání pacienta do péče jiného registrujícího lékaře.

10.2. Obsahem výkonu Podrobný výpis z dokumentace je především:

1. prostudování zdravotní dokumentace pacienta
2. pořízení kopie dokumentace nebo výpisu z dokumentace v rozsahu potřebném pro zajištění kontinuity léčebně preventivní péče
3. zaslání výpisu nově registrujícímu lékaři

10.3. Výkonem Administrativní úkony praktického lékaře se vykazuje:

3. činnost spojená s preventivní, dispensární, diagnostickou nebo terapeutickou péčí, pokud probíhá bez klinického vyšetření pacienta a pokud se nejedná o konzultaci praktického lékaře rodinnými příslušníky.

Spolu s výkony Podrobný výpis z dokumentace a Administrativní úkony praktického lékaře nesmí být ve stejný den vykázány žádné další výkony klinických vyšetření.

11. MINIMÁLNÍ KONTAKT

11.1. Výkonem minimální kontakt se vykazuje:

4. Kontakt lékaře, klinického psychologa nebo klinického logopeda s pacientem před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem, pokud nebyl naplněn obsah výkonu kontrolního vyšetření.

11.2. Obsahem výkonu minimální kontakt je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k následující diagnostické nebo terapeutické péči
2. zhodnocení subjektivních obtíží ve vztahu k následující diagnostické nebo terapeutické péči
3. rozhodnutí o termínu další kontroly
4. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
5. sepsání lékařské zprávy - nálezů
6. administrativní činnost spojená s výkonem (vystavení legitimace práce neschopného pojištěnce, žádost o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny, průkaz o trvání pracovní neschopnosti, povinná hlášení a podobně)
7. zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace

12. TELEFONICKÉ KONZULTACE

Výkonem Telefonická konzultace lékaře pacientem lze vykázat telefonické kontakty mezi pacientem a lékařem pouze tehdy, pokud bezprostředně souvisí s prevencí, dispenzarizací, diagnostikou nebo terapií.

Tento výkon lze vykázat, pokud pacient aktivně kontaktuje lékaře, i pokud lékař aktivně kontaktuje pacienta, i pokud dojde k telefonickému kontaktu mezi lékařem a rodinnými příslušníky či zákonnými zástupci pacienta nebo jinými osobami pečujícími o pacienta.

Výkon Telefonická konzultace lékaře pacientem může vykázat pouze ošetřující lékař. Pokud ošetřující lékař není registrujícím lékařem, může tento výkon vykázat pouze tehdy, pokud bezprostředně souvisí s problémem, pro který převzal pacienta do péče.

Pro psychiatrické obory je definován odlišný výkon telefonické informace.

13. LSPP

Při lékařské službě první pomoci vykazuje lékař výkony klinických vyšetření odbornosti 001, 002 a 014 vždy v závislosti na věku pacienta. Pokud je pacient mladší 18 let, vykazují se výkony odbornosti 002, v ostatních případech výkony odbornosti 001.

Dále vykazuje všechny skutečně a v celém rozsahu provedené výkony při respektování platných pravidel.

Při lékařské službě první pomoci nelze vykazovat výkony komplexní a opakované komplexní vyšetření.

14. DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Výkony domácí zdravotní péče vykazují zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči.

Výkony domácí zdravotní péče lze vykázat pouze

1. při indikaci registrujícího praktického lékaře nebo registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost
2. při indikaci ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, a to po dobu nezbytně nutnou, nejvýše však 14 dnů po ukončení hospitalizace.

Předpis domácí zdravotní péče registrujícím praktickým lékařem nebo registrujícím praktickým lékařem pro děti a dorost má platnost nejvýše 1 měsíc.

15. VÝKONY STATIM

Pokud lékař indikuje provedení výkonu ihned (statim), je nedílnou součástí této indikace záznam ve zdravotní dokumentaci. Výkon je indikován statim pouze z důvodů zdravotních nikoliv technicko-organizačních.

2. Seznam zdravotních výkonů

Kapitola 001 – praktické lékařství pro dospělé

01021 KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM

Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/1 den
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 60
body: 474

Nositel	INDX	Čas
L3	3	60

ZUM: ne
ZULP: ne

01022 OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM

Preventivní prohlídka.
Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/1 den
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 40
body: 319

Nositel	INDX	Čas
L3	3	40

ZUM: ne
ZULP: ne

01023 CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM

Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/1 den
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 15
body: 125

Nositel	INDX	Čas
L3	3	15

ZUM: ne
ZULP: ne

01024 KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM

Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/1 den
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 10
body: 83

Nositel	INDX	Čas
L3	3	10

ZUM: ne
ZULP: ne

01025 KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA

Nutný zápis o konzultaci ve zdrav. dokumentaci (mimo doprovod pacienta). Nelze kombinovat s klinickým vyšetřením.
Kategorie: Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením
OF: 1/1 den
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 10
body: 40

Nositel	INDX	Čas
L2	2	10

ZUM: ne
ZULP: ne

01030 ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Administrativní úkony nutné k dalšímu diagnostickému či terapeutickému postupu.
Kategorie: Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 10
body: 40

Nositel	INDX	Čas
L2	2	10

ZUM: ne
ZULP: ne

01040 PODROBNÝ VÝPIS Z DOKUMENTACE

Administrativní úkon registrujícího lékaře při předávání pacienta jinému registrujícímu lékaři.
Kategorie: Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 30
body: 120

Nositel	INDX	Čas
L2	2	30

ZUM: ne
ZULP: ne

01150 NÁVSTĚVA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE U PACIENTA

Jde o návštěvu praktického lékaře u pacienta na jeho výzvu nebo u osob, které se nemohou k praktickému lékaři dostavit a jejich zdrav. stav vyžaduje kontrolu lékařem. Jedná se o návštěvu vykonanou v době vyhrazené pro návštěvní službu praktického lékaře.
Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/1 den
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 0
body: 60

ZUM: ne
ZULP: ne

01160 NÁVŠTĚVA LÉKAŘE U PACIENTA V DOBĚ MEZI 19 – 22 HOD.

Návštěva u pacienta v době po ukončení odpoledních ordinčních hodin, tedy již v době odpočinku lékaře. Registrace pacienta u lékaře je podmínkou – neplatí pro LSPP!

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 100

ZUM: ne

ZULP: ne

01170 NÁVŠTĚVA LÉKAŘE U PACIENTA V DOBĚ MEZI 22 – 06 HOD.

Neodkladná návštěva na výzvu pacientem registrovaným u lékaře, který je mimo službu. Registrace pacienta u lékaře je podmínkou – neplatí pro LSPP!

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 200

ZUM: ne

ZULP: ne

01180 NÁVŠTĚVA LÉKAŘE U PACIENTA V DEN PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU

Neodkladná návštěva na výzvu pacientem registrovaným u lékaře, který je mimo službu. Registrace pacienta u lékaře je podmínkou – neplatí pro LSPP!

Kategorie: P – hrazen plně

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 200

ZUM: ne

ZULP: ne

01190 ŠETŘENÍ NA PRACOVIŠTI PROVÁDĚNÉ ZÁVODNÍM LÉKAŘEM

Výkon bude hrazen, pokud je nezbytný ke zjištění epidemiologické situace na pracovišti.

Kategorie: W – hrazen za určitých podmínek

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 30

body: 120

Nositel	INDX	Čas
L2	2	30

ZUM: ne

ZULP: ne

01193 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKA ZÁVODNÍ PREVENTIVNÍ PÉČE, TYP I.

Preventivní periodické prohlídky pro posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu práce dle § 13, 14 směrnice MZ ČSR č. 49/1967 ve znění pozdějších předpisů a mimořádné prohlídky dle § 11, 12, 13 a 14 uvedené směrnice. Poznámka: součástí výkonu není administrativní činnost spojená s organizací prohlídky, zvaní zaměstnanců a opatřování podkladů potřebných pro provedení prohlídky, vypracování a vystavení pracovního posudku ani případná konzultační a poradenská činnost pro zaměstnavatele.

Kategorie: P – hrazen plně

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 15

body: 125

Nositel	INDX	Čas
L3	3	15

ZUM: ne

ZULP: ne

01195 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKA ZÁVODNÍ PREVENTIVNÍ PÉČE, TYP II.

Preventivní periodické a mimořádné prohlídky pro posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu práce dle § 12 směrnice MZ ČSR č. 49/1967 ve znění pozdějších předpisů, které vyžadují další předepsaná vyšetření s frekvencí určenou orgánem hygienické služby a preventivní periodické a mimořádné prohlídky podle § 13, odst. 1 citované směrnice. Poznámka: součástí výkonu není administrativní činnost spojená s organizací prohlídky, zvaní zaměstnanců a opatřování podkladů potřebných pro provedení prohlídky, vypracování a vystavení posudku ani případná konzultační a poradenská činnost pro zaměstnavatele.

Kategorie: P – hrazen plně

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 40

body: 319

Nositel	INDX	Čas
L3	3	40

ZUM: ne

ZULP: ne

01441 STANOVENÍ GLUKÓZY GLUKOMETREM

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 2

body: 23

Nositel	INDX	Čas
L2	2	2

ZUM: ne

ZULP: ne

01443 Kvantitativní stanovení INR z kapilární krve (POCT)

Indikací je sekundární prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie a prevence nitrosrdeční trombózy a jejich embolizačních komplikací ve velkém oběhu, lékař musí být proškolený v trombotickém centru. Není určeno k self-monitoringu pacientů. Výkon nelze vykázat, pokud je současně odebrána venosní krev za účelem i jiného laboratorního vyšetření. Podmínkou je dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích zkoušek) 1 x ročně.

Kategorie: P – hrazen plně
OF: 8/3 měsíce, 32/1 rok
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 5
body: 159

Nositel	INDX	Čas
L2	2	5

ZUM: ne
ZULP: ne

15120 Stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem – Nález negativní

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

Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/2 roky
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 10
body: 154

Nositel	INDX	Čas
L3	3	10

ZUM: ne
ZULP: ne

15121 Stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem – Nález pozitivní

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

Kategorie: P – hrazen plně
OF: 1/2 roky
OM: A – pouze ambulantně
čas výkonu: 10
body: 154

Nositel	INDX	Čas
L3	3	10

ZUM: ne
ZULP: ne

Příloha č. 4 – Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2005

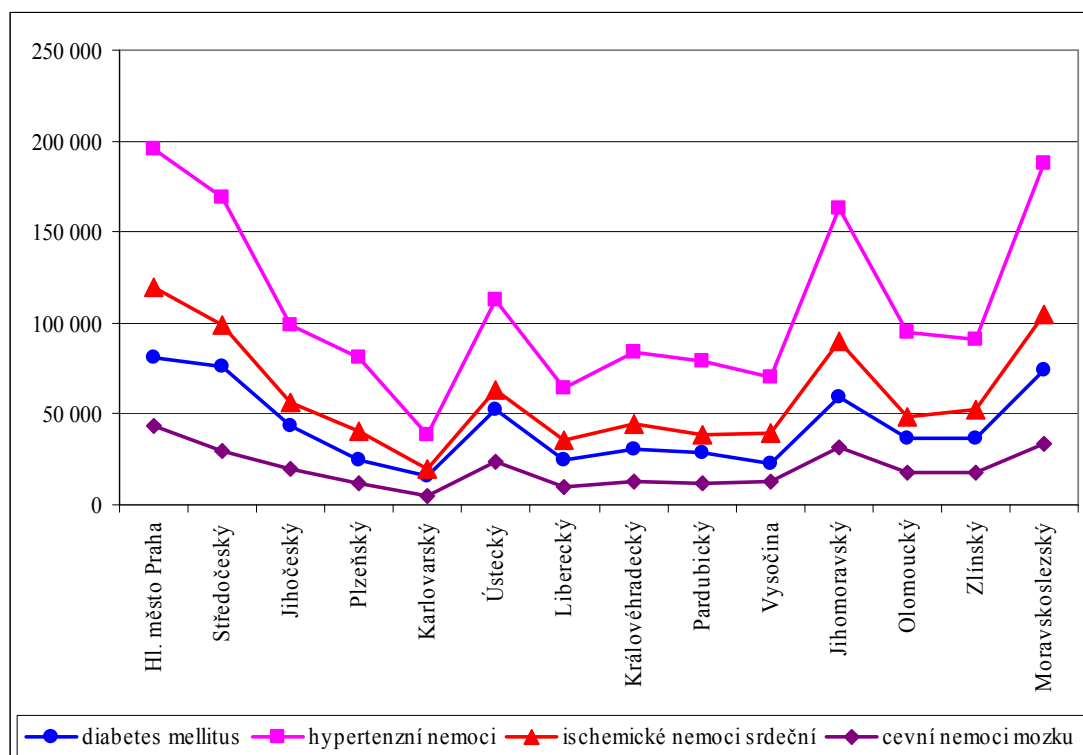
Kraj /okres	Lékaři (přepočtený počet)	Počet ošetření na 1 lékaře a 1 den	Počet ošetření na 1 registr. pacienta	počet registr. pacientů na 1 lékaře	Preventivní prohlídky	
					absolutně	v % z celku
Hl. město Praha	715,95	33,9	5,3	1411	294 973	5,6
Středočeský	534,24	45,3	5,9	1685	251 877	4,8
Jihočeský	325,64	45,5	6,5	1544	134 562	4,1
Plzeňský	294,57	42,8	6,1	1547	114 418	4,2
Karlovarský	132,85	45,2	5,7	1734	53 275	4,1
Ústecký	362,72	48,7	6,2	1735	198 382	5,1
Liberecký	205,01	47,5	6,3	1665	100 464	4,7
Královéhradecký	274,41	48,6	6,8	1583	116 884	4,0
Pardubický	236,99	47,3	6,3	1649	99 667	4,0
Vysočina	230,84	46,1	6,0	1685	99 436	4,3
Jihomoravský	612,06	45,9	6,7	1512	239 527	4,0
Olomoucký	340,94	43,2	6,5	1459	161 091	5,0
Zlínský	296,88	48,4	6,8	1559	127 628	4,1
Moravskoslezský	596,61	43,9	6,0	1606	264 285	4,6
ČR	5 159,71	44,2	6,2	1576	2 256 469	4,5

ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006

Příloha č. 5 – Dispenzarizovaní pacienti dle krajů

Kraj /okres	Dispenzarizovaní pro				
	diabetes mellitus	hypertenzní nemoci	ischemické nemoci srdeční	z toho infarkt myokardu	cévní nemoci mozku
Hl. město Praha	80 790	195 353	119 438	10 861	43 520
Středočeský	75 730	168 890	98 518	11 153	29 273
Jihočeský	43 724	98 582	56 749	5 588	20 042
Plzeňský	24 635	81 206	40 080	4 381	11 777
Karlovarský	15 401	38 887	19 773	1 747	4 770
Ústecký	52 283	112 403	63 020	6 900	23 286
Liberecký	25 001	64 715	35 656	4 079	10 061
Královéhradecký	30 970	83 806	44 407	4 465	12 739
Pardubický	28 697	79 234	38 496	4 012	11 553
Vysočina	22 624	70 068	39 919	4 307	12 458
Jihomoravský	59 381	163 234	90 128	9 481	32 083
Olomoucký	36 762	94 909	48 738	5 509	17 767
Zlínský	36 589	90 644	52 476	4 435	17 638
Moravskoslezský	73 827	187 864	105 076	13 782	33 192
ČR	606 414	1 529 795	852 474	90 700	280 159

ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006



ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006

Příloha č. 6 – Náklady na zařízení ordinace

Zařízení	
Příjem: recepční jednotka vč.kartotéky pacientů (nábytek) další přístroje (tel. záznamník...)	25 000 Kč
Kancelářská technika: psací stroj, kalkulačka, kopírka	1 500 Kč
Doplňky ke kartotéce: počítač EDV — dvouterminálový systém	20 000 Kč
Šatna s věšáky, zrcadlo	3 000 Kč
Čekárna: stoly, židle, dětský hrací koutek	6 000 Kč
Dekorační vybavení inter.: obrazy, květiny, záclony, žaluzie, sochy,ostatní předměty zařízení	12 000 Kč
Ordinace: psací stůl, pracovní křeslo, židle pro pacienta, skříň na spisy, regál,další nábytek	8 500 Kč
Vyšetřovna, odpočívárna: lehátka, univerzální stoly,stoličky, drobný materiál	3 200 Kč
Místnost pro léčebné procedury (vybavení jako vyšetřovna)	2 000 Kč
Laboratoř: pracovní linka, mycí prostor, chladnička,různý materiál	6 000 Kč
Sociální místnost: čajová kuchyňka, židle, stůl, skříně, věšák na šaty, skříň na koště, nádoby	6 000 Kč
Pracovní oblečení pro 1 lékaře(lékařku), 2 pomocnice,1 sílu na zaučení vždy po 3 soupravách	2 000 Kč
Osvětlení prostoru pro příjem,čekárny, ordinace,chodby, WC pro pacienty i personál atd.	8 000 Kč
nástroje, zásoby, různé příslušenství, drobný materiál	7 000 Kč
<i>Suma (bez počítače)</i>	110 200 Kč
Zdravotnická technika	
Přístroje k měření krevního tlaku	750 Kč
EKG s počítačovou tiskárnou	15 000 Kč
Přístroj pro diatermii s příslušenstvím	10 000 Kč
Přístroj k vyšetření stimulačním proudem s příslušenstvím	12 000 Kč
Inhalátor s příslušenstvím	1 600 Kč
Prohlížečka rtg-snímků	1 200 Kč
Malé vybavení laboratoře	8 000 Kč
Ostatní přístroje: stetoskop, oftalmoskop, otoskop,rhinoskop	4 000 Kč
<i>Suma</i>	51 800 Kč
Celkem bez počítače	162 000 Kč