

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE**

**FAKULTA MANAGEMENTU**

**Institut managementu zdravotnických služeb**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2007**

**Bc. Simona Doškářová**

# **Ambulantní péče v ČR**

**Vypracovala: Bc. Simona Doškářová**

**Vedoucí diplomové práce: Prim. MUDr. Rudolf Střítecký**

## **Zadání práce**

**Cílem práce je porovnání poskytování ambulantní péče v ČR ve srovnání s evropským průměrem.**

## **Prohlášení**

**Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením prim. MUDr. Rudolfa Stríteckého a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.**

**V Praze dne 5.4.2008**

Vlastnoruční podpis autorky

## **Poděkování**

**Ráda bych tímto poděkovala prim. MUDr. Rudolfu Stříteckému za odborné vedení, rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování této práce.**

## OBSAH

1.	Úvod.....	8
2.	Ambulantní péče – obecné vymezení.....	11
3.	Ambulantní péče v evropských státech.....	15
3.1	Úvod.....	15
3.2	Poslání a postavení praktických lékařů ve vybraných evropských státech.....	18
3.3	Jak probíhal rozvoj primární péče ve vyspělých evropských státech.....	19
3.4	Distribuce a rozmístění služeb primární péče.....	20
3.5	Registrace pacientů a zodpovědnost praktického lékaře.....	20
3.6	Vztahy mezi praktickými a odbornými lékaři.....	21
3.7	Ambulantní lékaři pohledem OECD.....	22
4.	Profil ambulantních služeb ve vybraných evropských státech.....	27
4.1	Německo.....	27
4.2	Velká Británie.....	29
4.3	Nizozemí.....	32
4.4	Rakousko.....	34
5.	Ambulantní péče v ČR.....	38
5.1	Síť ambulantních zařízení.....	38
5.2	Poskytování péče.....	43
5.2.1	Ambulantní péče.....	43
5.3	Primární péče.....	45
5.4	Odborná ambulantní péče.....	46
5.5	Struktura výdajů.....	48
5.6	Legislativní a organizační podmínky ambulantní péče.....	49
5.7	Struktura poskytovaných ambulantních služeb.....	54
5.8	Relace úhrad ambulantní zdravotní péče v samostatných ambulantních ordinacích a ambulantních složkách nemocnic.....	57
5.9	Základní funkce OAP.....	61
5.10	Vztahy OAP k jiným prvkům systému, jejich projevy a důsledky.....	62
5.10.1	Vztahy s praktickými lékaři.....	62
5.10.2	Vztahy mezi odbornými ambulantními lékaři.....	66
5.10.3	Vztahy s nemocnicemi.....	69
5.10.4	Vazby na pojišťovny.....	70
5.10.5	Vazby na státní správu (samosprávu).....	71
5.11	Duplicita.....	72
5.11.1	Výhody duplicitního systému:.....	73
5.11.2	Nevýhody duplicitního systému:.....	73
5.12	Souběh činností.....	75
5.13	Ekonomická motivace a regulace.....	77
5.14	Zbytečné výkony.....	80
5.15	Pacienti v systému OAP.....	81
5.16	Spoluúčast a pokladenský systém.....	83
5.16.1	Spoluúčast.....	83
5.16.2	Pokladenský systém.....	83
5.16.3	Ochota platit.....	84
5.17	Zavedení poplatků.....	85
5.17.1	Kdy se regulační poplatek vybírá.....	85
5.17.2	Kdy se poplatky nehradí.....	87
5.17.3	Kdy se nehradí žádné poplatky.....	88
5.17.4	Kdo hradí poplatky.....	89

5.17.5	Kdo nehradí poplatky .....	89
5.17.6	Povinnosti zdravotnických zařízení a zařízení lékárenské péče v souvislosti s poplatky .....	90
5.17.7	Lhůty pro hrazení poplatků .....	90
5.17.8	Povinnosti zdravotních pojišťoven.....	91
5.17.9	Práva pojištěnce od 1. 1. 2008.....	92
5.17.10	Položky nezapočitatelné a započitatelné .....	93
6.	Závěry.....	95

## 1. Úvod

České zdravotnictví se vyvíjelo – historicky vzato – ve struktuře a vazbách, jejichž kořeny sahají poměrně daleko do minulosti. Některé prvky moderního zdravotnictví – zejména komunální hygieny, lze sledovat již od úsvitu novověku. Sledujeme-li vývoj v moderní době, pak je možno konstatovat, že v XIX. století, a zejména v jeho druhé polovině, je – stejně jako v jiných vyspělejších zemích Evropy – určován prudkým rozvojem medicínských poznatků, zvyšováním životní úrovně populace, značnými změnami životního stylu, urbanizací a dalšími charakteristikami moderní doby a jejích zdravotnických systémů.

Nezanedbatelným prvkem vývoje těchto systémů je jejich postupující specializace. Nemocniční péče byla původně určená zejména chudé vrstvě populace, která si nemohla dovolit péči privátního lékaře ve svém vlastním domově. Byla poskytována převážně v církevních hospicích a řádových špitálech a účast civilních kvalifikovaných lékařů byla omezená (jejich hlavním zdrojem příjmů byly soukromé praxe pro movitější klientelu). Tento typ péče se ovšem začal v první a zejména ve druhé polovině XIX. století vyvíjet v souladu s rozvojem moderní vědy tak, že v nemocnicích začali být lékaři schopni intervenovat i ve složitějších případech, v nichž privátní lékař, docházející se svým klasickým instrumentáři, uloženým v typickém lékařském kufříku, nemohl konkurovat. Tak se postupem doby vyčlenil praktický, resp. rodinný lékař jako jakýsi přirozený předstupeň nemocniční péče. Ovšem již ve druhé polovině XIX. století došla medicína tak daleko, že ani vzdělaný praktik nemohl obsáhnout její celou šíři v ambulantní sféře. A to např. podle rakouskouherských předpisů musel před otevřením soukromé ordinace absolvovat nemocniční a odbornou praxi daleko převyšující dnešní požadavky na její zavedení. V této době začínají vznikat první praxe ambulantních specialistů. V další části textu je uveden počet prvních specialistů např. v Holandsku teprve v roce 1885 v počtu 37, na rozdíl od 1687 rodinných lékařů. V roce 1900 stoupl počet holandských specialistů na 136, ale jejich počet převýšil počet praktiků teprve v 60. letech minulého století. Obdobná situace byla i v dalších srovnatelných evropských zemích. Nejčastěji se původně jednalo o lékaře pracující na lůžkových odděleních v nemocnicích (obvykle na vedoucích pozicích), kteří si vedle své činnosti otvírali rovněž soukromé praxe. Tento trend byl provázen vyčleňováním nemocničních ambulancí z původně pouze lůžkových oddělení. Např. Všeobecná nemocnice v Praze poskytla v roce 1933 hospitalizační péči 34 000 pacientů a vedle toho 500 000 ošetření ambulantních. Tento trend ke specializaci pokračoval po celou dobu XX. století, i když v různých zemích s různou



intenzitou. Byl navíc vyrovnáván zhruba do období války silnou pozicí kvalifikačně erudovaných lékařů primární péče, kteří začali být opět až v 70. letech, zejména po konferenci WHO v Alma Atě, systematicky podporováni jako článek péče, který by mohl zastavit rychle rostoucí finanční náročnost zdravotní péče. V západních zemích (s výjimkou USA) došlo v této době k renesanci primární péče.

V ČR se vyvíjela struktura poskytovatelů péče jak v nemocniční, tak i v odborné ambulantní a praktické péči celkem bezproblémově až do přelomu 40. a 50. let. Tehdy se změnil dosavadní bismarkovský model péče (založený na principu plateb prostřednictvím pojišťoven a na regulačním vlivu státní zdravotní správy) na tzv. Semaškův model sovětského typu. Ten byl charakterizován zejména ztrátou kontrolních mechanismů na makroekonomické úrovni a málo kvalifikovaným řízením na všech stupních hierarchie zdravotnictví. To bylo dáno tím, s jistým zjednodušením řečeno, že systém byl budován bez ohledu na reálné potřeby zdravotní péče populace, ale často s pouze ideologickými cíly (maximum lékařů a lůžek na počet obyvatel, všeobecně uplatňovaná extenzivní a kvalitativní kritéria rozvoje apod.).

Jedním z důsledků tohoto rozvoje byl úpadek kvality primární péče a její degradace na pouhého „zásobovatele“ či „dispečera“ pacientů pro etáž odborné ambulantní péče, která se mezitím vyvíjela nadměrným způsobem jak v nemocnicích, tak na poliklinikách. Pacienti se postupně „naučili“, že odborná ambulantní péče je ta jediná skutečně kvalitní a začali ji nadměrně preferovat.

Po politických změnách v roce 1989 se začalo české zdravotnictví organizačně rychle měnit. Finančně doposud značně podvyživené, dostávalo české zdravotnictví nemalé injekce a za poměrně krátkou dobu začalo poskytovat péči srovnatelnou v průměru se společnostmi daleko vyspělejšími, s daleko vyšší ekonomickou výkonností. To se projevovalo vybaveností nemocnic, rozsahem předepisovaných léků, rostoucí kvalifikovaností lékařů a sester, z nichž mnozí prošli školením na špičkových zahraničních pracovištích. Došlo k zásadní změně financování péče – byl zaveden systém povinného pojištění a samostatných, veřejnoprávních zdravotních pojišťoven. Ty začaly proplácet péči výkonovým způsobem, u něhož bylo od počátku zasvěceným odborníkům jasné, že nastartuje inflaci výkonů a rostoucích nákladů.

Jedním z průvodních jevů byla přeměna – doposud v poliklinikách ordinujících lékařů – zaměstnanců – v privátně podnikající subjekty. Vidina spravedlivějšího ocenění lékařské práce (do té doby skutečně hanebně podceňované) prostřednictvím plateb za výkony, na jejichž zavedení lékařské lobby intenzivně pracovaly, se bohužel změnila v to, v co se patrně změnit musela: v honbu za výkony a poskytování často samoučelné péče. U praktických lékařů tato tendence nedošla až tak velkého rozšíření, díky poměrně omezenému spektru

výkonů, špatnému technickému vybavení praxí i kvalifikačním dovednostem praktiků. Hotové hody však slavila tato tendence mezi odbornými ambulantními lékaři, kteří se osamostatnili po zániku poliklinik. Jejich řady však byly navíc rozmnoženy velmi podstatným způsobem o odborné lékaře z nemocnic, z nichž část nemocnice opustila a založila si samostatné odborné praxe, ale také o lékaře, kteří si sice takové praxe založili, ale vedle toho zůstali pracovat na celé nebo částečné úvazky v nemocnicích. Tak došlo během relativně krátké doby první poloviny 90. let k podstatnému nárůstu počtu odborných ambulantních praxí.

Analyzovat tak složitou a komplexní oblast zdravotní péče, jakou jsou ambulantní služby, není vůbec jednoduché. Jde o téma frekventované často ve výrazných politických souvislostech - jedná se ostatně o oblast spotřebovávající zhruba 40% všech prostředků na zdravotnictví, které se věnuje přibližně 26 000 ze 42 000 českých lékařů. Komplexnější rozbor prakticky neexistují a metodologické přístupy k uchopení problémů možných regulací (ale i deskripce) nejsou rozvinuty. Naráží se zde na nesystematičnost sbíraných dat a na jejich častou nedostupnost.

Nedílnou částí práce je kapitola pojednávající o ambulantní péči v evropském kontextu. Absence širšího celoevropského kontextu hodnocení ambulantní sféry vede nejen k omylům, ale rovněž zavádí povrchní vykladače k politicky problematickým posuzováním daného tématu. Příkladem může být řada vyjádření ze strany ČLK, že odborných lékařů nemáme nikterak mnoho, protože stejný počet jich na populaci nalezneme v některých jiných evropských zemích, obvykle v zemích, v nichž se zoufale hledají cesty k jejich omezení, a tím ušetření nákladů.

## 2. Ambulantní péče – obecné vymezení

Pro správné pochopení problematiky ambulantní zdravotní péče je nutné si ji nejdříve alespoň pracovně definovat a rozčlenit.

Etymologicky je slovo odvozeno z latinského termínu „ambulare“: předcházet, chodit ve smyslu přesunovat se, docházet.<sup>1</sup> Jde tedy o péči pro chodící (negativně: ne ležící), docházející pacienty. Jak je naznačeno v úvodu, historicky se z ambulantní péče vyčlenil komplex primární péče, reprezentovaný především praktickými (rodinnými) lékaři, ke kterým se v různých zemích přiřazují další složky zdravotní a částečně i sociální péče. Tak existuje např. švýcarský systém „Spitex“ a holandský integrovaný systém, zahrnující obvykle medicínsko-sociální služby agentur domácí péče a sociálních pracovníků. I v ČR je vyvinutý systém, v němž integrální součástí primární péče je síť terénních pediatriů a gynekologů. Ve Velké Británii má praktik (General Practitioner) výsostné a unikátní postavení v systému primární péče, ale je možno si představit i další kombinace a systémy.

Postupně se vyčleňovaly specializované ambulantní systémy v různém organizačně platebním režimu (reprezentanty odlišných přístupů jsou např. Německo a Velká Británie – viz další kapitoly).

Z jiného úhlu pohledu lze říci, že ambulantní péče je hierarchizovaný subsystém péče o občany stojící mezi sociální a sociálně medicínskou péčí na jedné straně a intenzivní, akutní, případně dlouhodobou lůžkovou péčí na druhé straně.

V České republice se zdravotní péče v ambulantní sféře vyvíjela kontinuálně, byť se určitá vývojová období dnes jeví jako slepá ulička. V 50. a 60. letech se vyvinula na základě rozvoje medicíny, diverzifikace služeb i politických vlivů od modelu třicátých let s dominancí praktiků a nemocnic do systému hierarchicky členěných služeb. Stejně tomu tak bylo i v jiných, obdobně vyspělých systémech. Role odborných ambulantních služeb a nemocnic byla mimořádně posílena, na rozdíl od vyspělých západních zemí nedošlo však včas k odklonu od toho modelu (70. léta po konferenci WHO v Alma Atě).

Pro snadnější pochopení souvislostí dnešního stavu uvádím nejdůležitější charakteristiky minulého systému:

- Každé administrativní územní jednotce (76 okresů – cca 120000 obyvatel; 8 krajů – cca 1,3 mil. obyvatel) odpovídala pouze jedna zdravotní organizace: Okresní / Krajský ústav

---

<sup>1</sup> [www.slovník-cizich-slov.cz](http://www.slovník-cizich-slov.cz)

národního zdraví (OÚNZ / KÚNZ), jejichž částmi byla jednotlivá zdravotnická zařízení (ZZ): nemocnice, polikliniky, soustřeďující obvykle jak praktické lékaře, tak odborné ambulantní specialisty „pod jednou střešou“, dále pak zdravotní střediska zejména pro primární péči, lékárny, záchranná a pohotovostní služba, hygienické stanice, závodní zdravotní střediska, ordinace praktických lékařů, střední zdravotní školy.

- Do KÚNZ byly soustředěny zejména větší a více specializovaná ZZ, velké, příp. fakultní nemocnice, polikliniky a další zařízení s nadokresní působností.
- Zdravotní péče byla financována ze všeobecných daní. Finanční prostředky ze státního rozpočtu plynuly do krajů z Ministerstva financí prostřednictvím Krajských a Okresních národních výborů. KNV a ONV pak distribuovaly příslušné rozpočtové částky ústavům národního zdraví ve své působnosti.
- Ministerstvo zdravotnictví (MZ) řídilo zdravotnictví metodicky po odborné stránce prostřednictvím sítě hlavních, krajských a okresních odborníků v jednotlivých medicínských specializacích. MZ také připravovalo příslušné legislativní normy, vydávalo vyhlášky, pokyny, apod. Bylo angažováno v medicínském výzkumu, provádělo vrchní hygienický dozor, kontrolu léčiv. Zdravotnictví však nefinancovalo.
- Všichni pracovníci KÚNZ / OÚNZ od manuálních dělníků po špičkové specialisty byli zaměstnanci, dostávali fixní plat, v podstatě bez ohledu na kvalitu a objem výkonů.
- Ředitelé KÚNZ / OÚNZ a ostatní pracovníci vrcholového managementu byli jmenováni odpovídající úrovni KNV nebo ONV po schválení komunistickou stranou.
- Spádová oblast všech zdravotnických zařízení, tzv. rajonizace, byla pevně stanovena. Všichni občané byli přiděleni ke konkrétnímu obvodnímu (praktickému) lékaři, poliklinice, resp. OAL, nemocnici, podle místa trvalého bydliště.
- Péče o ekonomicky aktivní obyvatelstvo byla organizována na úrovni primární péče prostřednictvím tzv. závodních lékařů. Ti byli sice zaměstnanci OÚNZ, pracovali však v uzavřených ordinacích na závodech a v podnicích výhradně pro tamní zaměstnance. Koncem 80. let byla takto zajišťována péče o cca 75% ekonomicky aktivního obyvatelstva.
- Všechny zdravotní služby byly poskytovány bez přímé úhrady tzv. bezplatně (s několika výjimkami: např. zubní zlato, dražší obruby brýlí apod. Toto se týkalo i léků, současně však existoval i určitý počet léků, které byly volně prodejné bez lékařského předpisu. Sortiment léků, zejména zahraniční výroby, byl velmi omezený.

- Praktický lékař (PL), byl teoreticky „gate-keeperem“. Pacient potřeboval jeho doporučení k návštěvě odborného ambulantního lékaře (OAL), případně přímo lůžkového zařízení, ovšem s tím, že reálně byla role PL popisována pejorativním termínem „dispečer“, které také odpovídala. Pacienti si v průběhu zejména 60. – 80. let navykli na to, že jediná kvalitní služba je servis OAL, ale PL (který toho „moc neumí“) slouží jen jako povinná vstupní brána.
- Odborné ambulantní služby byly soustředěny dominantně do poliklinik a do nemocnic, kde se ovšem realizovala především péče související s pre- a těsně post- hospitalizační péčí.
- Laboratorní služby komplementu nebyly zdrojem zvláštních výdělků a tomu odpovídalo jejich využívání, které ovšem bylo dáno i jejich nevalným technickým vybavením.<sup>2</sup>

Dnešní systém je samozřejmě jiný. Podíváme se na systém operacionálně a odhlédneme od nového systému řízení, očištěného od nesmyslných stranických vlivů a reglementací a financování prostřednictvím pojištění. Takový operacionální pohled je ovšem odůvodněn pouze metodologickým zřetelem. Nicméně bude zřejmé, že hierarchie poskytování péče není až tak odlišná v dnešní době, a to ani po radikálních zásazích do systému a po řadě reformních kroků.

Základní charakteristikou systému ambulantní péče (lůžková se zásadně nezměnila, pouze prochází permanentním „zeštíhlováním“, zkracováním doby hospitalizace, racionalizací péče apod.) je její rozčlenění na péči primární a sekundární, neboli odbornou specializovanou. Je již záležitostí toho kterého konkrétního systému, které služby se do primární péče zařazují (vždy praktičtí lékaři) a v jakém organizačním uspořádání jsou poskytovány ostatní ambulantní služby, ať už v nemocnicích, nebo mimo ně, nebo v obojím režimu.

Na kurativní zdravotní péči v ČR se dnes, obdobně jako v minulosti, podílejí poskytovatelé primární péče, specializované ambulantní péče a lůžkové péče, tj. nemocnice a odborné léčebné ústavy. V minulosti byla sice organizační struktura poskytovatelů odlišná, včetně jejich personálního zastoupení, jednotlivé etáže však zůstávají minimálně obdobné. Pacient má sice dnes svobodnou volbu lékaře a ZZ, přičemž nehraje roli vlastnická struktura ZZ smluvně vázaného na ZP, měl by však svou cestu zdravotnickým systémem začínat u PL, který by měl plnit roli „gate-keepera“, což však není zákonně zajištěno a nejméně ve třetině případů to není pravda. Při předávání pacientů mezi jednotlivými etážemi péče by měla být

---

<sup>2</sup> Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

soustavně předávána zdravotní dokumentace, která by se měla vracet k PL, který by měl být centrálním článkem systému ambulantní péče a tuto roli by měl hrát i vůči hospitalizacím svého pacienta.

Důležitou roli hraje v systému ambulantní péče návaznost na sociální a sociálně medicínské služby, representované různými strukturami, dnes v ČR převážně agenturami domácí péče.

K racionalizaci řízení ambulantní péče v současném systému mohou zatím přispět pouze výběrová řízení, jejichž mechanismus a funkce však zatím nejsou dostatečně propracovány.

### 3. Ambulantní péče v evropských státech

#### 3.1 Úvod

Studium hlavních otázek, spojených s poskytováním a financováním ambulantní zdravotní péče, se týká základních zdravotnických soustav a sociálních, ekonomických i politických souvislostí a vztahů, jakož i strukturálních vazeb a problémů řízení. Jde o nový dílčí obor sociálního lékařství: srovnávací studium zahraničních zdravotnických systémů. Daný dílčí obor mohl vzniknout teprve po efektivním uplatnění počítačové techniky, umožňující třídít a strukturovat velké množství zdravotnických údajů, shromažďovaných podle více méně jednotných kritérií. Základem jsou databáze Světové zdravotnické organizace, OECD, EU a dalších mezinárodních organizací. Tyto nejsou dokonalé a tak je často nutné doplňovat údaje podle národních zdravotnických statistik, literatury a vlastních propočtů.

Ke klíčovým faktorům, které ovlivňují způsob a rozsah poskytované ambulantní péče, patří především typ zdravotnické soustavy země a potenciál pracovních sil ve zdravotnictví, zejména lékařů.

V evropském zdravotnictví se vyvinuly dva základní typy zdravotnického systému: „bismarkovský“, podle kterého se zdravotnické služby financují z výnosu zdravotního pojištění, a druhý typ, v němž se zdravotnické služby financují převážně ze státního rozpočtu, tj. z daní. Tím jsou charakterizovány dvě osnovy financování, od nichž se státy do určité míry odchylují.

Tak např. v Německu, v klasické zemi „bismarkovského“ zdravotního pojištění, se z jeho zdrojů platí 68% zdravotnických výdajů. Zbytek hradí stát (12%), pacienti (12%) a soukromé pojištění. Naproti tomu ve Velké Británii, klasické zemi Národní zdravotní služby, hradí stát 72% zdravotnických výdajů. Zbytek do sta procent připadá na pojištění (12%) a spoluúcast pacientů (16%). V Dánsku platí stát dokonce 86% všech zdravotních výdajů.

Zdravotní pojišťovací systém, který je dominantní např. v Německu, Rakousku, Nizozemí a v dalších evropských zemích, zasahuje nejen do financování zdravotnických služeb, ale i do řízení služeb a do modalit jejich poskytování. V zemích s Národní zdravotní službou převládá vliv státu, který je v některých zemích s tímto typem zdravotnické soustavy velmi silný.

Druhým klíčovým faktorem je počet a struktura lékařů a způsob poskytování jejich služeb.

Jak počty, tak odborné složení lékařů prodělaly za minulých sto let dynamický a rychle se měnící vývoj. Hlavním rozlišovacím rysem je tu dichotomie: praktičtí lékaři / specialisté. Podrobněji je tato problematika řešena v následujících kapitolách.

Při komparaci zdravotnických systémů je možné postupovat podle srovnávání jednoho jeho sektoru, nebo podle jednotlivých zdravotnických ukazatelů. Zaměřím se na druhou z těchto možností.

První postup předpokládá určitou homogenitu srovnávaných zemí (např. příslušnost k EU). Pracnější, ale zato názornější a výhodnější je postup srovnávání vybraných zemí mezi sebou. Předpokladem úspěchu obou postupů je spolehlivost a validita údajů, s nimiž se operuje.

Postup srovnávání vybraných evropských zemí byl zvolen tak, aby se vystihly oba hlavní typy financování zdravotní péče: „bismarkovský“ a „Národní zdravotní službu“ (National Health Service – ve zkratce NHS). Důležitým hlediskem volby byla již vzpomínaná validita a srovnatelnost dat.

Strukturní vazby jsou patrné z následujících „Profilů zemí“.

Pro řízení ambulantních služeb v zemích s rozvinutou zdravotně pojišťovací soustavou jsou charakteristické liberálnější postoje. I v těchto státech se však v posledních letech uplatňuje tendence rozšířit a upevnit regulační funkce státu.

Za hlubší studium stojí tato problematika ve světle vývoje a stavu řízení zdravotnictví v Německu. Tam se např. na základě zákona o struktuře zdravotního pojištění prosadilo, že stát si nejen podržel, ale ještě rozšířil své strategické postavení a autonomii vůči prioritám samosprávy zdravotnického sektoru. Stalo se tak v rámci reformy německého zdravotnictví, podstatně ovlivněných zákony o tlumení nákladů. Reformy rozsáhle ovlivnily též britskou NHS, v jejímž řízení se od hlavy po patu změnilo základní zaměření ve prospěch orientace na primární služby. Zdravotnické reformy labouristické vlády znamenaly význačné posílení postavení praktických lékařů.<sup>3</sup> Blíže viz „Profil“ této země.

Přímým protikladem vývoje ve Velké Británii je vývoj v Rakousku. Tam došlo k jednoznačnému posílení podílu specialistů na poskytování ambulantní péče. Početní přírůstek praktických lékařů je nižší než přírůstek všech lékařů. Naproti tomu specialistů přibývá nevídaným tempem. Za posledních deset let přibylo chirurgů o 70%, psychiatrů o 35% a internistů je o 30% více.

V Nizozemí a Rakousku je jasná dělící čára mezi praktickými lékaři a specialisty. V obou těchto státech trpí návaznost primární a sekundární péče. V Německu tvoří praktičtí lékaři i specialisté jednu složku zdravotnických služeb, charakterizovanou ve statistikách jako „ambulantní péče“. Specialisté pracují samostatně a odděleně od nemocnic. Diametrálně

---

<sup>3</sup> T. Fürstenberg, B. Rochell, N. Roeder, G. Breidhardt: Ambulatory and Hospital Care in the Federal Republic of Germany, 2007



odlišná je situace ve Velké Británii a v Nizozemí. Tam specialisté patří do společného hájemství s nemocnicemi. Jelikož odborní lékaři ve Velké Británii pracují u lůžka i na ambulantních pracovištích (out-patient departments), lze nikoli co do počtu, ale jen podle výkonů, soudit na rozložení odborníků mezi službami ambulantními a stacionárními.<sup>4</sup> Podrobněji viz „Profil Velké Británie“. Obdobná situace, ale nikoli stejná, je v Nizozemí.

Kolos německého zdravotnictví, které zaměstnávalo v roce 2006 282 737 pracovníků, prochází změnami odlišného rázu. V zemi s nadměrným lůžkovým fondem dochází co do počtu pracovníků k vyrovnání mezi složkou ambulantní (42% všech pracovníků) a složkou stacionární (41%). Zbytek připadá na správu (5,9%), veřejné zdravotnictví (1,1%), dopravní službu (1,5%). Do celku pracovníků ve zdravotnictví se v Německu zahrnuje i zdravotnický průmysl (léky, brýle, zdravotnická technika). Tvoří 7,8% pracovníků.

Ze statistických údajů (viz další kapitoly) vyplývá, jaký je podíl ambulantní péče v procentech HDP. Tento parametr ukazuje závažnost ambulantní péče ve zdravotnictví jednotlivých zemí. V průměru za Evropskou unii stoupl tento ukazatel z 1,2% v roce 1980 na celé 2% v roce 1994 a dále 2,4% v roce 2005. Je třeba pozorně sledovat tento ukazatel, v němž se sčítají výdaje jednotlivých složek ambulantní péče. Zvlášť jsou vykazovány náklady stomatologické péče: v EU to bylo v roce 1980 0,55% HDP, v roce 1994 procento kleslo na 0,5% a do roku 2005 se udrželo na této výši.<sup>5</sup>

Na poklesu či vzestupu těchto ukazatelů je možné sledovat, jaké úspěchy či neúspěchy má tlumení nákladů, což jsou aktivity, které patří k ožehavým problematikám zdravotní politiky každé země. Úměrně svému významu ve zdravotnických službách tu mají závažné slovo praktičtí a odborní lékaři. Jejich postupy a chování spoluurčují výši a povahu zdravotnických nákladů. Platí to zejména o lékové politice země, o kvantu a nákladovosti předepisovaných léků. Odborní i praktičtí lékaři mají důležitou, někdy dokonce klíčovou roli při všem konání, spojeném s tlumením nákladů. Sehrávají tuto roli u všech šesti uplatňovaných metod snižování výdajů. Ať už jde o spoluúčast pacienta na hrazení výdajů, o optimalizaci zdravotnické technologie, o vytváření alternativ nemocniční péče či o farmakoterapii a lékovou politiku. Nesmí se zapomínat ani na jejich podíl při dodržování rozpočtových stropů a návaznosti zdravotnické péče.

Na příkladu Rakouska (viz další text) je ukázáno, jak závažným zatížením je překotný růst ambulantních odborných služeb. Nejedná se přitom jen o samotný početní růst odborných

---

<sup>4</sup> Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 2004

<sup>5</sup> Ekonomické informace ve zdravotnictví, UZIS 2005

lékařů, ale zejména též o ekonomické důsledky takového vývoje. Přírůstky specialistů mají kromě svých kladných stránek i stinné dopady na makroekonomiku země, a to i v tak bohaté zemi, jako je Rakousko.

Dalším závažným problémem ambulantní péče je registrace pacientů u praktických lékařů a samotná role praktického lékaře jako gate-keepera, strážce brány odborných služeb a nemocnic. Ve hře jsou přitom vztahy a vazby, které buď zatěžují zdravotnickou ekonomiku nebo naopak mohou spolu s vytvářením transmurální složky zdravotnictví ulehčovat břemeno zdravotnických nákladů.

### **3.2 Poslání a postavení praktických lékařů ve vybraných evropských státech**

Pro účely pravdivého srovnání poslání a postavení praktických lékařů v evropském průměru byly sledovány údaje následujících zemí:

Německo, Nizozemí, Rakousko, Francie, Dánsko, Švédsko, Řecko a především země praktického lékařství – Velká Británie, která má dnes nejrozvinutější služby primární péče.

Výběr sledovaných zemí byl ovládnán dvěma hledisky:

Za prvé byly voleny tak, aby byly zastoupeny hlavní zdravotnické soustavy (v Evropě).

Za druhé byly vybrány země, v nichž jsou spolehlivé údaje, umožňující validní srovnání.

Není pochyb, že srovnáváním ukazatelů, parametrů a výsledků vyplývá mnohem více odlišností a svérázností, než shodných nebo alespoň příbuzných rysů. Obojí je třeba sledovat ve vývoji, tedy ve světle změn v postavení praktických lékařů v posledních padesáti let. Toto půlstoletí přineslo více obrátů a změn než přinesl vývoj nejstarší branže medicíny za celá staletí.

Není daleko doba, kdy u nás, v České republice, praktické lékařství neexistovalo jako samotný obor. Po prudkém rozmachu specializace se u nás i v ostatních rozvinutých evropských státech začalo věřit, že praktický lékař zmizí z lékařské scény a že se náplň jeho činnosti rozpustí a rozmělní v působení početné řady specialistů. Lékařští vtipálkové tehdy tvrdili, že záhy budeme mít zvláštního specialistu pro pravou ruku a dalšího specialistu pro levou ruku.

Vývoj však šel naštěstí jiným směrem. Ani v jedné vyspělé zemi praktický lékař nezmizel. Právě překotný vývoj specializací posílil jeho postavení coby generalisty, schopného pojímat člověka jako celek. Došlo tak k renesanci a později i k rozkvětu praktického lékařství. Postupně se ujasňovalo postavení praktického lékaře v moderní medicíně. Nemálo k tomu

přispěla i celosvětová konference v Alma-Atě v roce 1987. Její deklarace ujasnila roli primární péče.

Zdravotnický vyspělé země, mezi nimi i tehdejší Československo, vybudovaly už před Alma-Atou bohatou síť zdravotnických a jiných zařízení primární péče. Mnozí se proto domnívali, že myšlenky deklarace z Alma-Aty mají význam hlavně nebo dokonce jen pro rozvojové země. K tomuto rozšířenému názoru přispělo mimo jiné i to, že deklarace byla pojata velmi široce a nevymezovala role jednotlivých aktérů v primární péči. Týkalo se to především hlavní osobnosti primární péče, jímž je právě praktický lékař. Tento nedostatek byl odstraněn na začátku šedesátých let, kdy SZO spolu s organizací WONKA vypracovaly dodnes platnou definici činnosti praktického lékaře.

### **3.3 Jak probíhal rozvoj primární péče ve vyspělých evropských státech**

Za posledních padesát let rostly počty všech lékařů dvakrát rychleji než byl nárůst populace. Nejmarkantnější (z evropských států) to bylo v Německu. Vzrostly i počty praktických lékařů. Tento nárůst však nebyl v korelaci s růstem populace. Na 100 000 obyvatel připadlo např. v roce 1960 ve Francii něco přes 50 praktických lékařů, zatímco v roce 1990 byl tento počet téměř trojnásobně vyšší.<sup>6</sup>

Pro vztahy mezi praktickým lékařem a specialisty jsou důležitá data o procentu PL v celku všech lékařů. Podíl PL na celku lékařské populace všude klesal. Výjimkou byla a stále je Francie. Z hlediska podílu lékařů na poskytování primární péče jsou tyto údaje zkreslené, protože vypovídají jen o lékařích, věnujících se primární péči stoprocentně. Na poskytování této péče se však v různých zemích různou mírou podílejí i specialisté. A to ve statistikách zachyceno není.

V jedné charakteristice se lékařské populace bývalých socialistických zemí od zemí západních významně lišily. Jde o feminizaci. To je všeobecně známo. Méně se však ví, že v této záležitosti nás západní země začaly „dohánět“. Tak např. ve Velké Británii bylo v roce 1965 mezi PL jen 10% lékařek, v r. 1993 to už bylo téměř 30%. Obdobný vývoj byl zaznamenán i v ostatních západních zemích.

Pro asi polovinu vyspělých zemí však jsou charakteristické nedostatky v ekonomické dostupnosti některých služeb stomatologických, oftalmologických a farmakologických.

---

<sup>6</sup> <http://data.euro.who.int>

### 3.4 Distribuce a rozmístění služeb primární péče

V roce 1952 nemělo 44% všech okresních zdravotnických distriktů ve Velké Británii dostatek praktických lékařů. Patří k velkým úspěchům britské Národní zdravotnické služby, že o padesát let později už bylo takových distriktů jen pět.<sup>7</sup> Podobné úspěchy v rovnoměrnosti rozložení sítě primárních zařízení mělo jen Dánsko, které dosáhlo uspokojivého stavu už v roce 1976 a Nizozemí o deset let později. K uplatněným metodám, které přispěly k těmto úspěchům, patřilo ve Velké Británii to, že se podařilo zvrátit priority volby profesního zaměření mladých lékařů ve prospěch praktického lékařství. Jinými slovy, praktické lékařství se stalo pro mladé lékaře atraktivní a jejich prestiž i příjmy stouply na úroveň primářů. Dále působila regulace počtu těch, kteří volili kariéru nemocničního specialisty.

V zemích s neregulovaným počtem pacientů na jednu lékařskou praxi, tj. v Rakousku, Belgii, Německu, Francii a Švýcarsku, převládá tendence lékařů usazovat se ve městech. To je možné doložit údaji o průměrech počtu pacientů připadajících na jednoho praktického lékaře. Koncem osmdesátých let byl tento ukazatel ve Francii a Velké Británii přibližně stejný, tj. 1800. V severní Francii však byl tento průměr 2350, v pařížské oblasti 1500 a v Marseille 1250. Do začátku 21. století se tyto relace nezměnily.<sup>8</sup>

### 3.5 Registrace pacientů a zodpovědnost praktického lékaře

Dalším významným prvkem zdravotnické soustavy je otázka, zda jsou služby specialistů přímo dostupné nebo zda praktický lékař působí jako „gate-keeper“.

Funkce praktického lékaře jako „strážce brány“ vstupu pacienta do nemocničních či specializovaných ambulantních služeb souvisí se základními povinnostmi praktického lékaře vůči pacientům, kteří jsou u něho zaregistrovaní. Ve Velké Británii a v některých dalších evropských zemích měl registrovaný pacient nárok na kontinuálně 24 hodinovou komplexní lékařskou péči, každodenně a po celý rok. Toto se ve VB pokládalo za základní kontinuitu této péče. Uplatňování této zásady však prošlo i v Británii v minulých desetiletích vývojem, který zásadu permanentní osobní péče praktického lékaře oslabil a někdy i poněkud narušil.<sup>9</sup> Zásada obligatorní registrace je dodržována v Británii, Dánsku, Itálii, Nizozemí, Portugalsku, Španělsku a nově i v některých částech Švédska a Norska. Diametrálně je odlišný postup v Německu a Rakousku.

---

<sup>7</sup> Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 2004

<sup>8</sup> <http://data.euro.who.int>

<sup>9</sup> Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 2004

Pro kvalitu základních služeb je důležitá dlouhodobá až celoživotní péče praktického lékaře, jakož i předávání dokumentace při migraci či změně lékaře. To německý, rakouský a francouzský systém neumožňuje.

Dalším prvkem, který v zemích s povinnou registrací určuje vztahy mezi pacienty a praktickými lékaři, je delegování péče v noci, o víkendech a o svátcích, a to buď na partnery v téže skupině lékařů, nebo – hlavně ve velkoměstech – na firmy, které za tím účelem najímají jiné lékaře, zejména sekundáře nemocnic.

### **3.6 Vztahy mezi praktickými a odbornými lékaři**

Ve světle vývoje ambulantních služeb se v západním zahraničí ukazuje stále častěji, že pro rozvoj a kvalitu těchto vztahů má základní význam, jak ta která země řeší otázku přímého či nepřímého vstupu pacientů do oblasti služeb ambulantních specialistů (ve Velké Británii out-patient departments nemocnic). Ukazuje se, že jde o klíčový problém, jehož řešení ovlivňuje uživatele služeb, jejich poskytovatele i ty, kdo zodpovídají za jejich financování. Zvlášť významná je tato otázka pro PL, protože váha jejich role ve zdravotnických službách závisí do značné míry právě na tom, na kolik kontrolují či ovlivňují vstup do odborných, ambulantních a nemocničních služeb. Jinými slovy, na kolik je PL sluha či pán.

Vývoj vztahu mezi primární a sekundární péčí proběhl v různých zemích různě. Rozdíly jsou právě v tom, jaký je rozsah přímé dostupnosti specializovaných služeb. Nebo z pohledu PL, jak silná či slabá je jeho pozice ve funkci gate-keepera. Vystihuje to jednoduchý příklad o tom, jak vysoké či nízké je procento přímo dostupných specializací. V průměru se počítá se 32 – 34 specializacemi v ambulantních službách. Procento přímo dostupných specialistů v Německu je 82%, ve Švédsku je to 74%, ve Francii 65%, v Dánsku 29%, v Nizozemí 9% a ve Velké Británii je to 0%. Je pochopitelné, že celou záležitost ovlivňují různé další faktory, jako počty a rozmístění PL, jejich erudice atd.

Jde především o to, do jaké míry odborníci plní zároveň i funkci praktického, osobního či rodinného lékaře. Ve Francii platí, že „*medicine est liberale*“, což znamená, že pacient se může podle své volby obracet kdykoliv na svého praktika nebo i na dva praktiky za den. Právě tak může kdykoliv vyhledat služby odborníka. Uznává se sice, že takový systém je neekonomický, nevýhodný z hlediska kontinuity péče, dokumentace a z mnoha jiných příčin, ale systém přetrvává, protože lékařská profese lpí na *medicine liberale*.

Směšování role odborníka a PL a volný přístup ke specialistovi je charakteristický též pro Německo. Z ekonomických příčin i tam dochází ke změnám tohoto systému.

Také ve Švédsku došlo v posledních letech ke změnám, pokud jde o přímý přístup k odborným službám. V roce 1994 byl odhlasován zákon o povinné registraci. Později byl zrušen, ale některé kraje podle něho stále postupují. Od r. 1968 je totiž ve Švédsku zdravotní péče v kompetenci krajů.<sup>10</sup>

Neutuchá úsilí o zlepšování služeb primární péče a o jejich integraci se službami sekundárními. Úspěchy mohou být jen tam, kde základem není jen individuální péče, poskytovaná v izolované ordinaci solopraktika a jeho manželky, jak tomu bylo u nás v minulosti, ale tam, kde je tato péče „population based“, tj. tam, kde zdravotníci mají především na zřeteli starost o zdraví populačních celků.

Tento trend po reformách v Británii posilují tzv. Skupiny primární péče. Tyto skupiny zadávají, poskytují a financují zdravotní péči populačního celku čítajícího zhruba 100 000 obyvatel. Skupiny zahrnují vždy všechny zdravotnické a odborné pracovníky zapojené do primární péče v daném územním celku. Je to další krok k zapojení lékařů do hospodaření s finančními prostředky, které jsou k dispozici, tedy o další etapu fund-holding praktických lékařů. Kromě toho je kladen důraz na sledování výkonů a výsledků. Resort i terén, tj. Skupiny primární péče, vytvářejí právě soustavu příslušných výkonových ukazatelů.<sup>11</sup>

Ukazuje se, že odpověď na otázku, nakolik je PL pánem zdravotnictví v některých zemích nebo jen sluhou, vyžaduje analýzu celé soustavy ambulantních služeb země a studium jednotlivých aspektů primární a sekundární péče. Nezdá se, že by této problematice byla u nás v poslední době věnována náležitá pozornost. Tím spíše je třeba studovat postupy a zkušenosti ze zahraničí.

### **3.7 Ambulantní lékaři pohledem OECD**

Dominantním tématem na národní, ale i mezinárodní úrovni se v posledních desetiletích v členských státech Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj stala diskuse o možnostech snižování míry růstu nákladů a způsobech udržitelného financování zdravotnictví. Stranou těchto diskusí zůstala problematika lidských zdrojů. Tato skutečnost představuje určitý paradox, protože zkušenosti s reformami zdravotnických systémů ukazují, že mnoho programů se nepodaří realizovat se zamýšlenými efekty právě proto, že byly podceněny možnosti a očekávání zdravotníků. Mezinárodní srovnávání ukazatelů, které se týkají lidských zdrojů ve zdravotnictví, patří z metodologického i praktického hlediska mezi

---

<sup>10</sup> A. H. Glennard, F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell, V. Bankauskaite: Health Care Systems in Transition – Sweden, 2005

<sup>11</sup> Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 2004

nejobtížnější. Následující srovnání nepostihuje některé důležité aspekty, jakými jsou například věková struktura lékařů nebo kvalita poskytované péče. Srovnání také neanalyzuje spotřebu péče, zde vyjádřenou počtem návštěv u lékaře, ve vztahu k výsledkům péče, měřeným například zdravotním stavem. Jek počty návštěv u lékaře, tak i počty lékařů, jsou ovlivněny celou řadou charakteristik a faktorů, které se v jednotlivých státech mohou lišit. Jde o demografické charakteristiky populace, zdravotní stav obyvatelstva, organizaci a financování zdravotnických služeb, ale také faktory, jakými jsou tradice, zvyklosti, historický vývoj apod. Souhrnné statistiky také nezobrazují regionální rozdíly a místní specifika. Zde lze uvést příklad Švýcarska, kdy francouzská část vykazuje vyšší spotřebu péče než německy hovořící kantony.

Tabulka č. 2 dokládá, že obyvatelé České republiky navštěvují lékaře (všechny ambulantní lékaře kromě stomatologů) výrazně častěji než občané většiny dalších států OECD s výjimkou Japonska a Slovenska. V porovnání se sousedním Rakouskem navštěvujeme u nás lékaře dvakrát častěji a v porovnání se Švýcarskem dokonce čtyřikrát častěji.

Tabulka č. 1: Počty návštěv praktického lékaře za rok<sup>12</sup>

	1999	2005
Slovensko	15	13
Japonsko	14,5	14,5
Česká republika	12,3	12,9
Maďarsko	10,9	11,9
USA	10,4	8,9
Jižní Korea	8,8	10,6
Belgie	7,9	7,8
Německo	7,2	7,2
Rakousko	6,7	6,7
Dánsko	6,6	7,1
Francie	6,6	6,9

Tabulka č. 2: Počty návštěv zubního lékaře za rok<sup>13</sup>

	1999	2005
Japonsko	3,3	3,2
Nizozemí	2,3	2,2
Česká republika	2,1	2,1
Slovensko	2	1
Belgie	1,9	2
Německo	1,4	1,4
Španělsko	1,4	1,5
Rakousko	1,3	1,3
Švýcarsko	1,3	1,2
Jižní Korea	1,2	1,3
Austrálie	1,1	1,6

Co se týká relace praktických lékařů (PL pro děti a dorost, pro dospělé a gynekologů) na 1 000 obyvatel, postavení České republiky je ve srovnání s dalšími státy OECD spíš

<sup>12</sup> Zdravotnické noviny ČR, Roč. 54, č. 46 (2005), s. 18-19: Ambulantní lékaři pohledem OECD

<sup>13</sup> Zdravotnické noviny ČR, Roč. 54, č. 46 (2005), s. 18-19: Ambulantní lékaři pohledem OECD



průměrné. Rakousko vykazuje dvojnásobný počet praktiků na 1 000 obyvatel, více praktických lékařů mají podle tohoto ukazatele Německo, Francie, Finsko a Belgie (viz tabulka č. 4).

*Tabulka č. 3: Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel<sup>14</sup>*

	1999	2005
Belgie	2,1	2,1
Finsko	1,6	1,7
Francie	1,6	1,6
Austrálie	1,3	1,4
Rakousko	1,3	1,4
Německo	1,1	1,1
Kanada	1	1
Itálie	0,9	0,9
Lucembursko	0,8	0,9
Nový Zéland	0,8	0,7
Česká republika	0,7	0,7

Zcela jiná je situace podle počtu specialistů na 1 000 obyvatel, kde ČR společně s Řeckem a Maďarskem patří mezi státy OECD přední pozice (viz tabulka č. 5).

*Tabulka č. 4: Počet specialistů na 1 000 obyvatel<sup>15</sup>*

	1999	2005
Řecko	3	3
Maďarsko	2,5	2,5
Česká republika	2,2	2,5
Portugalsko	2,2	2,3
Švédsko	2,2	2,2
Německo	2,1	2,3
Dánsko	2	2,2
Norsko	2	2,1
Polsko	1,9	1,9
Španělsko	1,8	1,8
Švýcarsko	1,8	2,2

Postavení ČR vzhledem k ukazateli počtu zubních lékařů na 1 000 obyvatel zachycuje tabulka č. 6. Méně zubních lékařů na 1 000 obyvatel je například v Rakousku, Švýcarsku nebo Velké Británii, více naopak v Řecku, Dánsku, Finsku, Švédsku, Německu nebo na Islandu.

<sup>14</sup> Zdravotnické noviny ČR, Roč. 54, č. 46 (2005), s. 18-19: Ambulantní lékaři pohledem OECD

<sup>15</sup> Zdravotnické noviny ČR, Roč. 54, č. 46 (2005), s. 18-19: Ambulantní lékaři pohledem OECD

Tabulka č. 5: Počet zubních lékařů na 1 000 obyvatel<sup>16</sup>

	1999	2005
Řecko	1,2	1,2
Island	1	1
Dánsko	0,9	0,9
Finsko	0,9	0,9
Švédsko	0,9	0,9
Belgie	0,8	0,8
Německo	0,8	0,8
Norsko	0,8	0,8
Francie	0,7	0,7
Japonsko	0,7	0,7
Česká republika	0,6	0,7

---

<sup>16</sup> Zdravotnické noviny ČR, Roč. 54, č. 46 (2005), s. 18-19: Ambulantní lékaři pohledem OECD

## 4. Profil ambulantních služeb ve vybraných evropských státech

### 4.1 Německo

#### *Struktura služeb*

Jako ve všech evropských zemích je i v Německu základem ambulantní péče praktický lékař. Na této úrovni to nejsou jediní lékaři, kteří poskytují služby prvního kontaktu. Podílejí se na nich do určité míry i odborní lékaři a tzv. semispecialisté, vesměs poskytující primární péči věkově či jinak vybraným skupinám obyvatelstva. Sekundární péče je plně v rukou specialistů, pracujících ve vlastních praxích. Ambulantní služby se na rozdíl od Velké Británie v nemocnicích téměř neposkytují. Ambulantní péči v Německu zajišťují praktičtí a odborní, smluvní, soukromě praktikující lékaři ve svých vlastních zařízeních. K 31.12.2005 to bylo podle statistiky Spolkové lékařské komory celkem 126 180 lékařů.

Podle nejnovějších zdravotnických statistik, které byly vypracovány a publikovány z pověření německého Ministerstva zdravotnictví v Bonnu, pracovalo v roce 2005 41,7% všech přímo či nepřímo činných osob v německém zdravotnictví v ambulantní péči. To znamená, že každý devátý pracující v Německu je zaměstnán ve zdravotnickém sektoru. Tři miliony plně zaměstnaných ve zdravotnictví pracuje v přímém kontaktu se spotřebiteli zdravotní péče. V lékařských praxích bylo činných 646 970 osob a ve stomatologických praxích 324 050 osob.

#### *Nemocnice*

V lůžkových a částečně lůžkových zařízeních pracovalo 1 150 240 osob, což znamená, že nemocnice jsou v Německu celkově největšími zaměstnavateli.

Největší část těch, zdravotníků, kteří jsou v Německu činí v ambulantní sféře, jsou zaměstnání v lékařských praxích ambulantních lékařů (Niedergelassene Ärzte). Podle statistiky německé lékařské komory působilo v lékařských praxích v roce 2005 126 180 lékařů. S ostatním personálem v 90 000 lékařských ambulantních praxích to bylo 399 930 plně zaměstnaných osob. Na jednu lékařskou praxi připadalo 5,82 pracujících (včetně majitelů praxe). Rodinní lékaři (Hausärzte) tvoří v Německu asi 49,4% lékařů z 279 335 lékařů.<sup>17</sup>. Jeden lékař v primární péči připadal v roce 1992 na 2 135 obyvatel.

Většina praktických lékařů pracovala v „solo praxích“. Podíl skupinových praxí byl 15%, což odpovídalo cca 13 000 skupinových praxí z celkového počtu asi 90 000 praxí (odhadem

---

<sup>17</sup> Health Statistics dostupné na <http://www.oecd.org/topicstatportal>

lékařské komory). Nárůst skupinových praxí byl spíše pomalý. Motivace byla ponejvíce ekonomická – sdílení nákladů. Němečtí praktici mají v západní Evropě největší frekvenci pacient – lékař, týdně průměrně 220, z toho 35 návštěv pacientů doma. Převáděno na pracovní den je to 7 návštěv v domácnosti a 33 konzultací v ordinaci. Asi 5% pacientů odesílají praktici do péče odborných lékařů.

Občané Německa mají svobodnou volbu lékaře a služby primární a sekundární péče jsou jim snadno dostupné. Provoz ordinací privátně praktikujících ambulantních lékařů trpí nadměrným administrativním zatížením – vyplňování formulářů, účtů atp. Primární péče v Německu je ovlivňována konkurenčním prostředím, daným nadměrnými počty lékařů. V popředí je soutěž o pacienta. Nekonkurují si jen praktičtí lékaři, ale také praktičtí a odborní lékaři, jakož i všeobecní praktici a jejich kolegové – semispecialisté, kteří se (částečně z hlediska medicíny prvního kontaktu) specializují na určitou oblast primární péče, s klientelou podle věku nebo podle jiných hledisek. Konkurenci mezi lékaři zaostřuje na některých místech nezaměstnanost v lékařské profesi. Za slabinu primární péče v Německu se pokládají neefektivní a nedostatečné vztahy mezi praktickými a odbornými lékaři. Za další mínus se považuje přímá dostupnost odborných lékařů, možnost snadného přebíhání pacienta od lékaře k lékaři, problematické množství léků předepisovaných v ambulantní péči, málo rozvinutá týmová práce lékařů s jinými zdravotnickými pracovníky a pracovníci. S tím souvisí i okolnost, že Hausarzt nemá povinnosti v komunitní zdravotní péči. Některým z uvedených nedostatků se zabývala i *Konzertrierte Aktion*, která prosadila příslušná doporučení do některých zákonů o tlumení nákladů.<sup>18</sup>

### *Sekundární ambulantní péče*

Sekundární ambulantní péče v Německu je doménou privátních odborných lékařů. V praxi to znamená, že v nemocnicích se poskytuje jen malá část odborné ambulantní péče. Provádět výkon ambulantních služeb nemocnicím povolil již zákon z roku 1993. Tentýž zákon také povolil lékařům provádět operační zásahy mimo nemocnice.

### *Honorování*

Silné a slabé stránky poskytování ambulantních služeb, honorovaných v Německu vesměs podle výkonů (*Fee for Service*), není možné pochopit bez znalosti vztahů federace – země na straně jedné a nemocenských pokladen – sdružení lékařů na straně druhé.

---

<sup>18</sup> Busse R., Riesberg A.: *Health Care Systeme in Transition – Germany*, 2004

Z federalistického principu Německa vyplývá, že pro vytváření smluvních vztahů mezi lékaři a pokladnami je rozhodující rovina „zemská“. Svou úlohu – čím dál větší sehraává i rovina federální. Na ní se totiž smlouvají modelové spolkové dohody (Bundesmantelverträge) mezi federálními svazy pokladen a federálními sdruženími pokladenských smluvních lékařů. Tyto střeškové dohody regulují vztahy mezi pokladenskými lékaři a pojišťenci (např. ve věci ordinačních hodin nebo co se týče pojištěnců v souvislosti se vstupem do péče (Krankenscheine). Na „zemské“ úrovni se uzavírají kolektivní smlouvy (Gesamtverträge) mezi nemocenskými pokladnami a sdruženími ambulantních lékařů. Tyto dohody jsou směrodatné pro aktuální výši sazeb honorářů, pro modality jejich proplácení atp. Způsob honorování lékařů z fondů komerčního pojištění se liší od placení lékařů nemocenskými pokladnami zákonného zdravotního pojištění (GKV – Gesetzliche Krankenversicherung). Komerčně pojištěnému pacientovi vystavuje pokladenský lékař účet, který předloží k proplácení komerční pojišťovně. U GKV je postup jiný, dvoustupňový. Na prvním stupni se mezi smluvními partnery stanoví výše celkové úhrady sdružením pokladenských lékařů. Na druhém stupni následuje poukazování úhrad jednotlivým pokladenským lékařům. Úhradu sjednanou v celkových dohodách poukazují nemocenské pokladny sdružením pokladenských lékařů. Pod pojmem celková úhrada se rozumí částka všech úhrad, které jsou nemocenské pokladny podle smlouvy povinny zaplatit za čtvrtletí za lékařské výkony. Výše celkové sumy se dohodne v kolektivní smlouvě (Gesamtvertrag) a může mít buď formu paušální platby nebo může být diferencována podle jednotlivých výkonů. Sociální zákoník Německa ustanovuje, že se při plnění smluv o celkových úhradách musí brát zřetel na náklady lékařské praxe a na pracovní dobu, potřebnou k provádění lékařských výkonů, hrazených nemocenskou pokladnou. Musí se při tom dbát i na rozsah a způsob lékařských výkonů, pokud jde o tarifní navýšení.<sup>19</sup>

## 4.2 Velká Británie

### *Primární péče*

Primární péče britských praktických lékařů má dlouhou a věhlasnou tradici. Prestiž praktických lékařů u obyvatelstva i v lékařské profesi je velmi vysoká. Zaujímají významné postavení, jak patrně z následujícího přehledu:

Nemocniční lékaři

---

<sup>19</sup> Busse R., Riesberg A.: Health Care Systems in Transition – Germany, 2004

Odborníci (konzultanti)	20 000
Sekundáři a lékaři v předatestační přípravě	40 000
Praktičtí lékaři	35 000
Jiní lékaři (veř. zdrav., výuka mediků, výzkum)	7 000

V průměru připadá jeden praktický lékař na 2 000 registrovaných občanů. Většina praktiků pracuje ve skupinových praxích, jen 10 % pracuje v „solopraxi“. Přes 60 % praktiků pracuje ve skupině čítající čtyři nebo více lékařů. Tým primární péče sestává z 20-30 pracovníků a pracovníc, z nichž někteří jsou placeni z prostředků, které dostávají od státu praktičtí lékaři, ostatní jsou placeni z jiných zdrojů Národní zdravotní služby a jsou do týmu přiřazeni.<sup>20</sup>

V průměrné skupinové praxi, mající na starost cca 10 000 obyvatel, působí pět praktických lékařů, 3 registrované sestry (na částečný úvazek), 1 manažer, 10 recepčních (na částečné úvazky a 2 sekretářky, které též obsluhují PC. Přiřazeno je 5 obvodních sester, činných v návštěvní službě, 2 porodní asistentky (na částečné úvazky) a 2 sociální pracovníce.

- Funkční náplň dohodnutá mezi praktickými lékaři a státní zdravotní správou zahrnuje poskytování komplexní péče, což znamená plnění těchto povinností:
- Osobní a rodinná zdravotní péče včetně návštěvní služby
- Dlouhodobá péče
- Dostupnost těchto služeb po 24 hodin
- Role gatekeepera a koordinace s odbornými lékaři a službami nemocničními
- Povinnosti v prevenci nemocí, udržování a upevňování zdraví, očkování, onkologický screening žen, prohlídky nových pacientů a pravidelné prohlídky všech osob starších 75 let

Jak vypadá v praxi činnost průměrného britského praktického lékaře, u kterého je registrováno 2 000 občanů, sledoval po dlouhá léta John Fry. Společně s J. Horderem sestavili následující přehled (data z roku 1999):

- 70 % registrovaných občanů kontaktovalo v průběhu roku svého praktického lékaře
- 90 % rodin kontaktovalo svého praktického lékaře vícekrát do roka
- Frekvence návštěv pacienta v ordinaci a lékaře v jeho domácnosti byla velmi nízká: 3,5 na osobu. Ročně to bylo na jednoho lékaře 7 000 kontaktů lékař – pacient, denně tedy 27 kontaktů, z toho 24 v ordinaci a při návštěvní službě. Na jeden kontakt připadlo v průměru 8,25 minut.

<sup>20</sup> Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 2004

- Praktický lékař strávil týdně 37 hodin v kontaktu s pacienty, 5 hodin věnoval jiným profesním povinnostem a byl v pohotovosti na telefonu 15 hodin, celkem 57 hodin
- Počet léků předepsaných praktickým lékařem byl ročně 8,8 na jednu osobu. 60 % kontaktů bylo spojeno s preskripcí léků. Co do nákladů to znamenalo 7 liber na jednu preskripci. Na jednoho registrovaného občana připadalo preskripcí za 6 liber ročně. Jeden praktický lékař předepsal za rok v průměru léky za 105 000 liber.<sup>21</sup>

V mnoha směrech ovlivňuje britská soustava primární péče ambulantní služby i v jiných evropských zemích, a to nejen příkladem dobré praxe, ale i inovacemi. Soustava „fundholding“ znamenala posílení pozice britských praktických lékařů. Dalším posílením je reforma primární péče, zavedená 1. dubna 1999 (viz dále).

K silným stránkám služby praktických lékařů ve Spojeném království patří: solidní pozice v medicíně i v populaci. Praktický lékař tvoří jedinou vstupní bránu do soustavy zdravotní péče (gate-keeper). Další předností jsou nízké náklady primárních služeb, týmová práce, plnění povinností vůči komunitě, prevence, podpora zdraví a konečně: dobré vztahy mezi praktickými a odbornými lékaři.

### ***Ambulantní péče odborníků***

Nepočítáme-li malý podíl péče poskytované specialisty nemocnic v rámci jejich soukromé praxe, ambulantní péči odborníků zajišťují výhradně nemocnice. Až na tuto soukromou praxi se pacienti nemohou obracet na odborníky přímo. Specialisté, hlavně tzv. consultants, kteří jsou na základě zkoušek atestováni na úrovni našich primářů, působí kromě služby „u lůžka“ také na ambulantních odděleních nemocnic (out-patient departments) a v malé míře navštěvují pacienty i v jejich domovech. Do péče ambulantních složek nemocnic předávají praktičtí lékaři jen asi 10 % případů, o ostatní se starají sami. Mezi těchto 10 % patří i pacienti, odesílaní do nemocnic kvůli laboratorním vyšetřením na rtg, což jsou úkony, které v jiných zemích obstarávají sama ambulantní zařízení, samostatné laboratoře atp.

Plat konzultantů je ovlivněn délkou pracovní doby, stářím a atestacemi. Asi třetina z nich dostává příplatky. Jejich výše je určena tak, že konzultanti mající na příplatky nárok, jsou rozděleni do tří kategorií. O zařazení rozhoduje regionální poradní orgán. Nejvyšší kategorie A dostávala na konci devadesátých let příplatek ve výši 35 až 48 000 liber, kategorie B cca 20

---

<sup>21</sup> Fry J., Horder J.:RCGP Research Units Records, 1957-1993

000 liber. Většina konzultantů má nárok na příplatek cca 10 000 liber ročně. Nejpočetnější složkou nemocničních lékařů jsou sekundáři, vesměs lékaři v předatestační přípravě.

Souhrnné statistiky, z nichž by vyplývalo, jaký je podíl práce lékařů v nemocnicích u lůžka a na ambulantních odděleních nemocnic, nejsou k dispozici, protože lékař v nemocnici, ať už konzultant nebo sekundář, pracuje zpravidla jak v lůžkové části, tak na ambulanci.

V roce 2005 pracovalo v nemocnicích ve Velké Británii přes 45 000 lékařů. Nejpočetnějším oddělením byla interna (5 883 lékaři), následovala všeobecná chirurgie (4 712 chirurgů), psychiatrie (4 318), gynekologie a porodnictví (3 915), pediatrie (3 521), traumatologie a ortopedie (3 239). V geriatrické medicíně působilo 2 885 specialistů. Celkem pracovalo v nemocnicích Velké Británie přes 1,2 milionu zaměstnanců. Podle statistických přehledů BASYS byl tento ukazatel nižší: v roce 1991 to bylo 794 000 a v roce 2005 přes milion lékařů a ostatních pracovníků. Sester pracuje v britských nemocnicích přes půl milionu.<sup>22</sup>

### 4.3 Nizozemí

Podobně jako v jiných západoevropských zemích je i v Nizozemí páteří ambulantních služeb praktický lékař, hlavní osobnost holandské primární péče. Zdravotnická soustava země má tři jasné vymezené od sebe oddělené sféry činnosti:

- Služby praktických lékařů
- Služby odborných specialistů a nemocnic
- Služby komunitní a veřejného zdravotnictví

Ke kladům soustavy patří dobré služby a efektivní organizace péče o staré občany, tělesně postižené, osoby s porušeným duševním zdravím a plánované služby veřejného zdravotnictví.

Lékařský stav se dělí takto:

- 6 500 praktických lékařů
- 12 500 specialistů
- 18 650 jiných (zahrnuje lékaře pracující v rozvinutém systému léčeben, sanatorií a domovů, lékaře pracující v komunitní medicíně, ve výzkumu aj.)

#### *Primární péče*

Dvě třetiny holandských praktických lékařů pracují ve vlastních soukromých ordinacích, téměř třetina ve skupinových praxích a ve zdravotnických střediscích. Za optimální počet

---

<sup>22</sup> Health Statistics dostupné na <http://www.oecd.org/topicstatportal>



pacientů na jednoho praktického lékaře se v zemi považuje soubor cca 2 250 občanů. Uplatňuje se snaha odrazovat od lékařských praxí s méně než 800 a více než 2 750 občany.

V průměru dochází u jednoho praktického lékaře ke 43 konzultacím denně. Z toho připadá osm na kontakty v návštěvní službě. Frekvence převodů do péče odborných lékařů je obdobou situace ve Velké Británii. Ze 100 konzultací končí cca 90 u praktického lékaře.

Z téměř 10% zbytku se dostane 6 ke specialistům v nemocnicích, ostatní připadají na rozvinuté pečovatelské a rehabilitační služby.

Za přednost nizozemské primární péče se pokládá orientace na rodinu, významná spoluúčast pracovníků primárních služeb na péči o staré občany a chroniky, systém honorování (ze 2/3 per capita, z 1/3 podle výkonů u soukromě pojištěných osob), role praktického lékaře jako gate-keepera, registrace pacientů u soukromého praktického lékaře, poměrně vysoký příjem praktických lékařů, dobře vybavené ordinace a některá zdravotnická střediska.

Za slabost primární péče v Nizozemí se považují vysoké náklady zdravotní péče – 9,24 % HDP, což kontrastuje s 8,60 % ve Velké Británii s obdobným postavením primární péče.

K dalším záporům patří ne vždy uspokojivý vývoj vztahů mezi praktickými a odbornými lékaři a nedostatečná spolupráce praktických lékařů s veřejným zdravotnictvím.

Dostupnost péče praktického lékaře je 24 hodin denně a 7 dnů v týdnu. Systém jejího poskytování umožňuje dlouhodobou a kontinuální péči. Důležitou její složkou je i vedení soustavné dokumentace.

Nizozemské praktické lékařství má silnou tradici, pokud jde o zaměření na rodinu. U praktického lékaře jsou registrovány celé rodiny. K tomu přispívá stále dosud vysoké procento návštěv lékaře v domácnosti pacienta (17 %). Tzv. ženští praktičtí lékaři tvoří 13 % všech praktických lékařů.

Vstup do profese praktických lékařů není v Nizozemí snadný. Předpokládá tříroční specializační přípravu (z toho dva roky praxe v zařízení rodinného lékařství).

K pozitivním znakům holandského praktického lékařství patří zejména účelná farmakoterapie. Pacientovi se vystavuje předpis na lék jen ve 2/3 kontaktu s lékařem. Kromě toho se léky předepisují jen u málo více než poloviny všech diagnóz – oproti ¾ až 100 % v jiných evropských zemích. Příznivá situace v předepisování léků se mimo jiné vysvětluje tím, že holandští praktici věnují hodně času svým pacientům, jak pokud jde o vyslechnutí jejich potíží, tak pokud jde o udílení rad a doporučení. Na obojí připadá v rozvrhu práce lékaře dostatek času.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

### ***Odborné ambulantní služby***

V zemi existuje přesná dělící čára mezi praktiky a odbornými lékaři. Prakticky neexistuje přímá dostupnost ambulantních odborných služeb. Až na úrazy a náhlé příhody není holandský občan oprávněn obracet se přímo na specialistu nebo na ambulantní oddělení nemocnice. Vždy potřebuje doporučení svého praktického lékaře, který je opravdovým strážcem brány do ambulantních a lůžkových zdravotnických služeb. Po sjednání tohoto vstupu odborný lékař určuje, zda bude pacient dále v péči ambulantní či lůžkové části nemocnice. V roce 2005 mělo kontakt s odborným lékařem asi 45 % obyvatelstva. Praktický lékař zvažuje odeslání pacienta k odbornému lékaři teprve po vyjasnění případu z hlediska skutečné potřeby odborné péče. To ukazuje významnost „gate-keepera“, jehož funkce vede k prevenci zbytečných diagnostických testů, neúčinných hospitalizací atd.

Holandští praktičtí lékaři nemají nemocniční privilegia (např. na rozdíl od rodinných lékařů v USA): nemohou sami rozhodovat o hospitalizacích a nemohou léčit své pacienty v nemocnicích. Podobně jako britští kolegové však mohou využívat „komplementu“ (laboratoří, rtg zařízení atp.). Ačkoliv praktičtí lékaři navštěvují někdy své pacienty v nemocnici, není to obvyklé. Projevuje se tu nedostatek holandského zdravotnického systému: mezera, někdy až propast mezi primární a specializovanou (ambulantní a lůžkovou) péčí.<sup>24</sup>

## **4.4 Rakousko**

Ačkoliv se Rakousko z hlediska pojistného zajištění zdravotní péče vyvíjelo podle zásad bismarckovského modelu, skýtá jeho situace v ambulantní péči jiný obraz než např. v sousedním Německu. Tam je dnes počet zaměstnanců v ambulantní a stacionární péči půl na půl. Mezi 29 000 počtu praktických lékařů, odborných lékařů, praktikujících medicínu jako svobodné povolání a podle počtu lékařů – zaměstnanců. Pro srovnání údajů této práce (ale i většiny příslušných statistik o lékařské profesi) je obvyklejší první členění. Mimo jiné je tomu tak i proto, že dělící čára mezi lékaři – zaměstnanci a lékaři soukromě praktikujícími je v Rakousku často nejasná: mnoho lékařů, převážně odborných, pracuje za plat v nemocnici nebo v jejich ambulatoriu a ve zbývajícím čase provozuje soukromou praxi. Kam je zařazovat? Podle prvního dělení působí v lékařské profesi:

---

<sup>24</sup> Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

- 19 322 osob jako praktičtí lékaři
- 13 141 osob jako odborní lékaři
- 6 630 osob jako lékaři v přípravě

V relativním vyjádření to znamená, že 32 % všech lékařů pracuje jako praktičtí lékaři, 45,2 % jako odborní lékaři a mladých lékařů ve specializační přípravě je 22,8 %. Jeden praktický lékař připadá na 846 obyvatel, jeden odborný lékař na 600 obyvatel a jeden lékař v přípravě na 1 189 obyvatel. Za plat pracuje 3 600 praktických lékařů ve střediscích různého druhu a poliklinikách, provozovaných nemocenskými pokladnami.<sup>25</sup>

### ***Specialisté***

Ze 13 000 odborných lékařů bylo v zaměstnaneckém poměru 4 397, kdežto 8 744 mělo soukromou praxi.

Specialistů přibylo v Rakousku za posledních 5 let o 38,6 %. Nejvíce přibylo chirurgů (o 71 %), následovali psychiatři (32 %) a internisté (27 %). V absolutním vyjádření vypadá nárůst rakouských specialistů hrozivěji: chirurgové: skok ze 415 v roce 1989 na 726 v roce 1993. Internisté se rozmnožili z 992 na 1 257 atd.

(Shora uvedený statistický přehled, mapující stupeň vývoje rakouského zdravotnictví, odpovídá stavu z let 1992 až 1993. Tehdy mělo Rakousko 7 884 200 obyvatel a jeden lékař připadal na 279 obyvatel – proti stavu roku 1955, kdy to bylo 543 obyvatel.)

### ***Praktičtí lékaři***

Ordinují převážně v soukromých praxích. Na jednoho soukromě praktikujícího lékaře připadalo v roce 2005 1 678 obyvatel. Proti tomuto průměru stojí Vídeň, kde jeden praktický lékař připadal na 1 300 obyvatel.

Pětina soukromých praktiků je starší než 55 let. Podle prognóz je tedy potřeba 1 250 mladých praktických lékařů. Věkové složení zaměstnaných praktiků je odlišné. 98 % je jich mladší než 56 let.

Dostí početná skupina lékařů ve specializační přípravě pracuje většinou za plat. Je zajímavé, že více než polovina z nich absolvuje svou specializační přípravu ve dvou z devíti spolkových zemí: ve Vídni a v Tyrolsku.

---

<sup>25</sup> Hofmarcher M.M., Rack H.M.: Health Care Systems in Transition, 2006

Je užitečné zamyslet se na dosavadním vývojem lékařské profese našeho jižního souseda. V jednoznačné převaze byl růst počtu odborných lékařů. Vezmeme-li stav v roce 1955 za 100, pak index u praktických lékařů byl v roce 2005 200. U odborných lékařů to bylo 374.

### ***Regulace rozmístění lékařů***

Teoreticky se lékař může usadit kdekoli. Praxe je však odlišná. Každý soukromě praktikující lékař – ať už praktik, nebo specialista – musí mít smlouvu s nemocenskou pojišťovnou, aby byl honorován za své služby pojištěncům. Počet smluv a rozmístění lékařů bylo v roce 1978 dojednáno mezi ústředím nemocenských pojišťoven a rakouskou lékařskou komorou.

### ***Modality práce rakouského praktika a specialisty***

- Spolupráce s jinými praktickými lékaři: vzácná. Přes 90 % praktiků pracuje v solopraxi. Skupinové praxe jsou řídké. Praktici v zaměstnaneckém poměru působí hlavně v poliklinikách nemocenských pojišťoven, jejichž síť zahrnuje 440 zařízení, z toho polovina je stomatologických.
- Pacienti nejsou formálně nuceni se registrovat u určitého praktického lékaře. Jsou však k němu vázáni po dobu čtvrt roku od vstupu od jeho péče.
- Návštěvy pacientů v jejich domácnostech patří k normálním povinnostem praktického lékaře. Za pobytu v nemocnici praktik svého pacienta nenavštěvuje.
- Pracovní hodiny: praktik musí být k dispozici svým pacientům v pracovní dny od 9,00 do 19,00 hodin. Pohotovostní návštěvy a službu první pomoci obstarávají ambulance s řidičem a někdy s lékařem. Návštěvy praktiků mimo ordinační hodiny se realizují na základě dohod mezi nimi. Ve velkých městech organizují tyto služby zdravotní orgány.
- Specialisté nenavštěvují pacienty doma. Primáři nemocnic mají privátní praxe.
- Systém odměňování lékařů: z části kapitační platba, z části odměna za výkon. Specialisté v soukromé praxi jsou odměňováni podle výkonů. Nemocniční lékaři jsou honorováni platem.
- Dostupnost ambulantních specializačních služeb: odborní lékaři často pracují v ambulatoriích, což jsou pracoviště mimo nemocnici. Pro laboratorní vyšetření a rtg je obligatorně potřeba doporučení praktického lékaře ke specialistovi.<sup>26</sup>

Financování zdravotní péče v Rakousku je zásadně ovlivněno příznivou ekonomickou situací země, o níž svědčí následující data (2005):

---

<sup>26</sup> Hofmarcher M.M., Rack H.M.: Health Care Systems in Transition, 2006

- 222,9 HDP (miliardy dolarů)
- 3,9 HDP (meziroční nárůst)
- 0,5 % inflace
- 4,4 % nezaměstnanost

## 5. Ambulantní péče v ČR

České zdravotnictví prochází permanentními změnami, často zapříčiněnými primárním nedostatkem ucelené koncepce jeho cílové podoby. Probíhají změny od drobných technických až po systémové v organizaci, vykazování dat a dalších částech systému.

### 5.1 Síť ambulantních zařízení

Současná forma sítě zdravotnických zařízení je výsledkem masivního procesu decentralizace devadesátých let dvacátého století. V první fázi byly rozpuštěny OÚNZ a KÚNZ a jednotlivá ZZ získala právní subjektivitu a vysokou míru ekonomické autonomie. Státní zdravotní správa byla začleněna do okresních úřadů jako referáty zdravotnictví v čele se zdravotní radou, jejich legislativní i finanční pravomoci jsou však velmi slabé. Poskytování péče je odděleno od financování, to je převedeno do pravomoci zdravotních pojišťoven, tzv. platba třetí stranou. Druhá fáze decentralizace se týkala zejména ambulantních služeb. Mnoho poliklinik se rozdělilo na jednotlivé praxe, jejichž většina byla privatizována. Velké množství privátních praxí bylo rovněž založeno mimo bývalé polikliniky. Všichni samostatní poskytovatelé pracují jako kontrahenti zdravotních pojišťoven: soukromé v tomto smyslu znamená vždy soukromé poskytování péče – veřejné financování.

Legislativa i zdravotnická statistika v ČR rozděluje zdravotnická zařízení (ZZ) na státní (zřizovaná ministerstvem zdravotnictví a okresními úřady) a nestátní, k nimž patří zdravotnická zařízení obecní či městská, soukromá, církevní, zařízení zřizovaná nevládními organizacemi apod. Tabulka č. 14 poskytuje všeobecný přehled o počtech ZZ, počtu lékařů a středních zdravotních pracovníků (SZP).

Celkový počet zdravotnických zařízení vzrostl k 31.12.2005. na 27.168, z toho bylo 657 zařízení státních a 26.511 privátních. Přibližně polovinu z nich tvoří ordinace jednoho lékaře. Počet lékařů: z celkového počtu 43 287 lékařů – fyzických osob (včetně 6 906 stomatologů), pracujících v resortu zdravotnictví k 31.12.2005, téměř 62 % pracovalo v nestátním sektoru (56 % v privátních ordinacích). 72 % lékařů pracovalo v ambulantní péči, z níž 80 % bylo provozováno v nestátním, převážně soukromém sektoru (74 %). Jen 23 % ambulantní péče je zajišťováno státními ZZ (měřeno úvazky lékařů).<sup>27</sup>

Systém primární péče (PP) je tvořen sítí PL pro dospělé, PL pro děti a dorost, terénními gynekology a stomatology. K 31.12.2005 bylo v ČR evidováno 5 244 PL pro dospělé (přepočtené stavy na celé úvazky – fyzických osob je tedy více a na 1 úvazek tak připadalo 1

---

<sup>27</sup> <http://csu.statnisprava.cz/csu>

800 osob starších 15ti let. Vzhledem k tomu, že u skupiny osob 15-19 let se překrývá péče PL pro dospělé a PL pro děti a dorost, připadalo reálně na 1 PL pro dospělé 1 550 osob. 95 % pro dospělé pracovalo v nestátním sektoru (privátní lékaři). PL pro děti a dorost bylo ke stejnému datu evidováno v ČR celkem 2 195 a na 1 lékaře připadalo v průměru 1 200 dětí a mládeže. 96 % PL pro děti a dorost pracovalo v nestátním sektoru. Ambulantních lékařů – gynekologů pracovalo koncem roku 2005 celkem 2 368, na 1 lékaře připadalo v průměru 5 000 žen. 97 % ambulantních gynekologů pracovalo v nestátním sektoru. Stomatologů pracovalo 6 630, což představovalo 1 900 osob na 1 stomatologa, z nichž 98 % pracovalo v nestátním (privátním) sektoru.

Specializovaná ambulantní péče je tvořena dvěma sítěmi ZZ. První tvoří 7 735 samostatných, většinou privátních ordinací jednoho lékaře a statistikou nespécifikovaný počet poliklinik a sdružených praxí. V nich pracuje téměř 10 000 odborných ambulantních lékařů (OAL), což v přepočteném stavu znamená přes 10 000 fyzických osob a přes 20 000 sester a dalších SZP. Druhá síť je tvořena ambulantními odděleními 195 nemocnic, v nichž pracuje asi 6 000 lékařů a přibližně 26 300 sester a SZP.

Dalších zhruba 500 lékařů a nejméně 4 000 sester a dalších SZP pracuje ve zdravotnických zařízeních podnikových a dalších. Část lékařů jsou PL, část OAL v oblasti rehabilitace a dalších služeb.

Mimo resort zdravotnictví jsou poskytovány zdravotní služby v resortech obrany (armáda), vnitra (policie), spravedlnosti (věznice) a dopravy (železnice). V samostatných ambulantních zařízeních těchto resortů pracuje 485 lékařů a 880 SZP.

Tabulka č. 6: Přehled sítě zdravotnických zařízení<sup>28</sup>

<b>Zdravotnická zařízení celkem (stav k 31. 12.)</b>					
Ukazatel	2000	2002	2003	2004	2005
<b>Zdravotnická zařízení celkem</b>					
lůžka (místa)	119 353	119 865	121 651	120 936	120 300
lékaři	38 330,0	39 783,9	40 036,6	40 371,1	40 802,5
v tom:					
<b>Nemocnice (lůžková a ambulantní část)</b>					
zařízení	211	201	201	197	195
lůžka	67 457	66 668	66 492	65 488	65 022
místa	621	616	654	638	634
lékaři	15 438,3	16 095,6	16 393,5	16 338,0	16 495,4
<b>Odborné léčebné ústavy, celkem</b>					
zařízení	223	237	246	249	247
lůžka (místa)	44 846	46 324	48 093	48 342	48 124
lékaři	1 308,6	1 381,3	1 429,5	1 441,9	1 519,3
v tom:					
<b>Léčebny pro dlouhodobě nemocné</b>					
zařízení	75	80	76	73	73
lůžka (místa)	6 713	7 438	7 285	7 276	7 349
lékaři	228,8	265,2	267,2	281,5	324,4
<b>Léčebny TBC a respiračních nemocí</b>					
zařízení	11	11	9	9	9
lůžka	1 300	1 192	1 080	1 060	987
lékaři	68,5	70,7	56,8	52,5	43,6
<b>Psychiatrické léčebny</b>					
zařízení	21	21	21	21	20
lůžka	10 075	10 045	9 977	9 951	9 858
lékaři	455,4	464,8	487,1	495,0	510,3
<b>Rehabilitační ústavy</b>					
zařízení	5	5	5	6	6
lůžka	880	886	886	989	990
lékaři	33,8	31,2	37,0	41,8	48,5
<b>Lázeňské léčebny</b>					
zařízení	63	68	82	83	84
lůžka	22 179	22 972	25 058	25 149	25 235
lékaři	337,0	343,2	365,7	347,4	336,7
<b>Ozdravovny</b>					
zařízení	14	14	14	13	10
lůžka	964	964	964	929	734
lékaři	5,2	5,4	5,3	4,9	4,8

<sup>28</sup> <http://csu.statnisprava.cz/csu>



<b>Hospice</b>					
zařízení	6	6	7	11	13
lůžka	158	171	203	293	335
lékaři	7,8	11,6	14,4	17,4	22,3
<b>Ostatní lůžková zařízení</b>					
lůžka (místa)	2 577	2 656	2 640	2 695	2 636
lékaři	172,1	189,2	196,0	201,4	228,7
Ukazatel	2000	2002	2003	2004	2005
<b>Samostatná ambulantní zařízení</b>					
místa	264	305	315	389	437
lékaři	20 399,8	21 011,8	21 352,2	21 642,4	21 832,2
z toho:					
<b>Polikliniky, sdružená ambulantní zařízení</b>					
místa	29	29	29	36	16
lékaři	1 323,6	1 381,3	1 396,6	1 416,7	1 480,5
<b>Zdravotnická střediska</b>					
místa	26	26	26	26	26
lékaři	582,9	528,4	506,0	430,1	411,5
<b>Primární péče - samostatné ordinace:</b>					
praktického lékaře:	13 159,3	13 339,6	13 393,1	13 503,7	13 557,4
pro dospělé	4 421,4	4 458,8	4 503,0	4 527,6	4 540,9
pro děti a dorost	2 095,1	2 099,3	2 096,6	2 101,7	2 080,9
zubního lékaře	5 635,6	5 710,7	5 711,3	5 767,2	5 822,8
gynekologa	1 007,2	1 070,8	1 082,2	1 107,2	1 112,9
<b>Samostatné ordinace odborného lékaře specialisty</b>					
místa	38	29	32	28	52
lékaři	4 965,0	5 411,9	5 691,5	5 918,2	6 019,2
<b>Zvláštní zdravotnická zařízení</b>					
místa	6 165	5 952	6 097	6 079	6 083
lékaři	462,1	511,2	556,0	641,5	671,9
z toho:					
<b>Kojenecké ústavy a dětské domovy</b>					
zařízení	39	38	38	37	37
místa	2 060	2 034	2 049	2 041	2 027
lékaři	37,5	39,2	37,2	40,3	32,9
<b>Dětské stacionáře a dětská centra</b>					
zařízení	55	48	47	46	46
místa	1 752	1 562	1 571	1 570	1 556
lékaři	17,0	16,3	15,2	12,4	14,7
<b>Zařízení lékárenské péče</b>					
lékárny a výdejny zdravotnických prostředků	1 893	2 417	2 478	2 569	2 644
lékaři	1,8	0,1	0,1	0,0	0,0
<b>Zařízení orgánů ochrany veřejného zdraví</b>					
zařízení	87	86	30	30	30
lékaři	665,2	645,7	218,8	226,1	232,5
<b>Ostatní zdravotnická zařízení</b>					
lékaři	54,2	138,2	86,5	81,2	51,1

Tabulka č. 7: Přehled lékařů podle hlavního oboru činnosti k 31.12.2005<sup>29</sup>

<b>Lékaři podle hlavního oboru činnosti k 31. 12. 2005</b>				
Obor	Lékaři celkem	v tom		% žen
	<i>Physicians, total</i>	muži	ženy	<i>% of females</i>
		<i>Males</i>	<i>Females</i>	
<b>Lékaři v evidenčním počtu a lékaři zaměstnavatelé</b>	<b>36 381</b>	<b>17 353</b>	<b>19 028</b>	<b>52,3</b>
vnitřní lékařství vč. podoborů	5 332	2 669	2 663	49,9
geriatrie	369	153	216	58,5
infekční lékařství	204	64	140	68,6
alergologie a klinická imunologie	371	107	264	71,2
tuberkulóza a respirační nemoci	606	248	358	59,1
neurologie	1 396	555	841	60,2
psychiatrie a sexuologie	1 429	579	850	59,5
pracovní lékařství	101	30	71	70,3
dětské lékařství a neonatologie	1 215	402	813	66,9
gynekologie a porodnictví	2 368	1 405	963	40,7
chirurgie	2 557	2 202	355	13,9
neurochirurgie	154	141	13	8,4
plastická chirurgie	152	105	47	30,9
kardiochirurgie	160	145	15	9,4
úrazová chirurgie (traumatologie)	132	125	7	5,3
anesteziologie a resuscitace	1 776	927	849	47,8
ortopedie	1 006	917	89	8,8
urologie	621	540	81	13,0
otorinolaryngologie	1 018	499	519	51,0
oftalmologie	1 182	320	862	72,9
dermatovenerologie	834	150	684	82,0
klinická onkologie	238	113	125	52,5
radiační onkologie	239	103	136	56,9
posudkové lékařství	447	169	278	62,2
praktické lékařství pro dospělé	5 244	2 079	3 165	60,4
praktické lékařství pro děti a dorost	2 195	296	1 899	86,5
klinická biochemie	229	108	121	52,8
hematologie a transfúzní lékařství	383	113	270	70,5
radiologie a zobrazovací metody	1 314	606	708	53,9
rehabilitační a fyzikální medicína	975	397	578	59,3

<sup>29</sup> <http://csu.statnisprava.cz/csu>

patologická anatomie a soudní lékařství	441	258	183	41,5
hygiena a epidemiologie	210	80	130	61,9
lékařská mikrobiologie	261	65	196	75,1
ostatní obory	1 222	683	539	44,1
<b>Lékaři přechodně neaktivní</b>	<b>1 231</b>	<b>101</b>	<b>1 130</b>	<b>91,8</b>

## 5.2 Poskytování péče

### 5.2.1 Ambulantní péče

Většina ambulantních lékařů (všeobecných praktiků i ambulantních specialistů) pracuje dnes na soukromé bázi jako smluvní partneři zdravotních pojišťoven (ve smyslu soukromé poskytování – veřejné financování). Vznikla tak síť soukromých ordinací, z nichž více než polovinu tvoří ordinace PL. V roce 1990 75 % všech OAL pracovalo pouze v nemocnicích a většinou pracovali ve své specializaci jak u lůžka, tak i v nemocničních ambulancích. Zbylých 25 % OAL a prakticky všichni OAL pracovali pouze na poliklinikách. PL samozřejmě také na vysunutých pracovištích v terénu, ty však byly organizačně součástí poliklinik. Dnes pracuje v nemocnicích a dalších lůžkových zařízeních pouze 18 % OAL. Od roku 1990 téměř všichni OAL z poliklinik a prakticky všichni PL zprivatizovali své ordinace. Tradiční síť ambulantních specialistů se dále rozšířila o nemocniční lékaře, kteří si otevřeli soukromé praxe, přičemž téměř 15 % z nich si ponechalo úvazky v nemocnici. Další kapacity ambulantní specializované péče tradičně existovaly a stále existují jako součást nemocnic, kde lékaři mohou využívat široké spektrum laboratorní a přístrojové techniky. Tyto nemocniční nelůžkové složky s komplexními službami jsou velmi frekventované. Vedle běžných, rutinních činností poskytují také komplexnější a nákladnější strukturu výkonů. Díky tomu a také díky snadné přístupnosti poměrně drahého nemocničního laboratorního a přístrojového vybavení, jsou nemocniční ambulance přibližně dvojnásobně nákladné ve srovnání s většinou privátních ordinací OAL stejné specializace. Mimořádně rychlý nárůst počtu samostatných ZZ mezi roky 1992-1995, výlučně v ambulantní péči byl jedním z velkých problémů financování zdravotnictví. V roce 1990 existovalo 7 750 ambulantních zařízení, na konci roku 1995 jejich počet stoupl na cca 22 000 a ke konci roku 2005 na téměř 30 000. Podle informací VZP tvoří režijní a další fixní náklady, které nesouvisejí s vlastní léčbou pacienta 80-90 % všech nákladů na ambulantní praxi. Nejde tedy pouze o počty lékařů, ale o počty praxí. Lze

řící, že náklady na jednu polikliniku s 20 OAL byly neporovnatelně nižší, než náklady na 20 samostatných praxí.<sup>30</sup>

Všeobecně se předpokládá, že PL a OAL odesílají pacienty k radiologickým a laboratorním vyšetřením častěji, než je tomu v zemích EU. Konkrétní údaje podporující toto tvrzení jsou k dispozici jen pro roky 1992-1993 z celoevropského výzkumu primární péče realizovaném NIVEL v holandském Utrechtu a ze specializovaného šetření Švýcarsko – česká republika roku 1994.<sup>31</sup>

Mezi poskytovateli zdravotní péče existuje konkurence, a to nejen mezi jednotlivými PL, ale díky přímému přístupu ke specialistům, také mezi odbornými ambulantními lékaři OAL, kteří soutěží o pacienty a zdroje. Žádoucí by bylo zavedení principů „gate-keeping“, které však stále není legislativně vyřešeno a Parlament ho opakovaně odmítl. Skutečnost, že v ČR existuje současně kapitační platba PL a přímý přístup k OAL je ve světě kuriozní. Jediný zdroj informací o rozsahu této anomálie je databáze VZP, která sleduje rozsah a strukturu všeobecné péče a indukované odborné ambulantní i nemocniční péče, avšak její možnosti regulačních opatření jsou velmi omezené.

Ambulantní lékaři, jak PL, tak i OAL, vykazují daleko větší míru kontaktů s pacienty, než je tomu v jiných evropských zemích (s výjimkou Rakouska a Německa) – 12,9 kontaktů za rok. Stomatologové vykazují 2,2 kontakty ročně. PL pro dospělé z tohoto počtu uskuteční 6,3 kontaktů, PL pro děti a dorost dokonce 8,1, a to včetně domácích návštěv. Zbýlých neuvěřitelných 6,6 kontaktů se odehrává v ordinacích OAL, což je dvojnásobek evropského průměru. Až 30 % občanů navštěvuje OAL přímo, zbytek návštěv je indukován PL, případně ostatními OAL. Důvodem je jednak nezkušenost PL a špatná technická vybavenost jejich praxí, což neumožňuje řešit některé komplikovanější stavy. Částečně také přetrvává praxe z minulosti, kdy PL pracoval především jako „dispečer“ pacientů do vyšších etází zdravotnictví a snažil se mít pouze nejnutnější odpovědnost. (Plat na množství a kvalitě práce nezávisel.) Je však nutno také říci, že čeští pacienti považují ve velké míře za jediné kvalitní a kvalifikované pouze ošetření ambulantním specialistou a vyžadují, často velmi aktivně, odeslání k OAL, v něhož mají obvykle větší důvěru než v PL. Není však doloženo, že by tento způsob spotřeby zdravotní péče vedl k lepšímu zdravotnímu stavu populace.

Koordinace zdravotních služeb je nedostatečná. Jedním z důsledků je i roztržitost zdravotnické dokumentace, která způsobuje obtíže při lékařském a sociálním rozhodování (např. k posuzování zdravotní způsobilosti k práci a jiným činnostem).

<sup>30</sup> Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, 2005

<sup>31</sup> Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

Rozsáhlá léčebná a preventivní péče, která byla dříve poskytována ekonomicky aktivním občanům zaměstnavateli téměř přestala existovat. Po rozpadu OÚNZů, jejichž byly závodní ordinace součástí, se většina těchto ordinací buď privatizovala, nebo alespoň otevřela i klientele mimo vlastní podnik. V souladu s úmluvou Mezinárodní organizace práce č. 161 má zaměstnavatel povinnost zajistit zdravé pracovní podmínky a zabezpečit všeobecné preventivní vyšetření pro všechny zaměstnance a specifická vyšetření pro vybrané skupiny ohrožené nemocemi z povolání. Zákon však povinnosti zaměstnavatele formuluje nedostatečně a neobsahuje sankční opatření pro případ neplnění. V důsledku toho většina (především malých) firem tuto péči nezabezpečuje, což má negativní ekonomické dopady na fondy zdravotního pojištění.<sup>32</sup>

### 5.3 Primární péče

Primární péče je v současné době reprezentována PL pro dospělé a PL pro děti a dorost. PL pro dospělé může převzít do péče dětské pacienty a naopak, pokud jsou splněny kvalifikační požadavky. Tato možnost je však využívána zřídka. Občané dávají přednost pediatrické péči o své děti. Povolání rodinného lékaře v České republice není správně definováno a jeho zavedení je předmětem odborných diskusí. Předpokladem bude schopnost lékaře poskytovat zdravotní péči všem věkovým skupinám a rozšíření spektra nabízených služeb, úlohu však také budou hrát místní a regionální potřeby.

V širším slova smyslu je mezi lékaře PP zařazován i stomatolog a ambulantní gynekolog, kteří však nemohou naplnit podmínku komplexnosti péče.

Neodmyslitelnou součástí PP jsou dnes také agentury domácí péče, které se v posledních letech stávají průkopníky integrace zdravotní a sociální sféry ve své komplexní formě.

Naprostá většina PL pracuje samostatně na základě smlouvy se zdravotními pojišťovkami a zaměstnává sestru, která často provádí také administrativu a návštěvní služby. PL pracují ve většině případů v pronajatých prostorách, jen menší část zprivatizovala svoji praxi včetně movitého a nemovitého majetku. Absolutně převažují tzv. sólo praxe (praxe jediného lékaře). Uplatnění konkurence, jakkoliv pozitivní zejména na chování lékařů, má svá obecná úskalí platná pro zdravotnictví, navíc lze jen těžko hovořit o konkurenci na venkově, kde další nejbližší lékař může být fakticky nedostupný.

---

<sup>32</sup> Vyhláška ministra zahraničních věcí č.145/1988 Sb.ze dne 18.srpna 1988 o Úmluvě o závodních zdravotních službách

Ve srovnání s rodinnými lékaři ve vyspělých evropských zemích jsou naše PL mnohem hůře technicky vybaveni (rtg, sono či moderní laboratorní vybavení jsou stále spíše výjimkou). Také spektrum výkonů, které provádějí, je významně užší (drobné chirurgické výkony, ORL či oční zákroky jsou výjimečné) než u jejich evropských kolegů. Podle mezinárodního šetření ve 29 evropských zemích, provedeného v devadesátých letech Holandským ústavem primární péče – NIVEL šlo asi o 30-60 % výkonů.<sup>33</sup> Rozsah výkonů, které smí a může provádět PL, je však stanoven dohodovacím řízením mezi VZP a ČLK, která zastupuje zájmy PL. ČLK však zastupuje také OAL, a tak může docházet ke střetu konkurujících si zájmů PL a OAL. Způsob platby za výkon PL dostatečně nemotivoval k zásadním změnám postojů a upevňoval přetrvávající dispečerský styl práce. Tyto postoje se však mění směrem k žádoucí větší autonomii PL.

Tradičně je vysoký počet kontaktů s pacientem, ten však byl běžný již v období socialistického zdravotnictví. V 90. letech byl silně podporován zavedením platby za výkon a nezměnil se ani po zavedení kapitačních plateb. V důsledku toho se průchodnost ordinací praktika stává významně vyšší ve srovnání s lékaři PP jiných evropských států (u nás je to okolo 50 pacientů v ordinaci za den). Vysoká četnost kontaktů ovlivňuje vysokou četnost preskripce a také vysokou míru indukce dalších vyšetření jak v laboratořích, tak i u OAL. Tento stav je však nejen důsledkem vlastní indukce lékařem, ale i zažitými zvyky pacientů, kteří lékaře navštěvují i s banálními zdravotními problémy (nutnost vystavení receptu, neschopenky apod.). Díky dlouhodobé ideologické interpretaci „bezplatného zdravotnictví“ neexistuje žádná motivace občana pro racionální zvažování skutečné odůvodněnosti návštěvy lékaře. Současně není právně podložena možnost omluvit nepřítomnost v práci ze zdravotních důvodů jinak než vystavením dokladu o pracovní neschopnosti lékařem.

#### **5.4 Odborná ambulantní péče**

Jistou zvláštností ČR je rozsáhlý sektor ambulantních specialistů, kteří nejsou vázáni na nemocnice. Byl založen již v socialistickém zdravotnictví, kde ambulantní specialisté pracovali v poliklinikách. V průběhu reformy, zejména díky privatizaci, se jejich počet značně rozrostl.

Rozsah odborných ambulantních služeb je v ČR ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi až pětinasobný. S tím souvisí i 2-3 násobný počet kontaktů pacienta s odborným specialistou (6,6 kontaktů za rok). Vysoký počet kontaktů je pochopitelně provázen vysokými náklady na

---

<sup>33</sup> Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

úhrady v rámci ambulantních služeb, včetně vysoké spotřeby léčiv a indukovaných výkonů laboratoří, RTG pracovišť apod. Zkušenosti roku 1997 po změně výkonových plateb na paušální ukazují, že se snížil objem poskytované péče asi o 20 %.

K odborným vyšetřením dochází jak z vůle pacientů, tak z vůle praktiků, ale i z vlastní vůle specialistů. Často je pacient poslán od jednoho odborníka k druhému a zpět a ne vždy je sledován pouze zájem pacienta. V souvislosti s absencí definice správných léčebných postupů (standardů) pro jednotlivé obory, nejsou ani dostatečně jasně definovány kompetence ve vztahu k dispenzarizaci vybraných chorob a chorobných stavů. To opět podporuje nevhodné konkurenční tlaky mezi praktiky a specialisty. Dochází tak k situacím, kdy PL z obavy, aby o „svého“ pacienta nepřišel, odesílá ke konziliu specialisty pozdě, jindy specialista „drží“ pacienta ve své péči nepřiměřeně dlouho a poskytuje mu péči i nad rámec své odbornosti.

ZP hradily do poloviny roku 1997 poskytnutou zdravotní péči podle seznamu zdravotnických výkonů platbou za jednotlivé výkony – tzv. systémem Fee For Service. S platností od 1.7.1997 vyhlásilo MZ ČR nový Seznam výkonů s novými bodovými hodnotami. Tento seznam byl kritizován jak poskytovateli, kteří byli přesvědčeni, že při stávající hodnotě bodu nebude úhrada ZP stačit na krytí reálných nákladů poskytnuté péče, tak ze strany ZP, jejichž představitelé tvrdili, že na proplacení předpokládaného rozsahu péče se stanovenou hodnotou bodu nebude vybrán dostatek prostředků z pojistného.

MZ a VZP připravily a zavedly ještě roku 1997 kapitační platby pro praktické lékaře. Přitom některé úkony jsou i nadále placeny platbou za výkon (FFS), např. preventivní prohlídky a návštěvní služba. Zdá se, že tento krok si získal sympatie mezi lékařskou veřejností. Logicky by měl být doprovázen omezením přímého vstupu pacienta k ambulantním specialistům a zavedením principu „gate-keeping“, neboť právě nedostatečná regulace výkonově hrazené specializované péče byla jedním z motorů nákladové inflace. To se ovšem nestalo.

Pro odborné ambulantní služby byly zavedeny od druhého pololetí 1997 paušální platby ve výši plateb za stejné čtvrtletí roku 1996 navýšené o inflaci. Pro úhradu 100 % paušální platby musí být poskytnuto alespoň 70 % objemu péče účtované ve stejném čtvrtletí minulého roku. Tato podmínka byla stanovena pojišťovny na základě vyjádření MZ ČR, podle níž je zhruba 20-30 % výkonů zbytných – poskytovaných pouze jako „honba za body“ a zvýšením zisku. Skutečně se posléze ukázalo, že objem poskytované péče ve vykazovaných výkonech se ve 2. pololetí roku 1997 snížil zhruba o 20 %, aniž by došlo ke zhoršení diagnostiky a léčby. Od 1.7.1998 byl systém financování OAL opět změněn na výkonový. OAL mají volbu mezi hodnotou bodu 1 Kč s omezením denní pracovní doby max. 9 hodin, nebo poloviční hodnotu bodu bez omezení pracovní doby. Jelikož hodnota bodu je obecně konstruována

podle času potřebného pro realizaci jednotlivých výkonů, je snaha po omezení doby v prvním případě logická.<sup>34</sup>

Od 1.7.1997 je stomatologická péče hrazena podle zvláštního sazebníku, kde výkony jsou ohodnoceny přímo v korunách, nikoliv v bodech. Některé výkony jsou agregované. Výkony s použitím nadstandardních materiálů hradí pacient celé, aniž by ZP proplácely cenu standardní procedury a materiálu.

Ambulantní péče lůžkových zařízení, která představuje 34 % příjmu nemocnic za poskytnutou péči, je hrazena formou paušálních plateb (popsané v minulém odstavci), lůžková péče rozpočtem, založeným na platbách referenčního čtvrtletí minulého roku, navýšeným o inflaci. Uvedené změny v odměňování PL, OAL i nemocnic znamenaly rychlou a zásadní změnu pobídkové struktury pro poskytovatele zdravotní péče. V důsledku ústupu od převládající platby za jednotlivé výkony zanikla motivace intenzivně se zabývat každým pacientem a poskytovat mu co nejširší spektrum hrazených výkonů. Naopak v důsledku zavedení kapacity, paušálů, rozpočtů a časových omezení, se objevuje motivace péči minimalizovat a u řady lékařů vzniká představa, že někteří pacienti jsou (zejména po splnění časového limitu) léčeni „zadarmo“, ačkoliv se objem finančních prostředků nemění a pro některé kategorie lékařů se dokonce zvýšil.<sup>35</sup>

Radikální návrhy na zúžení balíku péče hrazené ze zdravotního pojištění zatím neměly úspěch. S kladnou odezvou veřejnosti a zdravotnické reprezentace se nesetkaly ani návrhy na zavedení individuálních zdravotních spořicíh účtů inspirovaných singapurským modelem, které prosazoval tehdejší předseda vlády Klaus. Zavedení o něco větší míry spoluúčasti lze předvídat. Nelze však očekávat, že by v důsledku toho byla ohrožena finanční dostupnost služeb pro některé sociálně slabší skupiny obyvatel. Solidarita s nemocnými a rovný přístup ke zdravotní péči má pro českou společnost vysokou hodnotu a její ohrožení nebude žádná rozhodující politická síla riskovat.

## **5.5 Struktura výdajů**

Vývoj výdajů na hrazenou zdravotní péči je uveden podle údajů VZP, které lze pokládat za reprezentativní, protože zachycují zhruba 80 % populace. Uvedená tabulka ukazuje vývoj výdajů na jednoho pojištěnce podle různých poskytovatelů péče.

---

<sup>34</sup> Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

<sup>35</sup> Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999



Tabulka č. 8: Výdaje VZP na zdravotní péči na 1 pojištěnce

Vybrané druhy péče	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Praktičtí lékaři	543	562	601	664	722	727	739	787
Stomat. péče	658	667	698	745	776	811	816	803
Privátní OAL	639	698	765	883	971	1 077	1 153	1 285
Nemocnice ambulance	1 944	1 994	2 196	2 415	2 536	2 703	2 954	3 417
Nemocnice lůžka	2 915	2 987	3 294	3 623	3 804	4 020	4 190	4 494
Odborné léčebné ústavy	296	318	369	418	467	495	515	589
Léky na předpis	2 399	2 408	2 648	2 929	3 201	3 577	3 719	3 475
Celkem	9 394	9 634	10 571	11 677	12 261	13 410	14 086	14 850

Nemocniční ambulantní péče je částečně orientována na dražší péči vyžadující vyspělejší technologické vybavení a laboratorní a další „zázemí“ na rozdíl od soukromé praxe OAL. Obě složky, jak privátní OAL, tak nemocniční ambulantní lékaři indukují velké množství laboratorních výkonů a výkonů radiologických, které představují okolo 40 % všech výdajů na ambulantní péči.

## 5.6 Legislativní a organizační podmínky ambulantní péče

Stávající struktura OAP je tvořena jednak privátními ambulancemi a jednak ambulancemi, které jsou součástí větších zdravotnických zařízení, kde lékaři příslušného oboru pracují jako zaměstnanci.

Tvorba privátní struktury OAP byla umožněna přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, s účinností od 1.4.1992. V následujícím období platily všeobecně příznivé podmínky pro zřízení samostatné privátní praxe lékařů. Existovala zákonem ustanovená „kontraktační povinnost“ zdravotních pojišťoven, pro odborné specialisty byly stanoveny mírnější podmínky pro splnění odborné způsobilosti ze strany licenčního řádu České lékařské komory. Současně lze říci, že v té době platný seznam zdravotních výkonů – ceník lékařské práce, byl koncipován tak, aby podpořil ambulantní sféru a její rozvoj. Podporou tohoto procesu byla nepochybně i forma úhrady platbou za výkony bez průvodních regulačních mechanismů. Proto je možné i ze statistických dat doložit významnou dynamiku v počtu nově vzniklých privátních zdravotnických zařízení v tomto období. Nově vznikající nestátní zdravotnická zařízení využívala zpravidla movitý majetek

státu formou pronájmu. Proto se v této době hovoří o privatizaci činnosti, zatímco privatizace nemovitého majetku probíhala následně s určitým zpožděním. I když cílem privatizace bylo zprivatizovat prakticky celou ambulantní část, celý proces privatizace není dosud dokončen, především tam, kde se jednalo o privatizaci větších organizačních celků a kde byla např. pozastavena privatizace nemocnice. V tomto období došlo k masivnímu odchodu, především kvalifikovaných lékařů z nemocnic do privátní sféry.

Očekávání vkládaná do výsledných efektů privatizace nepochybně byla z globálního pohledu naplněna a jednoznačným přínosem byla změna postojů poskytovatelů ve vztahu k pacientům a k zájmu o řešení problémů zdraví občanů obecně. Současně je však nutno pravdivě konstatovat, že při posuzování těchto výsledků, existují mnohdy až neuvěřitelné rozdíly v přístupu jednotlivců. Na jedné straně existují privátní ambulance s luxusním vybavením a veškerým komfortem pro pacienta ve spojení s ochotou a skutečnou snahou pomoci. Ne vždy však tato pozitivní atmosféra zaručuje skutečně odborný a etický přístup poskytovatele zdravotní péče. Možnost objednání pacienta na určitou hodinu bývá samozřejmostí, stejně jako trvalá přítomnost lékaře až do večerních hodin v ambulanci. Samozřejmostí je pak i perfektní zabezpečení veškeré další související zdravotní péče, která je beze zbytku organizačně zajištěna touto ambulancí. Tyto ambulance hradí zpravidla svůj provoz od zdravotních pojišťoven, ale i z přímých plateb pacientů, které nejsou nevýznamnou položkou celkových příjmů. Nutno však zdůraznit, že počet takových ambulančí, kde je běžná přímá platba, není velký.

Na druhé straně pak existují i takové ambulance, kde kromě vlastního IČO na dveřích ambulance nic nenasvědčuje tomu, že příslušný lékař je privátní. Neexistuje možnost objednání, případně následného dodržení takto dohodnuté doby ošetření, spíše existují objednávací doby s čekací lhůtou několika měsíců, častá je nepřítomnost lékaře v ambulanci, mnohdy lze pozorovat i neochotu a nezájem.

Vzájemné vztahy mezi poskytovateli a pacienty jsou stále významně ovlivňovány přetrvávajícím paternalistickým přístupem lékařů ke svým pacientům, kteří se tomuto přístupu příliš nebrání, protože jim umožňuje i nadále pasivní přístup ke svému zdraví. V podstatě tato poloha většině občanů vyhovuje, a to nejen z důvodu existence zkušeností a zažitých tradic z minulých 40 let, ale i proto, že se jedná o přístup pohodlnější, který od nich prakticky nic nevyžaduje a neklade žádné nároky na samostatné rozhodování. Vlastně i pro lékaře je tato situace v řadě případů mnohem jednodušší, protože nejsou nuceni příliš se zabývat vysvětlováním, proč zvolili takový nebo jiný způsob odborného postupu.

Dalším dopadem privatizace bylo, samozřejmě s lokálními rozdíly, ohrožení provozu některých lůžkových oddělení v důsledku zásadního odlivu kvalifikovaných pracovníků, především zkušených lékařů. I tato skutečnost podstatně ovlivnila následný vývoj ve smyslu vzniku vícečetných praxí, kdy kvalifikovaný lékař pracuje ve své vlastní privátní ambulanci a na část úvazku je současně angažován ve své původní či jiné nemocnici. Taková praxe je nepochybně velmi výhodná pro lékaře, pro nemocnici pak bude nutností za situace nedostatku kvalifikovaných lékařů. Při posuzování těchto souběhů praxí je pak nutno zvažovat i jistý podíl marketingového uvažování managementu nemocnice. Privátní lékař, který je zaangažován (např. operačními výkony, výkony náročnými na drahou zdravotnickou techniku, účastí na ústavní pohotovostní službě apod.) je nejen odborným přínosem a přínosem coby pracovní síla, ale je zpravidla i významným donátorem klientely pro příslušnou nemocnici. Není proto v současné době výjimkou, že lůžkové oddělení je personálně zabezpečeno kvalifikovaným primářem a jedním neatestovaným sekundářem, oba v hlavním pracovním poměru v nemocnici, a dále několika kvalifikovanými privátními lékaři, kteří se v určitém rozsahu pracovního úvazku podílejí na chodu oddělení. Nemocnice s jistou výhodou pocítuje především účast lékařů „mimo spádové území“, neboť touto formou rozšiřuje svoji územní působnost a počet potenciálních klientů.

Současně je nutno zmínit významnou skutečnost mající kořeny také v tomto období. Touto skutečností je postupný rozvoj nebo zachování ambulančních v nemocnicích duplicitních k ambulančním privátním. Touto duplicitou je myšleno provozování oborových ambulančních při lůžku nad rámec běžné ambulantní péče úzce navazující na pobyt na lůžku. Dochází tak k rozšíření ambulantní sítě v příslušné lokalitě o ambulance lůžkového zařízení, což přináší pozitivní konkurenční tlak na poskytovatele a možnost výběru pro spotřebitele. Do systému úhrady tak vstupuje další subjekt, který si z úhrad zdravotních pojišťoven musí na sebe vydělat. Ze získaných informací lze usuzovat, že tato duplicitní ambulantní síť, vytvořená zřízením nebo zachováním původních odborných ambulančních v nemocnicích, je jednak důsledkem finančního tlaku, kdy zdravotní péče na lůžku není odpovídajícím způsobem ohodnocena a nemocnice provozem lukrativnějších ambulančních „vydělává“ na provoz lůžkové části. Jako další argument, který lze jen s obtížemi vyvrátit, je uváděna potřeba zajistit následnou návaznost na pobyt na lůžku, která má pozitivní vliv nejen na konečný efekt léčby, ale přináší i možnost komplexnějšího pohledu ošetřujícího lékaře na zdravotní případ jako takový. V neposlední řadě je nutno zmínit, že tyto nemocniční ambulance zpravidla významně předčí své privátní konkurenty rozsahem ordinačních hodin, kdy jsou svým pacientům k dispozici.

Na jedné straně lze tuto situaci ohodnotit jako nevhodnou a v některých lokalitách i nadbytečnou konkurenci privátním ambulancím, která má jednoznačně negativní dopady do systému úhrad. Jako další negativní a v mnohém i nebezpečný fakt vyplývající z této situace, je skutečnost, že v mnoha případech příslušná nemocnice zachovala odbornou ambulanci i po odchodu kvalifikovaného lékaře do privátu a to i v situaci, kdy nebyl v nemocnici zaměstnán jiný lékař s odpovídající kvalifikací. Příslušná ambulance tak byla provozována nadále s tím, že zdravotní péči v ní poskytoval lékař bez odpovídající kvalifikace.<sup>36</sup>

OAP poskytovaná lékaři – zaměstnanci je uskutečňována buď v rámci nemocničních ambulancí (státních či nestátních) nebo v rámci zprivatizovaných či nově vytvořených poliklinik nebo různých sdružení poskytujících ambulantní péči. Ve zdravotnických zařízeních poskytujících výhradně ambulantní péči je situace zpravidla přehledná ze strany dodržování odborné způsobilosti lékařů poskytujících zdravotní péči v příslušném oboru. Většinou všichni lékaři jsou držiteli příslušného osvědčení ČLK a zastupování lékařů v době jejich nepřítomnosti, pokud k němu dochází, je řešeno v rámci jednoho subjektu. Výsledné postoje jednotlivých lékařů vůči pacientům se odvíjejí nejen od individuálního přístupu jednotlivců, ale jsou zásadně ovlivňovány postoji majitele, resp. managementu konkrétního subjektu. Většinou v těchto zařízeních vedle sebe pracují privátní lékaři – spolumajitelé, kteří měli to štěstí, že byli ve správné chvíli na správném místě a měli možnost aktivně se účastnit na privatizaci nově vzniklého subjektu, a lékaři – zaměstnanci, kteří se na privatizaci účastnit nechtěli nebo z různých důvodů tuto možnost neměli. Jedná se v obou případech o samostatně pracující lékaře, kteří mají přirozenou snahu a odpovídající motivaci o vzájemnou kooperaci. Ta je dána nejen medicínskou potřebou, ale vychází i ze vzájemně výhodné ekonomické dělby. Právě v takovýchto sdružených zdravotnických zařízeních je téměř pravidlem, že pacient, který je ošetřen v jedné ambulanci, je následně vyšetřen i ve většině zbývajících. Taková praxe se, pochopitelně, vztahuje i na oddělení komplementu. Je velmi pravděpodobné, že ne vždy bude takovéto „vytěžování“ pacienta z hlediska lékařské indikace jednoznačné a nezbytné.

Poněkud odlišná situace panuje v nemocnicích (ale i v jiných lůžkových zařízeních), kde je vedle péče na lůžku poskytována i péče ambulantní formou. V ambulancích nemocnic poskytují zdravotní péči samostatně i lékaři bez odpovídající odborné způsobilosti. Z nedávané minulosti přetrvává stav, kdy nově nastoupivší lékař – absolvent je vržen do víru medicíny právě na ambulanci, kde vykonává zpravidla ty nejméně atraktivní činnosti pod

---

<sup>36</sup>Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

dohledem zkušené zdravotní sestry. Jistě je nezbytné, aby potřebnou praxi někde získal, jistě lze namítnout, že kvalifikovaný lékař je v nemocnici vždy (nebo téměř vždy) poblíž. Ale při srovnání podmínek, které musí splnit a dodržovat privátní lékař vždy a za všech okolností, pak posuzování tohoto stavu posouvá do poněkud jiné polohy. Situace je o to markantnější, že na nemocnici se obracejí právě privátní lékaři s žádostí o pomoc a radu nebo řešení v případech, které sami nejsou schopni vyřešit. Následně jsou překvapeni tím, že jimi odeslaný pacient byl vyšetřen a s následným diferenciálně-diagnostickým závěrem a doporučením odeslán zpět lékařem absolventem nebo lékařem s nižší kvalifikací než jakou má lékař odesílající pacienta do nemocnice. Tyto situace nepochybně nevystihují každodenní praxi, ale nejsou tak výjimečné, aby nebyly vnímány jako nepřijatelný problém. Jde o situaci, která při silícím tlaku na náklady lůžkových zařízení, bude pravděpodobně častější a bude vyžadovat důsledný dohled jak státních orgánů, tak i překonání místních lobbyistických vazeb v rámci okresních sdružení ČLK. Pravdou je, že využití stávajících právních předpisů a řádů ČLK může napomoci situaci řešit, ale k jejímu skutečnému vyřešení nebo preventivní zábraně vzniku takovýchto stavů bude nutné stávající normy upravit.

Nedořešeným problémem jsou vazby ambulantní péče (poskytovatelů) na státní správu a samosprávu.

Vazba na státní správu je vymezena především zákonem č. 160/1992 Sb. Běžnou praxí však je, že činnost příslušného referátu okresního úřadu se omezuje na vydání registrace po splnění zákonných podmínek a v dalším se činností nestátních zdravotnických zařízení nezabývá. Úroveň vydávaných registrací je velmi různá a plně se odvíjí od kvality pracovníků referátu.

Vazba na samosprávu se odvíjí od majetkových vztahů obce k určitému zdravotnickému zařízení a od míry osvícenosti reprezentace samosprávy ve vztahu ke zdravotnictví. Situaci vnímám opět jako velmi různorodou s tím, že výsledná podpora či nepodpora zdravotnictví v obci se bude odvíjet od konkrétních osobních zkušeností, potřeb a vztahů v místě.

Obdobně ne zcela dořešena je oblast vazeb ambulantní péče (jejich poskytovatelů) na lékařské komory. ČLK je ze zákona vybavena rozsáhlými a významnými pravomocemi, které mohou zabránit vstupu jednotlivce na trh privátních zdravotnických služeb. Jde o pravomoc zasahující do stěžejních občanských práv a je proto žádoucí, aby činnost samosprávných orgánů komor probíhala korektně ve vší vážnosti a s maximální mírou objektivit. ČLK jako stavovská organizace sdružuje a hájí lékařský stav. Řada lékařů však má za to, že ČLK je pouze od toho, aby jim vybojovala všemožné výhody a hájila je za všech okolností proti všemu. A v tom je právě zásadní omyl. Bude-li ČLK hájit stejně urputně lékaře poctivé, kteří dodržují pravidla a jsou v právu a stejně tak i lékaře méně poctivé, kteří chtějí ČLK zneužít

k získávání osobních výhod, nezíská nikdy odpovídající postavení ve společnosti. A toto postavení se odvíjí od jednání orgánů ČLK na všech úrovních.

Je zajímavým zjištěním, že orgány ČLK mají významnou pravomoc při vydávání lékařských licencí, ale jejich postavení se dostává do značné pasivní polohy v situacích, kdy zjistí následné porušení původně splněných podmínek. V takové situaci má možnost pouze předat svá zjištění příslušnému referátu městského (okresního) úřadu a vyčkat, zda-li dojde k nápravě.

## **5.7 Struktura poskytovaných ambulantních služeb**

### ***a) pohled diagnostický***

- Občané postproduktivního věku jsou klienty ambulantní sféry pouze v těch dg skupinách, kde je zhoršený zdravotní stav populace biologicky přirozený. V celkovém objemu požadovaných služeb však tato věková skupina není dominantní.
- Občané preproduktivního věku (děti) jsou dominantními klienty rovněž v biologicky zdůvodněných případech.
- Dominantní nároky na ambulantní sféru (absolutně i relativně) vytvářejí občané produktivního věku.

Téměř 250 dg skupin se redukuje na zhruba 70, (tj. méně než jedna třetina), jejichž frekvence je vyšší než 10 % dané kategorie. Zajímavý je i fakt, že nejfrekventovanější kategorie 210 – Celkové prohlídky je sycena především nespecifikovanými rutinními prohlídkami a vyšetřeními při návštěvách pacientů u lékaře – téměř s jistotou je možné říci, že u praktického – a obdobnými celkovými vyšetřeními a prohlídkami (vstupní apod.). Tato kategorie, stejně jako další dvě nejpočetnější: nemoci dýchacího a trávicího traktu, se týkají především populace v produktivním věku. Zde je zřejmě skryto tajemství vysoké frekvence návštěv PL, které jsou často vynucovány nutností si pořídit vysvědčení, potvrzení apod.

Je evidentní, že představa o populaci v penzijním věku, která zaplňuje čekárny ambulancí, je nesprávná, alespoň z pohledu poprvé diagnostikovaných případů v daném roce. Jiný pohled podávají chronici a jejich návštěvy v ordinacích. Až na trojnásobek zvýšené náklady na zdravotní péči seniorů je tak jednoznačně nutno přičíst hospitalizační, nikoliv ambulantní péči.

**b) pohled organizačně finanční**

Tabulka č. 9: Počty pacientů ambulantní sféry (2005)<sup>37</sup>

Odbor	Nemocniční ambulance	Privátní ambulance	Celkem
PL dospělí	1 247 797	14 047 781	15 295 578
PL děti	248 129	5 142 023	5 390 152
Stomatologie	350 810	365 926	716 736
Interna	5 946 266	4 387 546	10 333 811
Rehabilitace	812 406	1 222 477	2 034 883
Neurologie	508 208	770 011	1 278 219
Pediatric	395 844	149 666	545 510
Psychiatrie	191 726	542 124	733 850
Dermatologie	546 796	1 535 053	2 081 849
Chirurgie	2 022 930	1 446 686	3 469 616
Gynekologie	1 108 452	3 364 199	4 472 652
Ortopedie	573 114	1 063 937	1 637 051
ORL	653 727	1 370 584	2 024 310
Oftalmologie	724 854	2 066 746	2 791 600
ARO	304 277	21 066	325 343
Záchranná služba	97 219	92 710	189 929
Komplement	11 807 800	7 195 011	19 002 811
Celkem	27 540 354	44 783 545	72 323 899

<sup>37</sup> VZP – interní materiály

Tabulka č. 10: Počty pacientů ambulantní sféry v % (2005)<sup>38</sup>

Odbor	% nemocniční ambulance	% privátní ambulance	% odborná nem. ambulance	% odborná priv. ambulance
PL dospělí	8,2	91,8	4,5	31,4
PL děti	4,6	95,4	0,9	11,5
Stomatologie	48,9	51,1	1,3	0,8
Interna	57,5	42,5	21,6	9,8
Rehabilitace	39,9	60,1	2,9	2,7
Neurologie	39,8	60,2	1,8	1,7
Pediatric	72,6	27,4	1,4	0,3
Psychiatrie	26,1	73,9	0,7	1,2
Dermatologie	26,3	73,7	2,0	3,4
Chirurgie	58,3	41,7	7,3	3,2
Gynekologie	24,8	75,2	4,0	7,5
Ortopedie	35,0	65,0	2,1	2,4
ORL	32,3	67,7	2,4	3,1
Oftalmologie	26,0	74,0	2,6	4,6
ARO	93,5	6,5	1,1	0,0
Záchranná služba	51,2	48,8	0,4	0,2
Komplement	62,1	37,9	42,9	16,1
Celkem	38,1	61,9	100,0	100,0

Dominujícími pacienty ambulantních služeb jsou klienti praktických lékařů, včetně dětských. Další velkou skupinou jsou klienti laboratoří a radiodiagnostických oddělení, kteří jsou ovšem na tato vyšetření posíláni jak lékaři první linie, tak i OAL. Z těchto dat nelze analyzovat, nakolik jsou ke komplementárním vyšetřením posíláni pacienti více z nemocničních či z privátních ambulancí. 38 % těchto vyšetření realizovaných soukromou sférou jsou s největší pravděpodobností ta, která provádí soukromý lékař ve své ordinaci.

Z těchto dat je také možné usuzovat, že soukromá a nemocniční sféra se postupně profilují a začínají si dělit trh o pacienta. To dobře ukazují poměry mezi počty pacientů obou subsystemů ambulantní péče v jednotlivých odbornostech. Je také zřetelná dominance

<sup>38</sup> VZP – interní materiály



soukromých ambulancí v péči o pacienta. Tím ovšem není řečeno, že toto je stav ideální či žádoucí.

Počty kontaktů na pacienta podle oborů jsou vcelku konzistentní (až na typicky nemocniční ARO). Úhrada za jednoho pacienta již zdaleka nevykazuje tuto míru vnitřní koheze – rozptyl hodnot jak v privátních, tak i ve státních zařízeních, je značný.

Souhrnně lze říci, že ambulantní sféře dominují praktičtí lékaři, internisté a chirurgové a především komplement s celým širokým spektrem vyšetření a laboratorních zkoušek a testů. Zajímavé je, že zejména v oblasti komplementu se liší názory i našich předních odborníků. Neshodují se především v tom, zda je tento podíl komplementu optimální či přemrštěný. Mínění se posunuje spíše ke druhé variantě s tím, že zejména nemocnice si snaží vylepšit svoji platební bilanci širokým využíváním dobře placeného komplementu. Totéž zřejmě platí i o soukromých ambulantních lékařích.

## **5.8 Relace úhrad ambulantní zdravotní péče v samostatných ambulantních ordinacích a ambulantních složkách nemocnic**

Snaha o efektivní vynakládání prostředků, jež jsou k dispozici pro zabezpečení zdravotní péče, vede kromě jiného i ke zkoumání relací mezi službami a náklady na ně u praktických lékařů a lékařů odborných, ať již pracují jako samostatní poskytovatelé zdravotní péče nebo v ambulantních složkách nemocnic a mezi oběma těmito složkami odborné péče. Neefektivní, duplicitní vynakládání prostředků v jednom oboru nebo oblasti, znamená samozřejmě při daném omezeném množství prostředků snížení zdrojů pro obory ostatní a toto omezení pak ve svých důsledcích znamená ovšem i omezení rovnosti pacientů při využívání lékařské péče v případě potřeby.

Zaměřím se nyní na otázku relací ambulantních služeb, poskytovaných v samostatných ordinacích jednotlivých odborných lékařů a v ambulantních složkách nemocnic. Tento problémový okruh je značně diskutován v souvislosti s předpokládaným nadměrným rozsahem ambulantní, zejména odborné péče, duplicitami při jejím poskytování resp. jejím nezdůvodněném provádění na některých úsecích. Zdravotničtí odborníci tvrdí, že počet kontaktů v ČR je 2-3 krát vyšší než ve srovnatelných evropských zemích. V ČR se tento problém týká hlavně počtu odborných lékařů. Z údajů poskytnutých VZP vyplývá, že počet smluvních odborných lékařů u nás přesahuje předpoklad o více než 3 000. Pokud by se na tuto cifru aplikovala výše úhrad připadající na 1 specialistu, zjišťujeme, že tento přebytek reprezentuje 10 mld. Kč nákladů ročně.

K problému paralelního působení obou segmentů odborné ambulantní péče lze připomenout několik názorů, zejména:

- dochází k určitým duplicitám ve vyšetřeních, vyvolaných na jedné straně nedůvěrou nemocnic při hospitalizaci k předhospitalizačním vyšetřením v jiných zařízeních soukromých, na druhé straně předáváním pacientů z nemocnic do soukromých ordinací lékařů, majících úvazek v nemocnici
- léčba v nemocničních zařízeních je dražší jednak vzhledem k vyšším fixním nákladům, souvisejícím se sofistikovanějším vybavením nemocnic, případně i potřebným personálem k využití této techniky, jednak se snahou o intenzivní aplikaci této techniky, nedostupné soukromým ordinacím, je v podstatě dražší a prováděná vyšetření jsou v řadě případů nepotřebná.

Tabulka č. 11: Ambulantní služby – počty ošetřených pacientů a úhrady (2005)<sup>39</sup>

Odbor	Počet ošetřených pacientů (tis. osob)			Úhrady (mil. Kč)		
	Ambulance nemocnice	Ambulance privátní	Celkem	Ambulance nemocnice	Ambulance privátní	Celkem
PL dospělí	1 247,84	14 047,77	15 295,61	160,6	2 200,00	2 360,60
PL děti	248,16	5 142,06	5 390,22	39,38	770	809,38
Stomatologie	350,79	365,97	716,76	136,4	110	246,40
Interna	5 946,27	4 387,57	10 333,84	3 608,00	990	4 598,00
Rehabilitace	812,46	1 222,43	2 034,89	477,4	660	1 137,40
Neurologie	508,2	770	1 278,20	183,7	220	403,70
Pediatric	395,89	149,71	545,60	114,4	44	158,40
Psychiatrie	191,73	542,08	733,81	83,38	220	303,38
Dermatologie	546,81	1 535,05	2 081,86	114,4	220	334,40
Chirurgie	2 022,90	1 446,72	3 469,62	746,9	550	1 296,90
Gynekologie	1 108,47	3 364,24	4 472,71	301,4	660	961,40
Ortopedie	573,1	1063,92	1 637,02	132	220	352,00
ORL	653,73	1 370,60	2 024,33	163,9	330	493,90
Oftalmologie	724,9	2 066,79	2 791,69	150,7	220	370,70
ARO	304,26	21,12	325,38	642,4	22	664,40
Záchranná služba	97,24	92,73	189,97	126,5	110	236,50
Komplement	11 807,84	7 194,99	19 002,83	5 236,00	2 200,00	7 436,00
Celkem	27 540,37	44 783,53	72 323,90	12 417,46	9 746,00	22 163,46

Z těchto dat propočtené struktury ambulantních služeb podle oborů ukazují pak tyto relace:

Odborné ambulantní služby (tj. po odečtení PL pro dospělé, PL pro děti a dorost a stomatologie) se na celkových počtech ambulantně ošetřených pacientů podílejí 70,4 % a na úhradách za poskytnuté služby 84,5 %.

Nemocniční ambulance se podílejí na počtech pacientů 38,1 % a na úhradách 56 %, samostatné ordinace se podílejí na počtech pacientů 61,9 % a na úhradách 44 %. Metodicky

<sup>39</sup> VZP – interní materiály

správnější je odečíst opět služby primární péče (PL pro děti a dospělé a stomatologie), neboť 44 % pacientů soukromých ambulancí tvoří právě klienti primární péče. Tímto se dochází k závěru, že počty pacientů v nemocničních i soukromých ambulancích jsou zhruba vyrovnány (50,5:49,5), na úhradách se však podílejí nemocniční ambulance 67,5 %, zatímco soukromé ambulance odborných lékařů pouze 35,5 %.

Z jednotlivých oborů je patrný zvlášť velký podíl skupiny oborů interny a komplementu, ukazující na rozsah poskytnutých laboratorních a dalších vyšetření. Porovnáme-li zjištěný podíl komplementu na úhradách (33,6 %) s podílem na uskutečněných kontaktech pacientů (19,9 %), je zřejmá finanční náročnost tohoto oboru.

Konečně je možné relace obou segmentů ukázat na procentuálně vyjádřených podílech na celkových počtech pacientů, kontaktech pacientů a provedených úhradách.

Ze srovnání možného technického vybavení samostatných ambulancí služeb a služeb v nemocnicích, ovlivněného zejména náročností zajištění techniky a možnostmi jejího využití s příslušnými dopady na rentabilitu v daných ordinacích je zřejmé, že právě toto technické vybavení je příčinou vyšších úhrad v nemocnicích. Např. u očního lékařství je dnes díky nejmodernějším přístrojům možné v ambulancích nemocnic provádět zákroky, dříve vyžadující hospitalizaci (pokud by vůbec byly možné), přičemž nákladovost zařízení (lasery), spolu s vysokými odbornými nároky omezují možnost jejich využití v soukromých zařízeních. Podobně je tomu zřejmě i u dalších odborností.

Po shrnutí již získaných závěrů, je možné konstatovat:

Odborné ambulantní služby, realizované v nemocničních zařízeních, jsou ve většině případů nákladnější než služby realizované v samostatných pracovištích. Je to zřejmě důsledkem toho, že v nemocničních pracovištích je k dispozici širší a nákladnější diagnostická i léčebná technika, kterou především z ekonomických důvodů nemůže disponovat samostatné pracoviště a jejíž využití v řadě případů vyžaduje i širší odborný personál. Tato okolnost by měla sloužit jako jeden z podpůrných poznatků při rozhodování o skladbě sítě zdravotnických zařízení a příslušných opatřeních zdravotní politiky, jež by směřovala k efektivnějšímu využívání prostředků a předcházení duplicitních procedur.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

## 5.9 Základní funkce OAP

Z hlediska své funkční náplně se OAP v českém zdravotnictví postupně vyvíjel jako překlenující článek mezi základní péčí a pomocí poskytovanou všeobecným praktickým lékařem a mezi léčí a pomocí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních.

Její role, funkce i podoba se v českých zemích utvářely a modifikovaly již od počátku tohoto století v různých vývojových etapách v závislosti na rozvoji a prohlubující se specializaci medicíny i v závislosti na celkovém politickém i socioekonomickém prostředí, promítajícím se do činnosti a struktury toho či jiného modelu zdravotnické soustavy.

Nicméně svoji tradičně odvozenou specifickou identitu a úlohu si OAP zachovávala a dále rozvíjela až do současnosti, kdy její základní funkce lze shrnout do následujících charakteristik:

- Konziliární služba pro lékaře primární péče, případně pro malé nemocnice v těchto odbornostech, které v nich nemají svá specializovaná oddělení
- Vyšší stupeň diagnostických vyšetření v daném oboru, zejména: pro diferenciální diagnostiku běžných onemocnění s nezvyklým či komplikovaným průběhem, pro diagnostiku vzácnějších chorob a pro diagnostiku vázanou na speciální vybavení i výcvik odborného lékaře k jejich obsluze a využití
- Vyšší odborný stupeň terapeutických odborností, které sice nevyžadují hospitalizaci, ale k nimž chybí lékařům primární péče odborné oprávnění či speciální vybavení
- Hospitalizační návazná speciální péče, zejména:
  1. následná kontrola účinnosti a nežádoucích účinků zavedené léčby
  2. nezbytný odborný dozor nad průběhem hojení po závažných a složitých chirurgických výkonech
  3. zavedení a fixace náročnějšího léčebného režimu před jeho předáním do kompetence všeobecného lékaře
- Dispenzarizace chronických nemocných u vybraných chorob:
  1. vyžadujících náročnou odbornou kontrolu stavu s rizikovou terapií (např. onkologická onemocnění, chronické selhání ledvin)
  2. s nízkou (vzácnou) frekvencí výskytu v populaci, u nichž praktický lékař nemůže mít dostatečné zkušenosti (epilepsie, stavy po operacích srdce)

- Odborná péče, poskytovaná pacientům přímo bez předchozího vyšetření či doporučení lékařem primární péče ve vymezených případech (oční, venerologie, úrazy) nebo v situacích, kdy pacient z vlastního rozhodnutí z různých důvodů využívá možnosti přímé návštěvy odborného ambulantního lékaře

Při naplňování těchto základních funkcí vstupují poskytovatelé odborné ambulantní péče do určitých vztahů k jiným subjektům systému péče o zdraví. Tyto vztahy se pak různým způsobem uplatňují, jsou různě vnímány a jejich objektivní projevy mají různé efekty a důsledky.<sup>41</sup>

## 5.10 Vztahy OAP k jiným prvkům systému, jejich projevy a důsledky

### 5.10.1 Vztahy s praktickými lékaři

Vztahy odborných ambulantních lékařů s lékaři primární péče mají pro hodnocení a řešení role OAP v systému péče o zdraví zcela zásadní význam. To proto, že tato vazba by měla být základem i zárukou posoupnosti a návaznosti takového diagnostického a léčebného procesu, jenž umožní dosáhnout v nejkratším čase toho článku zdravotnické soustavy, jenž je schopen optimálně stanovit konečnou diagnózu a realizovat příslušnou léčbu.

Jakékoliv dysfunkce toho vztahu narušují tento proces ve smyslu jeho zbytečné prodloužení, jeho odborné deformace i ve smyslu nepotřebného zvyšování jeho nákladů.

Tyto vztahy lze hodnotit z několika hledisek:

- z hlediska geografické a dopravní dostupnosti

Geografická a dopravní dostupnost nepředstavuje bariéru, která by měla sehrávat ve většině lokalit podstatnou roli. Většina odborných služeb je buď v dosahu chůze nebo místní dopravy. Místní odchylky jsou sice značné, ale musí být specificky řešeny v rámci daných lokalit.

- z hlediska časové dostupnosti výsledků odborných vyšetření

Nejlépeší je dostupnost výsledků EKG, m.j. díky tomu, že jedna třetina praktických lékařů má přístroj ve své ordinaci. Horší situace je u laboratorních výsledků a největší zdržení je u rtg a

---

<sup>41</sup> Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči odborných ambulantních lékařů v ČR v letech 1996 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

sono nálezů. Pokud jsou výsledky dostupné teprve do 24 hodin nebo dokonce později, vyžadují si opakovanou návštěvu pacienta, případně mohou způsobit jeho opožděné odeslání k dalšímu odbornému vyšetření nebo k hospitalizaci.

- z hlediska vybavenosti ordinací praktických lékařů

Kromě výše uvedené vybavenosti EKG je rozsah možností poskytování péče značně omezen. Např. pouze v jedné třetině ordinací je vybavení pro malou chirurgii, velmi omezené jsou možnosti základního laboratorního vyšetření. Tím narůstá nutnost odesílání k ambulantním specialistům, zvláště v případech diferenciatně diagnostických nejasností, které by bylo možné dořešit u praktického lékaře. Přesto dvě třetiny praktiků považují vybavení za dostatečné a pouze 12 % by mělo zájem na jeho rozšíření. To potvrzuje hypotézu o snížené míře žádoucí profesionální flexibility většiny současných praktických lékařů.

- z hlediska rozsahu a obsahu poskytované péče

Závažným indikátorem pracovního vytížení praktiků, a tudíž i možných rezerv k potenciálnímu rozšíření obsahu a rozsahu poskytované péče na úkor možného omezení posílání pacientů ke specialistům jsou počty registrovaných pacientů a jejich věkové složení. Převážná většina PL (75 %) má zaregistrováno 1 000 – 2 000 pacientů a z nich (PL pro dospělé) u více než poloviny tvoří populace starší než 60 let méně než jedna třetina klientely, u třetiny PL tvoří seniorská klientela necelou polovinu a u 13 % PL tvoří senioři více než polovinu klientely. Z těchto indikátorů nelze vyvodit závěry o možném rozšíření rozsahu péče bez konkrétního hodnocení dalších okolností a podmínek, specifických pro jednotlivé praktické lékaře. Tomuto závěru odpovídá i značný rozptyl denních kontaktů. U 90 % PL se tento rozptyl pohybuje mezi 20 – 60 denními kontakty.

Z hlediska obsahu poskytované péče provádí PL ve vlastní režii především různá kontrolní vyšetření, ve značně menší míře (u 5 – 20 % pacientů) komplexní, u 5 – 10 % pacientů je návštěva omezena na pouhou preskripci, případně na vypsání určitého potvrzení apod. Tomu zhruba odpovídá i doba věnovaná jednomu pacientovi, tj. ve dvou třetinách případů méně než 10 minut, v jedné třetině případů 10 – 20 minut.

Odesílání k ambulantním specialistům se soustřeďuje zejména na odborná vyšetření (okolo 10 % pacientů), laboratorní vyšetření (5 – 20 %) a zobrazovací vyšetření (5 – 10 % pacientů).

Důvody odesílání jsou ve většině případů (60 %) odborně plně přijatelné (upřesnění diagnózy apod.). U ostatních nelze oprávněnost indikace zhodnotit bez znalosti konkrétních odborných nebo materiálních či jiných podmínek.

Většina (až 80 %) pacientů je k odborným ambulantním specialistům odesílána s udáním symptomů, případně výsledků dosud provedených pomocných vyšetření, avšak pouze malá část (asi 20 %) s vlastní diagnostickou rozvahou.

K hospitalizaci je přímo praktiky odesíláno okolo 5 % pacientů. Z těchto pohledů by vyplývalo, že odesílání pacientů na odborné ambulance na základě indikace praktických lékařů není nijak nadměrné. Avšak sami praktičtí lékaři uvádějí, že právě tato jimi indikovaná vyšetření tvoří necelých 70 % skutečných návštěv pacientů a ambulantních specialistů. To znamená, že více než 30 % těchto návštěv je realizováno buď z rozhodnutí samotných specialistů nebo z vůle pacienta, neboli mimo indikaci (a často mimo vědomí) příslušného praktika. Navíc většina praktiků uvádí, že od specialistů nedostávají žádnou zpětnou informaci.

To vše svědčí o tom, že role praktika jako gate-keepera je málo respektována a uplatňována a péče ambulantních odborníků je z vůle jich samotných či z vůle pacientů nadužívána.

- z hlediska distribuce pacientů ke specialistům mimo nemocnici či do ambulancí nemocnic

V oborech dermatologie, oftalmologie, psychiatrie a ORL zřetelně převažuje odesílání k samostatně pracujícím a mimo nemocnici dislokovaným specialistům. To je z odborného hlediska zcela přijatelné konstatování.

V jiných oborech, zvl. Chirurgii a interně nejsou v distribuci pacientů patrné žádné výraznější rozdíly mezi počtem odesílaných do nemocničních či mimonemocničních ambulancí. Zdá se, že u těchto oborů je distribuce pacientů více ovlivňována specifickými důvody rázu konkrétních místních podmínek, nežli příčinami odborného charakteru.

Podle názorů praktických lékařů by se samostatné ambulance mimo nemocnici měly uplatnit hlavně v případech konzultací nebo dispenzarizace, zatímco ambulance nemocnic by měly sloužit především pro příjem pacientů odesílaných k hospitalizaci, eventuelně ke krátkodobé péči o pacienty propuštěné z hospitalizace.

V souvislosti s dispenzarizací upozorňují praktičtí lékaři na nejasně vymezené odborné kompetence mezi nimi a odbornými ambulantními lékaři s tím, že příslušný zákon (149/1994) tyto nejasnosti spíše zakládá než aby je řešil a odstraňoval.

Velmi důrazně a z odborného hlediska zcela oprávněně odmítají praktici zbytečné zdvojování a překrývání ambulancí téže odbornosti. Velmi negativně je hodnoceno prodlužování čekacích lhůt v důsledku „časové regulace“ činnosti OAL, čímž je de facto negována jejich konziliární funkce. Praktici oprávněně prosazují při návaznosti primární péče na péči



ambulantních specialistů důsledné posílení a prosazení jejich role gate-keepera včetně nezbytnosti zpětných informačních vazeb.

Přitom však většina z nich (asi tři čtvrtiny) se smiřuje s daným stavem a soudí, že současné omezení jejich úlohy a postavení „odpovídá jejich současným znalostem a technickému vybavení“. Je to paradox, který je reálným odrazem několikrát již zmíněné snížené míry jejich profesionální flexibility.

Ze souhrnu výsledků názorů a postojů praktických lékařů vyplývá, že řešení problematiky poskytování odborných ambulantních služeb je integrálně spjata s její návazností na situaci v oblasti primární péče, zejména z hlediska potenciální možnosti a schopnosti rozšíření jejího rozsahu a kvality.

Tyto potenciální možnosti jsou determinovány současnou schopností profesionální flexibility lékařů primární péče, která je reálně daná a zároveň omezená jejich věkovou strukturou a úrovní jejich dosavadní odborné přípravy a výchovy.

Problémy návaznosti primární péče na odborné ambulantní služby nejsou dány nedostatečností sítě nebo dostupností, ale spíše právě naopak nedořešenými otázkami její předimenzovanosti, nejasné delimitace kompetencí, nedokonalostí alokace, organizace a využívání kapacit samotných odborných ambulancí.

Konkrétní podoba sítě ambulancí včetně toho, zda mají být na bázi nemocnic či nikoliv, nemůže být řešena paušálně, ale pouze s přihlédnutím ke konkrétním místním specifickým podmínkám v rámci i kompetenci jednotlivých regionů a lokalit.<sup>42 43 44</sup>

---

<sup>42</sup> Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči odborných ambulantních lékařů v ČR v letech 1996 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

<sup>43</sup> Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči praktických lékařů v ČR v letech 1992 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

<sup>44</sup> Kocourek, J. 2005: Společné či rozdílné hrubé trendy vývoje situace praktických lékařů a odborných ambulantních lékařů v období 1992 - 2004 na základě vybraných výzkumných šetření.

### 5.10.2 Vztahy mezi odbornými ambulantními lékaři

Etáž odborných ambulantních služeb patří mezi ty součásti zdravotnické soustavy, do kterých dosavadní transformace systému zasáhla velmi podstatně.

To proto, že někdejší unifikovaný model „nemocnice s poliklinikou“ se v souvislosti s procesem liberalizace a privatizace vcelku živelně rozpadl na organizačně různorodý a regionálně značně odlišný počet samostatných právnických subjektů, částečně někde zachovávajících podobu samostatných privátních ambulancí a jinde pak představujících nejrůznější kombinace těchto variant.

Tento stav se promítá do podoby současné sítě těchto pracovišť, poznamenané značnými a často odborně těžko zdůvodnitelnými diferencemi a disproporcemi mezi jednotlivými lokalitami a mezi jednotlivými obory. Nepřehlednost a neprůhlednost této situace je navíc umocněna tím, že stávající informační soustavy (ÚZIS, pojišťovny) poskytují převážně data o „ambulantní zdravotní péči“, aniž by dovolovaly v potřebné míře rozlišovat tuto péči poskytovanou na bázi nemocnic od péče poskytované v samostatných privátních ambulancích.

- hledisko charakteristiky souboru

Podle různých znaků a charakteristik (věk, rok promoce, délka výkonu praxe, atestace) je možné konstatovat, že zhruba dvě třetiny odborných ambulantních lékařů jsou zkušení lékaři s odpovídající kvalifikací. Avšak zarážející je skutečnost, že jedna třetina má pouze neúplnou kvalifikaci. K hlubšímu zhodnocení chybí zjištění, nakolik se tento fakt vztahuje k lékařům pracujícím v ambulantních nemocnicích a do jaké míry se týká těch, kteří na základě licence vykonávají samostatnou privátní praxi.

- hledisko počet a skladba pacientů

Rozptyl počtu registrovaných pacientů ambulantních lékařů je značný. Ovšem bez uvedení oboru, jehož se tyto počty týkají a jež by umožnily sledovat a analyzovat vzájemné komparace, nelze činit žádné odborné závěry. Totéž se týká zjištěného počtu dispenzarizovaných (od méně než 500 do více než 2 000). Ani zde nelze k těmto údajům zaujmout odborné stanovisko bez znalosti diagnóz, s nimiž jsou pacienti dispenzarizováni. Z těchto poznatků vyvstává tudíž mimo jiné i potřeba revize stávajícího informačního systému.

- hledisko rozsah a obsah práce odborných ambulantních lékařů

Rozsahu práce OAL je možné vyvozovat určité závěry z denního počtu kontaktů. Téměř polovina OAL má pouze 1 – 5 kontaktů za den! Necelých 20 % OAL má denně 6 – 10

kontaktů, zhruba stejný počet OAL má denně 21 – 40 kontaktů a okolo 10 % OAL má kontaktů více než 40. Tyto údaje hovoří o malé vytiženosti značného počtu OAL. Tato skutečnost je ještě zvýrazněna zjištěním, že více než dvě třetiny OAL se věnuje v průměru jednomu pacientovi méně než 15 minut. Pouze v 10 % případů je pacientovi věnováno více než 20 minut.

Z hlediska obsahu poskytované péče a pomoci převažují dílčí vyšetření. Celková komplexní vyšetření převažují jen u 10 % pacientů. Poměrně často (až u jedné třetiny případů) je pacient dále odeslán na jiné vyšetření (zvl. Na rtg, sono, méně na laboratoř) a zhruba 5 – 10 % případů k jinému OAL. Velmi pozoruhodné jsou údaje svědčící o tom, že pouze malý počet pacientů (jen do 20 %) je vrácen zpět k praktickému lékaři, který pacienta poslal. U 5 – 10 % pacientů převažuje ze strany OAL pouhá preskripce léků, u 5 % různá potvrzení. K hospitalizaci je odbornými ambulantními lékaři odesíláno okolo 5 % pacientů. Téměř polovina pacientů je vyšetřována a ošetřována u ambulantních specialistů na základě jejich vlastní indikace a jen menší podíl na základě indikace praktického lékaře. Tento údaj se poněkud liší od hodnot udávaných samotnými praktiky. Podle nich je podíl jimi indikovaných vyšetření u OAL až 70 %. Značný (okolo 10 %) je podíl pacientů, kteří se dostávají k ambulantním specialistům bez jakéhokoliv doporučení.

Z těchto údajů lze usuzovat, že snaha mít své vlastní pacienty a ponechávat se je ve své péči převažuje nad žádoucí rolí ambulantního specialisty jakožto vyššího odborného konzultanta praktického lékaře a v tomto ohledu (včetně pouhé preskripce) zřejmě OAL v mnoha případech dublují nebo nesprávně přebírají kompetence a funkce praktiků. Navíc odesílání k dalším pomocným či odborným vyšetřením jen znemožňuje „postrkování“ pacienta od jedné ordinace ke druhé a zvyšuje náklady.

- hledisko návaznosti péče, ke komunikaci a spolupráci s praktiky

Informovanost OAL o léčbě, kterou pacienti absolvovali nebo prodělávají u praktického lékaře, je úplná jen v necelých 16 % případů. Naproti tomu ve více než polovině případů je pouze neúplná či zcela nedostatečná. Lepší je informovanost o proběhlých o proběhlých hospitalizacích či o léčbě u jiných specialistů. Toto zjištění potvrzuje předchozí poznatky o špatné návaznosti primární péče na činnost OAL.

Většina OAL považuje současný stav spolupráce s praktiky za odpovídající současným znalostem a vybavení praktiků, nicméně však stejná většina sama přiznává, že občas nebo často nahrazují práci praktických lékařů. Příčiny spatřují v malé důvěře, kterou mají praktici u pacientů a v jejich nedostatečné kvalifikaci. Z toho také dle názorů OAL pramení často

zbytečná indikace k odbornému vyšetření (mimo zneužívání této péče ze strany samotných pacientů). Odborní lékaři udávají, že pouze čtvrtina praktiků s nimi aktivně spolupracuje.

Pokud jde o vlastní roli OAL, pak tři čtvrtiny z nich považují za nezbytnou existenci ambulancí na bázi nemocnic pro pacienty bezprostředně propuštěné z hospitalizace a pro zvlášť komplikované případy, stejná většina pak zastává názor, že OAL mimo nemocnic by měli zajišťovat především dispenzární péči.

Vcelku se v názorech na alokaci odborných ambulancí jasně diferencují dvě zájmové skupiny. Pracovníci nemocničních ambulancí (s podporou Asociace nemocnic) preferují existenci těchto pracovišť na bázi nemocnic, zatímco privátní odborníci (s podporou ČLK) preferují existenci samostatných ambulancí.

Souhrnně lze tedy k výsledkům šetření v souboru OAL říci, že zarážející je především skutečnost, že třetina z nich nemá potřebnou kvalifikaci. Bylo by třeba upřesnit, do jaké míry se tento fakt vztahuje k OAL samostatně pracujícím a nakolik se týká lékařů, pracujících v ambulancích nemocnic.

Vytíženost OAL je vzhledem k počtu denních kontaktů i vzhledem d času, věnovanému pacientům, vcelku malá, nerovnoměrná a potvrzuje jiné údaje, dokumentující přebytek OAL.

Analýza obsahu poskytované péče svědčí o snaze OAL mít své vlastní pacienty a ponechávat si je ve své péči. Tyto tendence jsou v rozporu s žádoucí rolí OAL a promítají se i do praktické návaznosti odborné péče na primární péči včetně nedostatků ve vzájemné informovanosti. Tento stav si mnozí OAL sami uvědomují a 80 % z nich sami přiznávají, že občas či často nahrazují práci praktiků. Dle jejich názoru je tento stav způsoben z valné části nedostatečnou důvěrou pacientů v úroveň praktiků.

Značné nejasnosti panují v otázkách delimitace činností mezi odbornými ambulancemi nemocnic a samostatně pracujícími specialisty. Je zřejmé, že řešením bude muset přísně respektovat specifické podmínky a poměry v jednotlivých lokalitách a musí být jedním z dominantních předmětů regionální zdravotní politiky.

Přesto, že určité podklady k tomu nesporně přinesou nadcházející výběrová šetření, konečné řešení této problematiky jako součásti dynamického průběžného modelování sítě odborných ambulantních služeb, její podoby, jejích kapacit a jejích odborných i ekonomických aspektů a efektů, musí být plně přeneseno do kompetencí regionálních orgánů státní zdravotní správy a samosprávy.<sup>45 46 47 48</sup>

---

<sup>45</sup> Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči odborných ambulantních lékařů v ČR v letech 1996 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

### 5.10.3 Vztahy s nemocnicemi

Vazba odborné ambulantní péče na nemocnici je dána postavením této etáže posloupnosti v poskytování zdravotní péče jako třídící a vstupní – případně výstupní brány k hospitalizaci. Avšak do těchto vazeb zřetelně zasahují některé koncepční nejasnosti systémového charakteru, které se promítají zejména do oblasti organizační, což má samozřejmě své konsekvence odborné.

Některé konkrétní projevy těchto nejasností a rozporů byly zmíněny již v předchozích kapitolách. Pramení především z nevyjasněných vztahů mezi odbornými ambulancemi nemocnic a samostatnými privátními ambulancemi z hlediska jejich vlastních vztahů, jejich organizačního začlenění, alokace i odborných kompetencí.

Diference mezi jednotlivými lokalitami, navíc zamlžené existujícími informačními šumy a bariérami, jsou natolik výrazné, různorodé a těžce vysvětlitelné a natolik nepochybně ovlivněné specifickými místní situace, že jakákoliv snaha o nalezení univerzálního klíče k jejich vyhodnocení a vyšetření nemůže být reálná ani žádoucí.

Navíc se do této problematiky promítají některé velice významné aspekty dlouhodobého perspektivního charakteru, které je třeba také brát v úvahu.

Jde např. o tendenci soudobé medicíny modifikovat některé diagnostické a terapeutické intervence, dosud vyžadující hospitalizaci tak, aby mohly být prováděny ambulantně. Dále jde např. o revizi dosavadních pohledů na funkční pojetí i podobu přijímacích oddělení nemocnic, a tím na funkci i strukturu celých ústavů, v první řadě pak na funkci, strukturu a organizační začlenění ambulantních provozů a komplementů.<sup>49</sup>

To vše jsou procesy, jejichž postupná realizace si vyžaduje systémově promyšlená, nákladná a dlouhodobá opatření personální, organizační i materiální včetně architektonických.

---

<sup>46</sup> Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči praktických lékařů v ČR v letech 1992 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

<sup>47</sup> Kocourek, J. 2005: Společné či rozdílné hrubé trendy vývoje situace praktických lékařů a odborných ambulantních lékařů v období 1992 - 2004 na základě vybraných výzkumných šetření.

<sup>48</sup> Jaroš, J., Kocourek, J. 2005: Komparace výsledků zkoumání lékařů v čase mezi lety 1992 až 2004 (příloha 6 výzkumné zprávy Grantu IGA MZ ČR č. 7388-2)

<sup>49</sup> Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

Z těchto hledisek bude muset být postupná modifikace a optimalizace vazeb nemocničních i izolovaně dislokovaných ambulancí především věcí specificky cílené regionální a lokální zdravotní politiky a věcí adekvátně s tím koordinovaných aktivit managementu každé jednotlivé nemocnice.

Pro krátkodobou budoucnost se zdá být správné akceptovat názor, že těžiště konziliární a nezbytné dispenzární specializované péče by mělo spočívat v samostatných ambulancích soukromých specialistů (včetně případných privátních pacientů – samoplátců) a těžiště nezbytné bezprostřední posthospitalizační péče a vysoce náročné diagnostické i léčebné ambulantní péče v ambulancích nemocnic. Avšak i toto obecné schéma bude muset být modifikováno a uzpůsobeno velmi diferencovaně v závislosti na místních podmínkách, a tudíž jeho aplikace bude muset být řešena na regionální, případně lokální úrovni.

S tím ovšem souvisí aktuální nezbytnost rychlého dořešení příslušných pracovně právních vztahů, kontraktačních vztahů a případně i vlastnických vztahů všude tam, kde zatím zůstávají nevyjasněné, otevřené nebo nedokonalé.<sup>50</sup>

#### *5.10.4 Vazby na pojišťovny*

Vazby odborných ambulantních služeb na pojišťovny (plátce) mají zásadní význam pro jejich ekonomickou stabilitu.

Současně se však zde projevují některé závažné kritické momenty, které do tohoto vztahu vstupují. Jednak se zde rušivě uplatňují výše zmíněné třecí plochy mezi ambulancemi nemocnic a mezi samostatnými privátními odbornými ambulancemi.

Dalším negativním rysem těchto vztahů je skutečnost, že náklady na odbornou ambulantní péči představují neúměrně velký podíl z celkových nákladů na zdravotní péči. Navíc tento podíl má dále vzestupnou tendenci, a to s různou dynamikou v náklady nemocničních ambulancí a náklady samostatných odborných ambulantních lékařů.<sup>51</sup>

Není pochyby o tom, že tyto okolnosti spolu vzájemně souvisejí, vzájemně se ovlivňují a ve svém konečném efektu protahují a prohlubují existující rozpory jak v oblasti ekonomické, tak odborné.

Na konkrétní projevy těchto diskrepancí poukazují výsledky všech provedených šetření i expertních studií a shodně vyúsťují v konstatování:

---

<sup>50</sup> <http://www.medical-tribune.cz>

<sup>51</sup> <http://www.clk.estranky.cz>

- značného plýtvání z prostředků pojistného (duplicitní a zbytečná vyšetření, nadměrná preskripce)
- nedostatečná koordinace státu, pojišťoven, poskytovatelů i občanů při tvorbě sítě ambulantních ambulancí
- neúčelného uzavírání smluv (kořeny tkví již v legislativě)
- málo uplatněné role primární péče a praktických lékařů jako gatekeeperů, a tím značně oslabené regulace přístupu pacienta k odborné ambulantní péči (mimo jiné regulace včetně finanční)<sup>52</sup>

#### 5.10.5 Vazby na státní správu (samosprávu)

Vazby odborné ambulantní péče na státní správu by měly spočívat zejména na konkrétní aplikaci státem (zákonem) stanovených zásad a ustanovení:

- pro tvorbu, existenci a financování garantované sítě těchto zařízení
- pro definování garantovaného balíku péče, poskytované na této etáži zdravotnické soustavy
- pro zajištění kvality poskytované péče na tomto stupni

Skutečná situace v těchto směrech byla a je dosud poznamenána absencí ucelené koncepce státní zdravotní politiky vůbec a regionální zdravotní politiky zvláště včetně absence odpovídající legislativy.

Je nutné zdůraznit požadavek jasného stanovení role a podílu státu při stanovení sítě a rozsahu garantované péče všeobecně a na stupni odborných ambulantních služeb zvláště. Spolu s tím je zdůrazňována potřeba zřetelné artikulace a delimitace kompetencí mezi státem, samosprávou, pojišťovnami a poskytovateli služeb. Tento požadavek je shodně vyslovován ze strany praktických lékařů, odborných ambulantních specialistů, nemocničních lékařů a expertů z řad zdravotnických manažerů a ekonomů. Dále je třeba zdůraznit nezbytnost vertikálního posunu příslušných kompetencí státu i samospráv směrem k podstatnému posílení regionálních etází státní správy i samosprávy. Zejména pak ve vztahu k funkci i struktuře sítě odborných ambulantních služeb by těžiště konečného řešení mělo spočívat na regionech a na lokální úrovni.

---

<sup>52</sup> <http://www.medical-tribune.cz>

Závěry:

Má-li odborná ambulantní péče optimálně plnit své odborné funkce, které vyplývají z její role v soustavě poskytování zdravotní péče, je třeba se zaměřit ve smyslu konkrétních poznatků a námětů této studie na dořešení některých systémových klíčových momentů, a to zvláště:

- všestranné dořešení vztahů mezi odbornými ambulancemi nemocnic a samostatně pracujícími ambulantními specialisty (odborně kompetenčních, vlastnických, pracovně právních, organizačních)
- otázky role a vztahů nemocničních ambulancí a samostatných ambulancí z hlediska perspektivy vývoje posláních těchto pracovišť i z hlediska místních specifických poměrů a podmínek
- specifikaci kompetencí, povinností a odpovědnosti státu, samosprávy, občanů, pojišťoven a poskytovatelů ve vztahu k odborným ambulantním službám
- decentralizaci, delimitaci a delegaci příslušných kompetencí, povinností a odpovědnosti v souvislosti se vznikem vyšších územních samosprávných celků tak, aby poskytování odborných ambulantních služeb se stalo jednou z dominantních otázek specificky koncipované regionální a lokální zdravotní politiky.<sup>53 54</sup>

## 5.11 Duplicita

Pojem duplicita se používá pro označení dvojí sítě odborné ambulantní péče, kterou tvoří:

- Mimonemocniční odborné ambulantní služby, které se vytvořily osamostatněním a privatizací poliklinik, fragmentací jejich odborných oddělení na jednotlivé odborné ordinace a založením nových odborných praxí
- Odborné služby v nemocničních ambulancích, které se někde zachovaly z období před reformou, ale z větší části byly nově zřízeny nebo rozšířeny

Důvody rozvoje odborných ambulantních služeb při nemocnicích:

- Tradice, kterou v mnohém vyžadují i sami pacienti
- Potřeba zajistit následnou péči navazující na pobyt na lůžku
- Finanční tlak, kdy zdravotní péče na lůžku není odpovídajícím způsobem ohodnocena a nemocnice provozem lukrativnějších ambulancí vydělává na provoz lůžkové části daleko nad rámec následné péče<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> <http://www.medical-tribune.cz>

<sup>54</sup> <http://www.pacienti.cz>

<sup>55</sup> Časopis Zdravotnictví v České republice č. 1-2/2000



### 5.11.1 Výhody duplicitního systému:

- Dochází k rozšíření ambulantní sítě v příslušné lokalitě o ambulance lůžkového zařízení, což přináší pozitivní konkurenční tlak na poskytovatele a možnost výběru pro spotřebitele.
- Odborná ambulantní péče před hospitalizací a po ní má pozitivní vliv nejen na konečný efekt léčby, ale přináší i možnost komplexnějšího pohledu ošetřujícího lékaře na zdravotní případ jako takový.
- Nemocniční ambulance zpravidla významně předčí své privátní konkurenty rozsahem ordinačních hodin, kdy jsou svým pacientům k dispozici. Také jejich technická vybavenost (resp. možnost využívat vybavení nemocnice) je větší.<sup>56</sup>

### 5.11.2 Nevýhody duplicitního systému:

- Současné uspořádání ambulantních služeb má více odborných výhod než ekonomických. Umístění odborných ambulancí v nemocnici zaručuje pacientům odbornou úroveň a současně další návaznost při diagnostickém i léčebném procesu. Obsahuje v sobě také všechny výhody, které skrývá týmová práce. Na druhou stranu se ukazuje, že umístění těchto ambulancí při nemocnici nepřímo vede k nárůstu fakultativních vyšetření, která patrně nepřinášejí za vložené prostředky patřičný efekt.
- Duplicita má jednoznačně negativní dopady na systém úhrad ze zdravotního pojištění. Do systému vstupují další subjekty, které si z úhrad zdravotních pojišťoven musí na sebe vydělat. Nemocnice provozem lukrativnějších ambulancí „vydělává“ na provoz lůžkové části, která je hůře finančně ohodnocena. Na druhé straně i v mimonemocničním odborném sektoru je tendence si „vydělat“ – do popředí stupuje zejména potřeba uhradit náklady privatizace. Soukromé praxe volí strategii intenzifikace vlastních služeb, zatímco ve sdružených zdravotnických zařízeních, která poskytují odborné ambulantní služby, je téměř pravidlem, indukování další péče uvnitř zařízení. Pacient, který je ošetřen v jedné ambulanci, je následně vyšetřen i ve většině zbývajících. Tato praxe se pochopitelně týká i oddělení komplementu. Takové „vytěžování“ pacienta není ovšem z hlediska lékařské indikace vždy jednoznačné a nezbytné.

---

56 Strategie FN Brno, 2007

- Růst nákladů se v některých případech opírá o odbornou argumentaci, zejména tam, kde dochází ke zdvojování vyšetřovacích výkonů. Nálezy mimonemocničních OAL často nejsou v nemocnici respektovány a jejich vyšetření jsou i po přijetí pacienta do nemocnice opět opakována. Jako důvod se uvádí, že diagnostický arzenál mimonemocničních OAL je limitovaný a k dalším vyšetřovacím technikám mají obtížnější přístup.
- Za značně negativní a v mnohém i nebezpečný fakt se pokládá rozdíl v kvalitě péče, daný rozdílem v kvalifikaci lékařů, kteří provádějí ambulantní péči v nemocnicích i mimo nemocnice. V ambulancích nemocnic poskytují zdravotní péči samostatně i lékaři bez odpovídající odborné způsobilosti. V mnoha případech příslušná nemocnice zachovala odbornou ambulanci i po odchodu kvalifikovaného lékaře do privátu, a to i v situaci, kdy nebyl v nemocnici zaměstnán jiný lékař s odpovídající kvalifikací. Příslušná ambulance byla provozována dál s tím, že zdravotní péči v ní poskytoval lékař bez odpovídající kvalifikace. Tato praxe vznikla v období, kdy lékařská komora nevydala jasné předpisy pro tuto oblast, ale bohužel přetrvává i do současnosti, kdy pravidla pro tyto situace ze strany komory jsou již dávno zcela explicitně vymezena. Může tak docházet k paradoxní situaci. Obracejí-li se privátní lékaři na nemocniční ambulance s žádostí o pomoc a radu nebo řešení v případech, které sami nejsou schopni vyřešit, mohou být překvapeni tím, že jimi odeslaný pacient byl vyšetřen a s následným diferenciatně diagnostickým závěrem a doporučením odeslán zpět lékařem absolventem nebo lékařem s nižší kvalifikací než jakou má lékař odesílající pacienta do nemocnice.<sup>57</sup>

Duplicita vytváří konkurenci dvou složek odborné ambulantní péče, která je nákladná, nevhodná, v některých lokalitách nadbytečná a může být nebezpečná pro pacienta a díky rozdílným kvalifikačním podmínkám je vlastně nekorektní. Proti těmto argumentům lze málo namítat. Je však pozoruhodné, že existuje jistá díkce, podle níž je mimonemocniční OAP primární, normální a samozřejmá, zatímco OAP v nemocnicích je onou duplicitou, kterou je zapotřebí zdůvodňovat nebo proti ní shromažďovat výhrady. Opačný pohled, který by vycházel z toho, že primární, normální a samozřejmí jsou hospital-based specialists, tedy vazba specialistů na nemocnice a duplicitní jsou mimonemocniční OAL, se takřka nevyskytuje. Svědčí to jak o síle tradice a zakořeněnosti ve středoevropském modelu, tak o vlivu zájmových organizací ambulantních specialistů.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> <http://www.medical-tribune.cz>

<sup>58</sup> Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2003

## 5.12 Souběh činností

Jako souběh činností se označují situace:

- Odborný lékař pracuje ve vlastní privátní ambulanci a na část úvazku je současně angažován ve své původní či jiné nemocnici
- Odborný lékař pracuje na plný úvazek v nemocnici a na část úvazku ve své vlastní privátní ambulanci

Taková praxe je nepochybně velmi výhodná pro lékaře, pro nemocnici pak nutností za situace nedostatku kvalifikovaných lékařů. V poprivatizačním období docházelo, samozřejmě s lokálními rozdíly, v řadě míst k ohrožení provozu některých lůžkových oddělení v důsledku zásadního odlivu kvalifikovaných pracovníků, především zkušených lékařů. Souběh činností je pak vlastně „nákupem služeb“ – nemocnice kupuje služby druhoatestovaných privátních odborníků.

### *Výhody a nevýhody souběhu činností*

Při uvažované kombinaci úvazků je nejčastějším protiargumentem možnost obohacování se na úkor státního zařízení, pro nemožnost účinné kontroly (materiál, léky). Tento argument však uvažuje o prostředí s nedokonalou kontrolou hospodaření se svěřenými prostředky. Dnes každý nemocniční informační systém je schopen monitorovat průběžně skladové hospodářství, jak s léky, tak se zdravotnickým materiálem.

Dalším protiargumentem je jakési „přetahování“ pacientů ze státních zařízení do soukromých ordinací. Tento postoj je však relevantní pouze pro dnešní podobu ambulantní péče. V okamžiku, kdy pacientovi není placeno duplicitní či triplicitní vyšetření, je jeho jednoduché vyšetření žádoucí směřovat do soukromých ordinací, které by měly být levnější a měly by méně indukovat další nepotřebnou léčbu. Naopak do nemocničních ambulancí by měly být nasměrovány přísně vybrané složitější vyšetření (více hrazené) s předpokládanou multidisciplinární kooperací.

V našich podmínkách je souběh zaměstnaneckého poměru a soukromé praxe zdrojem nesnází, které vyplývají z nízké úrovně řízení našich nemocnic a z nepoměru mezi vyšší platou příjmu, kterého specialisté dosahují v nemocnici a ze své soukromé praxe. Platové možnosti nemocnice jsou jedním z faktorů, které limitují schopnost vedení nemocnice motivovat specialistu k obětavé práci pro nemocnici. Specialisté tak svojí práci v nemocnici často vnímají spíše jako špatně placenou charitu, kterou provozují proto, aby se udrželi odbornou úroveň a kontakty, aby si zajistili trvalý přísun klientely, aby měli možnost selekce výkonů,

které ve své ambulanci vykonávají (výkony nedostatečně honorované směřují do své ambulance v nemocnici, výkony ekonomicky zajímavé provádějí ve své privátní praxi). Na druhé straně tyto důvody umožňují nemocnici si specialistu udržet a navíc šetří sledované mzdové fondy.

Principiálně nelze proti kombinaci soukromé aktivity a zaměstnaneckého poměru nic namítat a jmenovaná úskalí jsou jen dočasným problémem. K jeho vyřešení dojde zvýšením úrovně řízení na všech úrovních zdravotnického systému – informace, motivace, komunikace.

V prostředí, ve kterém jsou nemocnice efektivně řízeny, by tento souběh neměl činit žádné potíže. Nemocnice by měla kontrahovat specialistu jen na takový objem činností, který pro zajištění svých činností potřebuje. V mnoha zemích pracuje specialista na více místech – v soukromé ordinaci a v jedné či více nemocnicích. V zemích, kde práce v lůžkovém zařízení je spojena se zaměstnaneckým poměrem, uzavírá specialista s nemocnicí pracovní smlouvu, ve které výše úvazku vyplývá z času, který v nemocnici stráví. V zemích, ve kterých je specialistova práce honorována samostatně, není honorář specialisty odvislý od místa, ve kterém své služby poskytuje. V tomto případě je péče poskytnutá pacientovi v nemocnici honorována dvěma kanály. Plátce platí odděleně specialistu (honorář za provedený výkon) a nemocnici (úhradu nákladů lůžkové péče a souvisejících služeb).<sup>59</sup>

Tuto situaci výstižně řeší tzv. „holandský model“. V něm lůžkové oddělení je personálně zabezpečeno kvalifikovaným primářem a jedním neatestovaným sekundářem, oba v hlavním poměru v nemocnici a dále několika kvalifikovanými privátními lékaři, kteří se v určitém rozsahu pracovního úvazku podílejí na chodu oddělení:

- Lékař „podnikatel“ přichází do zaměstnání do nemocnice vybaven, „nežebrá“ u vedení nemocnice o zakoupení pláště či stetoskopu, tyto věci, stejně tak jako drahou odbornou literaturu a dnes finančně náročné účasti na školeních a kongresech, platí ze svého a vkládá do nákladů. Tímto způsobem se výrazně šetří prostředky státní. Ostatně možnost vložení do nákladů části nutné spotřeby a následné odečtení z daní je jednou z nejčastějších třecích ploch mezi státními a nestátními lékaři.
- Lékař s kombinovaným úvazkem by mohl být účelným distributorem požadované péče, jeho práce by mohla být efektivní a zbavena tzv. „čekání na pacienta“.
- Velikým přínosem může být také psychologický aspekt. Lékař, který je napůl zaměstnán a napůl soukromník, se cítí být integrální součástí obou systémů a jako příslušník obou

---

<sup>59</sup> Novelizovaná verze stanoviska Sdružení ambulantních specialistů k problematice tvorby „sítě zdravotnických zařízení“ v České republice. Schváleno 24.2.2006

systemů se chová. Tím se eliminuje zmiňovaná nevráživost mezi oběma systémy a jejich nositeli.<sup>60</sup>

Při posuzování souběhů praxí je nutno zvážit i jistý podíl marketingového uvažování managementu nemocnice. Privátní lékař, který je zaangažován v nemocnici (např. operačními výkony, výkony náročnými na drahou zdravotnickou techniku, účastí na ústavní pohotovostní službě apod.) je nejen odborným přínosem a přínosem coby pracovní síla, ale je zpravidla i významným donátorem klientely pro příslušnou nemocnici. Nemocnice s jistou výhodou pociťuje především účast lékařů mimo spádové území, neboť touto formou rozšiřuje svoji územní působnost a počet potenciálních klientů.

Opakem holandskému modelu je model, který se nejčastěji nachází ve Velké Británii. Zatímco holandská nemocnice a pojišťovny kontrahují samostatné specialisty pro práci v nemocnici (v ambulanci i na lůžku), britští institucionální plátcí (okresní zdravotní pojišťovny nebo fondoví praktičtí lékaři) kontrahují nemocniční specialisty pro práci v terénu. Ať už jde o model holandský nebo britský, je zjevné, že souběh činností je významným reformním trendem. Umožňuje žádoucí integraci specializované péče lůžkové a ambulantní, případně nemocniční a mimonemocniční, může zvýšit efektivitu péče, udržovat náklady v rozumné míře a zlepšit dostupnost. V našich podmínkách představuje přiměřené řešení závažného problému duplicity. Bude obtížné překonávat dosavadní rigiditu uvažování zdravotních pojišťoven a státních orgánů i zájmové tlaky OAL, které se promítají do postojů lékařské komory a vlivného Sdružení smluvních lékařů zdravotních pojišťoven. Je totiž jasné, že zdravotní politika směřující k řešení duplicity cestou souběhů činnosti, by spolu s efektivitou přinesla zároveň redukci dosavadního počtu specialistů. Zdá se pravděpodobnější, že ČR se bude spíše napodobovat těžkopádný a nepříliš efektivní německý model, který duplicitu řeší faktickým zákazem OAP při nemocnicích.<sup>61</sup>

### **5.13 Ekonomická motivace a regulace**

Vazby OAP na okolí, resp. v rámci ambulantní péče jako celku, jsou ovlivňovány zásadním způsobem aktuálně zavedeným systémem úhrady. Ten vychází z organizační koncepce zdravotní péče v rámci státu. Ponecháme-li stranou nedostatky v explicitním vymezení vzájemných kompetencí mezi jednotlivými obory a formami poskytované péče, pak systém úhrady poměrně významně vymezuje motivační pobídky pro účastníky systému.

---

<sup>60</sup> Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

<sup>61</sup> <http://domino.dent.cz/csk>

Na počátku reformy byl v ČR zaveden celoplošně výkonový úhradový systém (FFS). Ten velmi významně motivoval k produkci (resp. nadprodukcii) zdravotní péče s následujícími důsledky:

- Docházelo k poskytování zdravotní péče, která nebyla vždy zcela nezbytná a plně indikovaná.
- Vytvořily se velmi silné konkurenční postoje mezi jednotlivými poskytovateli v rámci jednoho oboru nebo příbuzných oborů (např. chirurgie, traumatologie, ortopedie apod.), ale i mimo tento rámec – bylo běžné, že internista či chirurg poskytuje i běžnou zdravotní péči v případech, které by měly být v kompetenci praktického lékaře.
- Docházelo i k častému zneužívání odborné péče ze strany pacientů, kteří se svým zdravotním problémem navštívili (někdy i v jednom dni) hned několik specialistů téže odbornosti.
- Nejasně stanovené kompetence a pravidla to vše umožňovala, nikdo ze jmenovaných účastníků nebyl nucen nic platit a zdravotní pojišťovna hradila vše.
- Silná motivace vedla k intenzivnímu zájmu o pacienta, který byl v době FFS vítaným hostem jak v nemocniční ambulanci, tak ambulanci privátních specialistů.
- Tyto podmínky vedly k velkému zájmu o privatizaci a odlivu odborníků z nemocnic a jiných větších organizačních celků, nároky na úhrady však neúměrně rostly.<sup>62</sup>

Situace se změnila v roce 1997, kdy zavedení regulačních mechanismů do OAP vedlo k velmi rychlé změně pobídek v pobídky takřka opačné, což se projevilo v postojích OAL. Hlavní regulací ze strany zdravotních pojišťoven bylo zavedení časového limitu v konečné podobě 9 hodin každý pracovní den (přepočteno z časů provedených výkonů) bez ohledu na počet ošetřených pacientů. Překročení tohoto limitu o více než 10 % je sankcionováno zdravotní pojišťovnou redukcí platby. Většina specialistů však pracuje tak intenzivně, že 9 hodinový limit splní počtem provedených výkonů již po 4 či 5 hodinách práce.

Současně se provádění těch výkonů, které jsou materiálově náročné (a materiál je zakalkulován do hodnoty výkonu), může stát pro specialistu skutečně finančně nevýhodné, přesáhne-li jejich počet v jednotlivých dnech určitou mez. V takové situaci lékař pracuje jednak „zadarmo“, jednak spotřebovává zdravotnický materiál (kalkulovaný ve výkonech), který mu nebude zdravotní pojišťovnou zaplacen.

---

<sup>62</sup> Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

Specialisté sledují počty provedených výkonů a jejich časové hodnoty v jednotlivých dnech tak, aby jejich 9 hodinový limit nebyl překročen. Obdobně sledují četnosti výkonů v rámci měsíce. Protože týden nepřítomnosti umožňuje vyšší četnost výkonů ve zbývajících týdnech měsíce, vykazují OAL více pracovních neschopností, berou se dovolenou nebo jsou nepřítomni z jiných důvodů.

Důsledky jsou následující:

- Dochází ke snížení pracovní doby OAL a redukuje se kapacita OAP pro pacienty – pokud specialista do té doby byl schopen ošetřit 40 i více pacientů v průběhu pracovní směny, se změnou úhrady jeho schopnosti rychle klesají
- Objevují se čekací doby, které dosahují již tři, čtyři i více měsíců
- Stanovení limitů na preskripci na všech úrovních péče vede k pokusům o přesun nákladů na kohokoliv jiného – pacienti odcházejí od odborného lékaře bez předepsané medikace, zato s doporučením, aby byla praktikem předepsána, naopak chroničtí pacienti jsou svými praktiky odesíláni do odborných ambulancí pro předpis některého z nákladných léků
- Lékaři nemají žádnou ekonomickou motivaci k tomu, aby zdravotní péči poskytovali efektivním způsobem
- Pacienti nejsou formálně motivováni k tomu, aby respektovali doporučení svého praktického lékaře
- Neuspořádanost poměrů opět obnovuje proces zajišťování zdravotní péče prostřednictvím různých známých a kontaktů
- Vytvořené povědomí o nedostatečnosti úhrady z veřejných fondů vede k vybírání prostředků od pacientů v hotovosti, přičemž se dá předpokládat, že jen menší část bude nahlášena ke zdanění

Přijaté regulační mechanismy změnilly náraz pouze ekonomickou motivaci na straně nabídky péče bez souběžné změny pobídek na straně poptávky a bez strukturálních zásahů do zdravotnického systému. To se ukázalo jako problematické vychýlení, které sice zlepšilo ekonomické výstupy systému, ale zhoršilo jeho vnitřní uspořádání a stabilitu.<sup>63 64</sup>

---

<sup>63</sup> <http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz>

<sup>64</sup> Časopis Zdravotnictví v České republice č. 1 – 2 / 2000

## 5.14 Zbytečné výkony

Konkrétní oblasti, ve kterých existuje prostor pro zbytečné výkony a kde lze hledat rezervy současného systému, jsou například:

- Úroveň péče praktických lékařů: praktický lékař, který nemá dostatečnou důvěru svých pacientů, má i charakteristický klinický styl. Svým pacientům předepisuje nákladné léky a indikuje větší množství specializovaných vyšetření. Jeho pacienti také ve zvýšené míře vyhledávají specializované služby ze své vlastní iniciativy.
- Způsob zajištění nemocniční péče: při pohledu na délku hospitalizací v našich nemocnicích je zřejmé, že diferenciací lůžkového fondu a zvýšením intenzity práce na akutních lůžkách lze dosáhnout nezanedbatelného objemu prostředků.
- Odborná ambulantní péče a její problémy: náklady spojené s odbornou ambulantní péčí jsou od kvality fungování výše zmíněných typů poskytovatelů zdravotní péče, a také přes ně by měly být regulovány. Vyšetřovací výkon tvoří podstatnou část činnosti nejen praktických lékařů, ale i ambulantních specialistů. Tento fakt svědčí o tom, že velký podíl kontaktů pacienta s lékařem je zaměřen pouze na zjištění zdravotního stavu pacienta a nikoliv na jeho zlepšení.
- Významným faktorem je péče poskytovaná zbytečně z administrativních důvodů. Mnozí pacienti by lékaře, s ohledem na obtíže svého zdravotního stavu, navštívit vůbec nemuseli. To se týká například pacientů s běžnými virovými chorobami horních cest dýchacích, jejichž nekomplikovaný průběh lze léčit pouze antipyretiky a vitaminy (běžně dostupné ve volném prodeji lékárny) a po několika dnech lze nastoupit opět do práce. Pacient je však nucen dvakrát navštívit lékaře jen z důvodu získání pracovní neschopenky. Opakovaně zvažované řešení této situace spočívá ve vytvoření možnosti čerpat legalizovanou krátkodobou omluvenou absenci, to je však stále úkolem budoucnosti.
- Zbytečné výkony mohou být také vyvolány účelovým jednáním pacienta. Řada pacientů bude své potíže přehánět nebo si je zcela vymyslí. Zajímavou vazbou počtu, délky a četnosti pracovní neschopnosti s mírou nezaměstnanosti lze podpořit možnou účelovost některých případů návštěv u lékaře.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> www.izip.cz



## 5.15 Pacienti v systému OAP

Je zjevné, že pacient na jedné straně není pokládán za zcela svéprávný subjekt a pokládá se za odůvodněné hodnocení a stanoviska pacientů-laiků posuzovat vždy mimořádně obezřetně. Na druhé straně je mu vytýkáno chování, které reaguje na realitu stejně adekvátně jako chování lékařů, anebo je dokonce obviňován z jednání ve vlastní prospěch.

Velký výběr zdravotnických zařízení často pacientovi ztěžuje orientaci. Přitom je míra informovanosti pacientů nízká, jednak pro přetrvávání paternalistického přístupu lékaře ke svému pacientovi, jednak údajně pro malý zájem pacientů o tyto informace.

Vzájemné vztahy mezi poskytovateli a pacienty jsou stále významně ovlivňovány přetrvávajícím paternalistickým přístupem lékařů ke svým pacientům, kteří se tomuto přístupu příliš nebrání, protože jim umožňuje i nadále pasivní přístup ke svému zdraví. V podstatě tato poloha většině občanů vyhovuje, a to nejen z důvodu existence zkušeností z minulosti, ale i proto, že se jedná o přístup pohodlnější, který od nich prakticky nic nevyžaduje a neklade žádné nároky na samostatné rozhodování. Vlastně i pro lékaře je tato situace v řadě případů mnohem jednodušší, protože nejsou nuceni příliš se zabývat vysvětlováním, proč zvolili takový nebo jiný způsob odborného postupu.<sup>66</sup>

Nepříjemné informace jsou pacienty zpochybňovány a volnost dosavadního uspořádání dovoluje nespokojenému pacientovi vyhledat nejen druhý názor, ale navštívit libovolné množství lékařů a nechat si opakovaně provést identická vyšetření.

Spotřebu prostředků zdravotního pojištění ovlivňují nejen lékaři na různých úrovních zdravotnického systému, ale také pacient. Ten v dnešním systému v rámci svobodné volby lékaře pojímá toto privilegium poněkud širě, než bylo v zákonné normě uvažováno. Právo svobodné volby lékaře nebylo jistě koncipováno tak, aby pacient dle svého uvážení se pohyboval od lékaře k lékaři bez sebemenší koordinace svým praktickým lékařem.

V oblasti OAP mají pacienti možnost velkého výběru těchto odborníků a tuto možnost také v dostatečné míře využívají. Často však nikoliv ve smyslu výběru kvalitnějšího odborníka (o kvalitě ostatně chybí informace nejen uživatelům péče, ale všem účastníkům zdravotnického systému), ale spíše systémem „zkusit všechny a porovnat“. Protože tento postup není náležitě regulován, vede k výraznému odčerpávání prostředků ze zdravotního pojištění. Pacienti však považují současný stav za optimální pro sebe, i když je neúnosný ekonomicky. Tendence státní správy a pojišťovny ke snížení hustoty ambulantních specialistů vyvolává u pacientů záporné reakce a záměry redukce vnímají jako ohrožení dostupnosti péče. K tomuto jejich

---

<sup>66</sup> <http://www.pacienti.cz>

postoji jistě přispívají i protesty jejich lékařů proti regulačním tendencím a styl medializace problému ze strany lékařské reprezentace.

Důsledky „cestování“ pacienta po různých odborných lékařích spočívají však nejen v tom, že dochází ke značnému vyčerpávání systému zdravotního pojištění. Důležité je, že se tak děje bez viditelného pozitivního dopadu na zdravotní stav obyvatel. Dokonce lze v této zdánlivé výhodě spatřovat riziko pro pacienty, protože se přes velký počet zúčastněných lékařů paradoxně prodlužuje diagnostický proces a může dojít k poškození pacienta například z důvodů nedostatečné komunikace.

Zabránit tomuto nekoordinovanému „cestování“ pacientů po specialistech lze čelit několika způsoby:

- Zavést již několikrát uvažovaný poplatek za přímý přístup ke specialistovi
- Zavést administrativní omezení, tj. omezit nebo vyloučit možnost vyšetření specialistou bez předchozího doporučení praktikem
- Zabránit na druhé straně těm lékařským výkonům indukovaným lékaři a hrazeným ze zdravotního pojištění, které lze označit za zbytečné<sup>67</sup>

Lékaři podezírají pacienty, že volnosti systému využívají nejen k dosažení zbytečného komfortu, ale i k získání neoprávněných výhod. Prohlašují však, že není jejich věcí tento problém řešit: systém by sám měl mít vlastní regulační nebo motivační pobídky, aby počet těchto situací minimalizoval. Náplní lékaře je léčit, nikoliv vyhledávat simulanty. V současném systému však lékař nemá ani nejmenší touhu své pacienty rozzlobit odhalováním jejich skrytých motivů k účelovému jednání. Mohl by totiž o ně přijít a vzhledem k tomu, že simulaci pacienta nemůže v naprosté většině případů ani prokázat, riskoval by neadekvátně mnoho.

Je pozoruhodné, že řešení výše uvedených nežádoucích jevů se prakticky nehledá nikde jinde, než v ekonomických pobídkách, které by změnily chování pacientů. Jsou opomíjeny psychologické a socioekonomické aspekty problému, dané například nezaměstnaností (útěky do nemoci) a nevhodným nastavením dávek v nemoci. Je prakticky nemožné přiblížit pacientům nákladnost současného uspořádání, pokud se jich nedostatek peněz v systému výrazněji nedotkne.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> <http://www.pacienti.cz>

<sup>68</sup> <http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz>

## 5.16 Spoluúčast a pokladenský systém

### 5.16.1 Spoluúčast

V současném systému OAP pacient místo pocitu vděčnosti za množství provedených vyšetření může nabýt dojmu, že jej doktoři honí dokolečka, aby za něj něco „trhli“. Řešení takto lapidárně vyjádřeného problému nabízí spoluúčast. Pacient, který by se podílel na platbě za provedený výkon, by sám aktivněji spolupracoval s lékařem při plánování dalších vyšetření a také lékař by si byl vědom skutečnosti, že pacient je určitým způsobem vyšetřením finančně zatížen a neindikoval by vyšetření, která nejsou absolutně nutná. Zavedení spoluúčasti by jistě nevyřešilo zásadní nedostatky systému, pokud by se však sečetl její psychologický a ekonomický vliv s vlivem faktoru kontrolní zpětné vazby, mohla by se stát funkčním prvkem v systému.

S odvoláním na údaje OECD se objevují názory, že růst spoluúčasti pacientů problém nijak neřeší. Převažujícím efektem by bylo pouze zvýšení nerovnosti v přístupu ke službám. Celková suma výdajů na OAP by naopak pravděpodobně vzrostla díky schopnosti lékařů indukovat výkony a poptávku po nich. Ve snaze nahradit případný úbytek poptávaného množství těch skupin pacientů, pro které by spoluúčast představovala důvod pro omezení poptávky, by se lékaři (hnáni ze svého pohledu nutností pokrýt vysoké fixní náklady) snažili kompenzovat navýšením příjmů od ostatních.<sup>69</sup>

### 5.16.2 Pokladenský systém

Vysoký objem spotřebovávané péče (ať již indukované lékařem nebo dosahované „cestováním“ pacienta) řeší podle některých názorů systémovým způsobem pokladenský systém, jehož obrovskou předností je delegování kontroly na pacienta.

V zavedení pokladenského systému či jeho modifikacích se však spatřuje ještě další přínos, důležitější než ušetřené prostředky. Pokladenský systém by narovnal pokřivené vztahy mezi plátcí – zprostředkovateli hrazené péče a poskytovateli této péče, které jsou v současné době nejčastějším předmětem kritiky ze strany lékařů. Těm by pokladenský systém přinesl vysvobození z „nevolnického a dlouhodobě neudržitelného“ vztahu ke zdravotním pojišťovnám a zátěže nesmyslných administrativních úkolů, které pojišťovny lékařům dělají.

---

<sup>69</sup> <http://www.medical-tribune.cz/diskuse>

Pokladenský systém přináší lékařům okamžité prostředky za jím vykonanou práci, bez závislosti na platební disciplíně velkých či malých podniků v placení zdravotního pojištění.<sup>70</sup> Břemeno problémů, které nyní nesou lékaři, by se sice přesunulo na pacienta, zastánci pokladenského systému jsou však přesvědčeni, že zodpovědněji by se choval i stát a přijímal okamžitá opatření při propadu prostředků v systému zdravotního pojištění, protože jinak by poškodil ne tisíce lékařů, ale miliony pojištěnců. Navíc by odpadly problémy s administrativním definováním sítě a počtu lékařů. V pokladenském systému může fungovat pouze tolik lékařů, kolik se jich užíví a o jejich počtu a úspěšnosti rozhodují především pacienti. Pacient, který rozhoduje, se stává spoluodpovědným a odpovědnost jej vede k větší aktivitě v péči o vlastní i cizí zdraví.<sup>71</sup>

### 5.16.3 Ochota platit

V souvislosti s názory na zavedení spoluúčasti či pokladenského systému je na místě zabývat se otázkou, jak problém placení za zdravotní péči vnímají sami její uživatelé, jak jsou ochotni a zda vůbec.

Z průzkumů veřejného mínění zpracovaném agenturou Median na reprezentativním vzorku 520 lidí je patrné, že ochota platit u lékaře je mezi lidmi téměř půl na půl: 56 % lidí si nechce v ordinaci vůbec nic připlácet, ale 44 % lidí proti tomu nic nemá. Ochotu připlácet dávají najevo hlavně vysokoškoláci. Každý třetí z nich říká, že si rád připlatí.

Další otázka průzkumu směřovala k výši částky, kterou respondent považuje za únosné vynaložit ze svého ročního rozpočtu na zdravotnictví (kromě povinného pojištění). 24 % dotázaných odpovědělo, že není ochotno přispívat nic, neboť jejich příjem nestačí ani na nutné životní potřeby. Dalších 44 % také odmítá, i když určitý příjem má. Celkově tedy i v této otázce potvrzují svoji neochotu či nemožnost přispět. Dalších 25 % bylo ochotno přispět do 1 000,- Kč ročně, 5 % do 3 000,- Kč ročně a jen 2 % nad 3 000,- Kč ročně. Jinými slovy, i ti, kteří jsou ochotni připlácet, mají na mysli většinou spíše symbolickou sumu (od 80,- do 250,- Kč měsíčně).<sup>72</sup>

I když se předpokládá, že spoluúčast pacienta na platbě svého ošetření posiluje jeho zájem o vlastní ošetření a o nakládání s finančními prostředky zdravotního pojištění, i když se pokládá za důležité právo pacienta o finančních prostředcích rozhodovat, nelze nevidět, že efektivního

---

70 Časopis Zdravotnictví v České republice č. 1 – 2 / 2000

71 <http://www.euroskop.cz/admin/gallery/37/257,2>, Centrum mezistátních úhrad

72 MF Dnes ze dne 22.7.2007

rozhodování je schopen pouze informovaný pacient. Odborníci by se měli hlouběji zabývat tímto aspektem účasti pacienta při rozhodování. Zůstává zatím příliš v pozadí, což budí dojem, že pacient má pouze „odnést“ dosavadní nedostatky systému zdravotní péče a zdravotního pojištění. Tato tendence přenést problém na pacienta je ještě výraznější v argumentech ve prospěch pokladenského systému a bohužel nepřispívá k úsilí postavení pacienta ve zdravotnictví nějak změnit.

## 5.17 Zavedení poplatků

Současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek byl první, kdo se fakticky, nikoliv jen slovně, dovolil sáhnout na téměř nedotknutelnou modlu českého národa – bezplatnou zdravotní péči. Proto v současné době platí zákon, který vymezuje, kde a za co jsou regulační poplatky ve zdravotnictví vybírány. Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, byla některá ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. (dále jen „zákon“) změněna a doplněna. Zásadní změnou mající dopad na činnost zdravotnických zařízení včetně zařízení lékárenské péče a zdravotních pojišťoven je zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Platnost zákona je od 1.1. 2008.

### 5.17.1 Kdy se regulační poplatek vybírá

Od 1.1.2008 se regulační poplatek vybírá:

#### A. ve výši 30,- Kč

1. za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření
  - a) u praktického lékaře,
  - b) u praktického lékaře pro děti a dorost,
  - c) u ženského lékaře,
  - d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení (v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin s tím, že ordinační doba může být i delší než do 17:00 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinační dobu ambulance,

*nebo od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu, musí být zřejmé z označení ambulance),*

- e) u klinického psychologa,
- f) u klinického logopeda,

*Poznámka:*

*Poplatek se nehradí při vyšetření hospitalizovaného pacienta, o které žádá lůžkové zdravotnické zařízení.*

- 2. za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře
- 3. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,
- 4. za vydání každého, z veřejného zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. (*V novele vyhlášky č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších právních předpisů, bude omezen počet balení.*)

*Poznámka:*

*Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, tedy dvě položky. Poplatek za recept tak může činit nejvýše 60,- Kč.*

*Je-li nutné udělat výpis z receptu, uvedou se na něm všechny rozhodné údaje vztahující se k předepisovanému léčivému přípravku nebo potravine pro zvláštní lékařské účely včetně údaje, zda má či nemá být vybrán poplatek při realizaci tohoto výpisu v zařízení lékárenské péče.<sup>73</sup>*

#### B. ve výši 60,- Kč za každý den, ve kterém byla poskytována

- a) ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních vykazujících OD 00005 a v LDN) nebo
- b) komplexní lázeňská péče nebo

---

<sup>73</sup> Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

- c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z v.z.p.

*Poznámka:*

*Je-li pacient na propustce, poplatek se nehradí. Poplatek se nehradí též při poskytování jednodenní péče na lůžku nebo jedná-li se o pobyt pacienta ve stacionáři..*

C. ve výši 90,- Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,  
b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (*poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče*).

*Poznámka:*

*Poplatek se hradí i v případě, že pohotovostní služba je poskytována u pacienta na jeho výzvu. Zabezpečuje-li LSPP zdravotnická záchranná služba, poplatek se hradí.*

#### 5.17.2 Kdy se poplatky nehradí

Regulační poplatky se nehradí, jedná-li se o:

1. preventivní prohlídku
  - a) u dětí, dospělých, ve stomatologii, v gynekologii (*podle § 29 zákona*),
  - b) vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním (*podle § 30 zákona, tj. včetně např. vybraných očkování*),
  - c) závodní preventivní péči (*podle § 35 zákona. Jedná se pouze o periodické preventivní prohlídky*),
2. dispenzární péči poskytovanou
  - a) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí (*viz § 31 odst. 1 písm. b) zákona*),
  - b) těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství (*viz § 31 odst. 1 písm. d) zákona*),
3. hemodialýzu ,
4. laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření ,

5. vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně (resp. krvetvorných buněk),
6. případy, kdy lékař, psycholog nebo logoped neprovádí klinické vyšetření, ale jiné výkony podle Seznamu výkonů, například:
  - a) výkony, u kterých je v Seznamu výkonů v položce kategorie výkonu označení „Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením“,
  - b) minimální kontakt lékaře s pacientem (*například při předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na recept*),
  - c) telefonickou konzultaci ošetřujícího lékaře s pacientem,
  - d) rozhovor lékaře s rodinou,
7. výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz,
8. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v.z.p. (*např. antikoncepce předepsaná na recept*),
9. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“,
10. výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis,
11. poskytování péče, která není hrazena z v.z.p. (*např. při vystavení receptu na antikoncepci, pokud současně nebylo provedeno klinické vyšetření, nebo jedná-li se o akupunkturu, kosmetické výkony, výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky apod.*).

### 5.17.3 Kdy se nehradí žádné poplatky

Žádné poplatky se nehradí:

1. jde-li o pojištěnce umístěné
  - a) v dětských domovech,
  - b) ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
2. při ochranném léčení nařízeném soudem,
3. při:
  - c) léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit,
  - d) nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo
  - e) nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu, (*zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*),



4. jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu (*viz zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů*).

#### 5.17.4 Kdo hradí poplatky

1. pojištěnec, který je účasten v.z.p., nebo za něj jeho zákonný zástupce při poskytování zákonem stanovené zdravotní péče v případě, kdy se jedná o zdravotní péči hrazenou z v.z.p.,
2. též pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva. Při poskytování zdravotní péče je nutné jim zajistit rovnost nakládání, což znamená, že se k těmto osobám musí poskytovatelé zdravotní péče chovat stejně jako k jakémukoli českému pojištěnci. Nejedná se jen o turisty, ale i o občany s bydlištěm v ČR, často děti, jejichž rodič – živitel pracuje v zahraničí,
3. cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu (nikoli z v.z.p.).<sup>74</sup>

#### 5.17.5 Kdo nehradí poplatky

1. pojištěnec, který je od povinnosti platit poplatek osvobozen nebo v případech, které jsou uvedeny v zákoně a ve kterých se poplatek neplatí,
2. osoba, která není pojištěncem podle zákona, tzn. nemá na území České republiky trvalý pobyt, ani není zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky a ani není uveden ve IV./2 a 3. To znamená, že poplatky nehradí osoba, která poskytnutou zdravotní péči hradí z vlastních prostředků, nebo z komerčního pojištění či jiných zdrojů.

---

<sup>74</sup> Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

### 5.17.6 Povinnosti zdravotnických zařízení a zařízení lékárenské péče v souvislosti s poplatky

1. sdělovat informace o poplatcích zdravotní pojišťovně v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí.

Informace o vybraných poplatcích musí obsahovat:

- číslo pojištěnce,
  - výši poplatku,
  - datum, ke kterému se poplatek váže,
  - pouze v případě, že se jedná o zařízení lékárenské péče, též název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč,
2. vybírat poplatky a doplatky uvedené v bodě I. A, B a C je povinné. Poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení nebo zařízení lékárenské péče. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000,- Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně,
  3. vystavit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku.

Doklad o zaplacení poplatku musí obsahovat:

- číslo pojištěnce,
- výši poplatku,
- datum jeho zaplacení,
- otisk razítka zdravotnického zařízení,
- podpis osoby, která poplatek přijala,
- název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč, pokud se jedná o zařízení lékárenské péče.

### 5.17.7 Lhůty pro hrazení poplatků

1. ihned v případě, že jde o uhrazení poplatku a o uhrazení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče,

2. ihned, nebo podle dohody se zdravotnickým zařízením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
3. nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní,
4. vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce v případě, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní.

#### *5.17.8 Povinnosti zdravotních pojišťoven*

1. evidovat poplatky a doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelné do limitu na osobním účtu každého pojištěnce,
2. sledovat limit 5 000,- Kč u každého pojištěnce,
3. na vyžádání pojištěnce poskytnout jedenkrát ročně bezplatně výpis z osobního účtu pojištěnce včetně uhrazených poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu,
4. ve lhůtě 60 dnů po skončení čtvrtletí uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující limit 5 000,- Kč za kalendářní rok pro poplatky ve výši 30,- Kč a doplatky za předepsané léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z v.z.p. a započitatelné do limitu,
5. v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5 000,- Kč již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50,- Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce,
6. při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle § 16b odst. 2 zákona. Částku uhradí pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Nová

zdravotní pojišťovna oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně, která částku rozúčtovala, do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky.

#### 5.17.9 Práva pojištěnce od 1. 1. 2008

1. na vystavení dokladu o zaplacení poplatku - zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
2. na vystavení dokladu o zaplacení poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékařské péče - toto zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
3. na započtení poplatků uvedených v bodě I. A 1. až 4. do limitu 5 000,- Kč,
4. na započtení doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely do limitu pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, v tom případě se započítává do limitu 5 000,- Kč doplatek v plné výši. (*Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených z v.z.p., s uvedením výše úhrady a výše doplatku započítatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví na webových stránkách [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)*),
5. na uhrazení částky přesahující limit 5 000,- Kč za kalendářní rok pro poplatky a doplatky za předepsané léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z v.z.p. ve lhůtě 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen,
6. v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5 000,- Kč již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započítatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního

čtvrtletí. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50,- Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

#### 5.17.10 Položky nezapočitatelné a započitatelné

Položky nezapočitatelné a započitatelné do limitu 5 000,- Kč:

A) položky nezapočitatelné:

1. poplatek 90,- Kč za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením poskytujícím
  - a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
  - b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (*poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče*),
2. poplatek 60,- Kč za každý den, ve kterém byla poskytována
  - a) ústavní péče nebo
  - b) komplexní lázeňská péče nebo
  - c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z v.z.p.,
3. doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada stanovená podle § 17 zákona je nižší než 30 % maximální ceny, a částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě,
4. doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy,
5. doplatky za částečně hrazené léčivé přípravky účtované jako ZULP a hrazené z v.z.p. při poskytování ambulantní péče.

B) položky započitatelné:

1. poplatek 30,- Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření
  - a) u praktického lékaře,
  - b) u praktického lékaře pro děti a dorost,

- c) u ženského lékaře,
  - d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení (v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin s tím, že ordinační doba může být i delší než do 17:00 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinační dobu ambulance, nebo od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu, musí být zřejmé z označení ambulance),
  - e) u klinického psychologa,
  - f) u klinického logopeda,
2. poplatek 30,- Kč za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
  3. poplatek 30,- Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,
  4. poplatek 30,- Kč za vydání každého, z v.z.p. plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení (maximální počet balení bude stanoven ve vyhlášce),
  5. doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z v.z.p. Do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, pak se do limitu 5 000,- Kč započítává doplatek v plné výši.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

## 6. Závěry

Rozhodující politické síly země nemají v problematice ambulantní a speciální odborné ambulantní péče jasno. Nevědí, jak se k ní postavit a jak ji řešit. Dokonce lze říci, že na úrovni politiků od místní až po celostátní úroveň je jen s velkými obtížemi chápáno, že jde o systém a procesy v něm, které ovlivňují zhruba polovinu zdravotnického rozpočtu a odpovídající tomu suma může plýtvaným způsobem odtéct. Téma by vyžadovalo intenzivní politickou práci mezi poslanci a dalšími zastupiteli.

Seriozní analýza a studium zahraničních zkušeností by mělo poskytnout datovou a poznatkovou základnu pro kvalifikované rozhodování v dané oblasti.

Současně existující systém narušuje posloupnost péče o pacienta. Není stanoven ani prakticky uplatňován centrální článek řízení péče o pacienta, kterým by měl být PL – současně gate-keeper. Tím se systém může stát pro pacienta rizikovým a snižovat úroveň péče.

Problematiku OAP nelze řešit odděleně od problematiky primární péče. Jde o „spojené nádoby“ jednoho problému. Vymezení kompetencí, nároků na vzdělání a postgraduální doškolení PL by vyřešilo mnohé problémy. Zkvalitnění PP na úroveň běžnou ve vyspělých evropských státech by odlehčilo přetížené OAP, která by nemusela aktivovat své speciální znalosti, zkušenosti a obecně „know-how“ na problémy, řešitelné na nižší etáži systému. Za pomoci standardů a pravidel „dobré praxe“ by bylo účelné definovat, co je v náplni praktika a co OAL.

Na to navazuje problém souběhu nemocniční a soukromé ambulantní praxe. Jak ukazují zkušenosti řady zemí, lze nalézt rozumný model kooperace mezi jednotlivými subjekty na nabídkové straně. Je ovšem nutno respektovat kulturní zakotvení konkrétního historického vývoje. Jeho násilná změna by mohla vést k sociálně problematickým řešením ze strany aktérů tohoto procesu. U souběžných praxí je nutno stanovit hranice, za kterými se již plodná spolupráce mění v nelítostný a nevybíravý boj o přežití. Je však také nutno jasně definovat, nejlépe opět metodami stanovení standardů a „dobré praxe“, co z péče je možné realizovat vně nemocnice a co nikoliv.

Základní cílovou hodnotou by měl být přínos pro pacienta, jeho komfort a úspěšná léčba. Tento zájem by měly hájit především pojišťovny.

Gate-keeping je princip, bez jehož zavedení bude české zdravotnictví stále v situaci, kdy únik prostředků je vysoce pravděpodobný. Jeho zavedení je akutní, technické prostředky jsou poměrně jednoduché a snadno realizovatelné.

Všeobecně se předpokládá, že PL a OAL odesílají pacienty k radiologickým a laboratorním vyšetřením častěji, než je tomu v zemích EU.

Ambulantní lékaři, jak PL, tak i OAL, vykazují daleko větší míru kontaktů s pacienty, než je tomu v jiných evropských zemích. Kontakt s pacienty byl v 90. letech silně podporován zavedením platby za výkon a nezměnil se ani po zavedení kapitačních plateb. V důsledku toho se průchodnost ordinací praktika stává významně vyšší ve srovnání s lékaři PP jiných evropských států (u nás je to okolo 50 pacientů v ordinaci za den). Vysoká četnost kontaktů ovlivňuje vysokou četnost preskripce a také vysokou míru indukce dalších vyšetření jak v laboratořích, tak i u OAL. Tento stav je však nejen důsledkem vlastní indukce lékařem, ale i zažitými zvyky pacientů, kteří lékaře navštěvují i s banálními zdravotními problémy (nutnost vystavení receptu, neschopenky apod.). Díky dlouhodobé ideologické interpretaci „bezplatného zdravotnictví“ neexistuje žádná motivace občana pro racionální zvažování skutečné odůvodněnosti návštěvy lékaře. Současně není právně podložena možnost omluvit nepřítomnost v práci ze zdravotních důvodů jinak než vystavením dokladu o pracovní neschopnosti lékařem.

Rozsah odborných ambulantních služeb je v ČR ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi až pětinasobný. S tím souvisí i 2-3 násobný počet kontaktů pacienta s odborným specialistou (6,6 kontaktů za rok). Vysoký počet kontaktů je pochopitelně provázen vysokými náklady na úhrady v rámci ambulantních služeb, včetně vysoké spotřeby léčiv a indukovaných výkonů laboratoří, RTG pracovišť apod.

Ve srovnání s rodinnými lékaři ve vyspělých evropských zemích jsou naše PL mnohem hůře technicky vybaveni (rtg, sono či moderní laboratorní vybavení jsou stále spíše výjimkou). Také spektrum výkonů, které provádějí, je významně užší (drobné chirurgické výkony, ORL či oční zákroky jsou výjimečné) než u jejich evropských kolegů.



## Seznam použitých zdrojů

[www.slovník-cizich-slov.cz](http://www.slovník-cizich-slov.cz)

Jaroš J.: Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, 1999

T. Fürstenberg, B. Rochell, N. Roeder, G. Breidhardt: Ambulatory and Hospital Care in the Federal Republic of Germany, 2007

Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 2004

Ekonomické informace ve zdravotnictví, UZIS 2005

<http://data.euro.who.int>

A. H. Glenngard, F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell, V. Bankauskaite: Health Care Systems in Transition – Sweden, 2005

Zdravotnické noviny ČR, Roč. 54, č. 46 (2005), s. 18-19: Ambulantní lékaři pohledem OECD

Health Statistics dostupné na <http://www.oecd.org/topicstatportal>

Busse R., Riesberg A.: Health Care Systems in Transition – Germany, 2004

Fry J., Horder J.: RCGP Research Units Records, 1957-1993

Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

Hofmarcher M.M., Rack H.M.: Health Care Systems in Transition, 2006

<http://csu.statnisprava.cz/csu>

Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, 2005

Vyhláška ministra zahraničních věcí č.145/1988 Sb.ze dne 18.srpna 1988 o Úmluvě o závodních zdravotních službách

Schrijvers A.J.P.: Health and Health Care in the Netherlands, 1997

VZP – interní materiály

Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči odborných ambulantních lékařů v ČR v letech 1996 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

Kocourek, J. 2005: Komparace dat o primární zdravotní péči praktických lékařů v ČR v letech 1992 - 2004 vycházející z vybraných výzkumných šetření.

Kocourek, J. 2005: Společné či rozdílné hrubé trendy vývoje situace praktických lékařů a odborných ambulantních lékařů v období 1992 - 2004 na základě vybraných výzkumných šetření.

Kocourek, J. 2005: Společné či rozdílné hrubé trendy vývoje situace praktických lékařů a odborných ambulantních lékařů v období 1992 - 2004 na základě vybraných výzkumných šetření.

Jaroš, J., Kocourek, J. 2005: Komparace výsledků zkoumání lékařů v čase mezi lety 1992 až 2004 (příloha 6 výzkumné zprávy Grantu IGA MZ ČR č. 7388-2)

<http://www.medical-tribune.cz>

<http://www.clk.estranky.cz>

<http://www.medical-tribune.cz>

<http://www.pacienti.cz>

Časopis Zdravotnictví v České republice č. 1 – 2 / 2000

Strategie FN Brno, 2007

Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2003

Novelizovaná verze stanoviska Sdružení ambulantních specialistů k problematice tvorby „sítě zdravotnických zařízení“ v České republice. Schváleno 24.2.2006.

<http://domino.dent.cz/csk>

<http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz>

Časopis Zdravotnictví v České republice č. 1 – 2 / 2000

[www.izip.cz](http://www.izip.cz)

<http://www.pacienti.cz>

<http://www.euroskop.cz/admin/gallery/37/257,2, Centrum mezistátních úhrad>

MF Dnes ze dne 22.7.2007

Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely