

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Hospodářská politika



**Analýza trhu práce lékařův v ČR v letech 2004-2017
so zvláštnym zameraním na personálne kapacity**

Diplomová práca

Autor: Bc. Eliška Matláková

Semester: LS 2018/2019

Čestné prehlásenie

Prehlasujem na svoju česť, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne a s použitím uvedenej literatúry.

Eliška Matláková

V Prahe, dňa 10.5.2019

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som rada pod'akovala pani Ing. Lucii Bartůskovej, Ph.D. za podnetné pripomienky a rady počas vedenia mojej diplomovej práce. Rovnako by som chcela pod'akovať rodine, priateľovi a kamarátom za podporu počas celého štúdia.

Zadanie práce

Vysoká škola ekonomická v Praze
Katedra hospodářské a sociální politiky

Národohospodářská fakulta
Akademický rok: 2018/2019



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Bc. Eliška Matláková**
Studijní program: **Ekonomie a hospodářská správa**
Obor: **Hospodářská politika**
Název tématu: **Analýza trhu práce lékařů v ČR v letech 2004-2017 se zvláštním zaměřením na personální kapacity**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce:
Diplomová práce bude analyzovat trh práce lékařů v ČR v letech 2004-2017 a to především se zaměřením na personální kapacity. Hlavním cílem bude zjistit, či případně kde v ČR dochází k nedostatku lékařů, či už z pohledu jednotlivých oborů nebo regionů ČR. Jedním z cílů bude na základě předcházející analýzy a dostupné literatury identifikovat nejzávažnější a nejvíce skloňované problémy trhu práce lékařů v ČR, zaměřené především na personální kapacity a personální obsazenost, a také ponúknuť predikciu a možné riešenia danej problematiky.
2. Význam, aktuálnosť alebo očakávaný prínos zvoleného tématu:
Vedeckých prác z oblasti zdravotníctva ČR je značný počet. Do veľkej miery sú však zamerané skôr na financovanie zdravotného systému alebo na komparáciu s inými krajinami. Aj toto je práve dôvod výberu témy, a teda nedostatok odborných prác so zameraním na trh práce lekárov v ČR v súčasnom kontexte. Medzi odbornou ale aj laickou verejnosťou sa čím ďalej tým viac skloňujú pojmy ako „nedostatok lekárov“ alebo „personálna kríza“. V máji 2018 mnohé nemocnice ohlásili kritickú personálnu obsadenosť a hrozili, že budú musieť zatvárať niektoré oddelenia. To samozrejme straší ako samotných pacientov, tak odborníkov a politikov, pretože by to mohlo viesť k destabilizácii systému a ohrozeniu zdravotnej starostlivosti.
3. Charakteristika teoretickej časti práce:
Teoretická časť práce ponúkne špecifiká a jedinečnosť trhu práce v sektore zdravotníctva, keďže ide o verejný sektor, a rovnako pohľad na globalizáciu tak špecifického trhu, akým je práve trh práce zdravotníckych pracovníkov, čo sa začalo prejavovať predovšetkým po vstupe ČR do EÚ. Veľmi podstatné pre pochopenie následnej praktickej časti bude predstaviť právny rámec. Pôjde predovšetkým o zákony upravujúce uznávanie odbornej a špecializovanej spôsobilosti lekárskeho pracovníka pre prácu na území ČR.
4. Charakteristika praktickej časti práce:
Na vybraných ukazovateľoch bude prevedená analýza lekárov v ČR v rokoch 2004-2017, čo povedie aj k výstupu o situácii personálnych kapacít v tejto oblasti v danom období. Ako ukazovatele poslúžia počet lekárov v ČR v jednotlivých krajinách a oboroch, priemerný vek lekárov v ČR a počet lekárov na 10 000 obyvateľov v ČR, ale aj vývoj chorôb a počet hospitalizovaných pacientov v danom období. Analýza bude viesť aj k identifikovaniu najzávažnejších problémov na trhu práce lekárov v ČR. Praktická časť bude doplnená o predikciu možného vývoja a návrhy na možné riešenia danej problematiky.
5. Kľúčová slova: zdravotný systém, zdravotníctvo, trh práce, lekárske pracovníci, migrácia lekárskeho pracovníka

Rozsah práce: min 65 stran

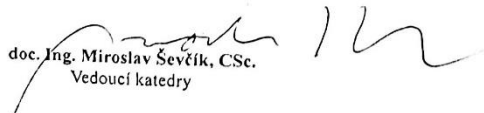
Seznam odborné literatury:

1. KACZOR, Pavel. Trh práce, pracovní migrace a politika zaměstnanosti ČR po roce 2011. Praha: Oeconomia, 2013. ISBN 978-80-2451-930-2.
2. MICHALIČKA, Ludvik, BAŠTÝŘ, Ivo, BRUTHANSOVÁ, Daniela. Riziko odlivu kvalifikovaných odborníků z ČR do zahraničí. In: VÚPSV [online]. 2006. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_227.pdf?fbclid=IwAR3P7R0tOp54U_kSDwg7Um0nYiCgt87Jl7jb-kMxHkvUKNKjagHgohrEzY
3. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování 2017. In: UZIS [online]. 2018. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lekari-zubni-lekari-farmaceuti>
4. WORLD HEALTH ORGANISATION. Working for Health and Growth: Investing in the health workforce. 2016. ISBN 978 92 4 151130 8.

Datum zadání diplomové práce: listopad 2018

Termín odevzdání diplomové práce: květen 2019


Bc. Eliška Matlášková
Ředitelka


doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry


Ing. Lucia Bartůšková, Ph.D.
Vedoucí práce


prof. Ing. Zdeněk Chytil, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Diplomová práca analyzuje personálne kapacity lekárov v ČR v rokoch 2004-2017. Teoretická časť práce je zameraná na ekonomické pojatie trhu zdravotnej starostlivosti, modely financovania a úhrad zdravotnej starostlivosti, jej fungovanie v ČR a právny rámec výkonu povolania lekára v ČR. V praktickej časti sú analyzované vybrané parametre s následným rozdelením na lekárov lôžkovej a ambulantnej starostlivosti. Analýza je doplnená o predikciu a odporúčania. Cieľom práce je zistiť či bol v sledovanom období v ČR nedostatok lekárov, a to so zameraním aj na jednotlivé kraje a vybrané lekárske obory. Dielčimi cieľmi je identifikovať problémy personálnych kapacít lekárov vyplývajúce z prevedenej analýzy a ponúknuť možnú predikciu vybraných ukazovateľov doplnené o odporúčania. Analýza dokazuje nedostatok lekárov v ČR, pričom ich zaťaženie je vyššie v porovnaní so zahraničím a preukazujú sa aj značné rozdiely naprieč krajmi ČR. Dôvodom je hlavne nadmerné využívanie zdravotníckych služieb spojené s vyššou mierou ochorení, kedy problémom je nedostatočná prevencia, ktorej by sa mala venovať väčšia pozornosť.

Kľúčové slová: zdravotníctvo, zdravotný systém, lekári, nedostatok lekárov

JEL klasifikácia: I110, I130, I180

Abstract

The diploma thesis analyzes the personnel capacities of doctors in the Czech Republic in 2004-2017. The theoretical part of the thesis is focused on the economic conception of the health care market, models of financing and reimbursement of health care, system in the Czech Republic and the legal framework of the profession of physician in the Czech Republic. In the practical part, selected parameters are analyzed, focusing on the physicians of the inpatient and outpatient care. The analysis is supplemented with prediction and recommendations. The aim of the thesis is to find out whether there was a shortage of doctors in the Czech Republic in the monitored period, with a focus on regions and selected medical fields. Partial goals are to identify the problems of the personnel capacities of doctors resulting from analysis and to offer a prediction of selected indicators supplemented by recommendations. The analysis shows a shortage of doctors in the Czech Republic, as their burden is higher compared to some other countries and there are also significant differences across regions of the Czech Republic. This is mainly due to the overuse of health services associated with a higher level of disease, where the problem is lack of prevention, which should get more attention.

Keyword: health care system, doctors, shortage of doctors,

JEL classification: I110, I130, I180

Obsah

Úvod	1
1 Trh zdravotnej starostlivosti.....	3
1.1 Zdravie, zdravotná starostlivosť a zdravotnícke služby	3
1.1.1 Definície a vymedzenie pojmov	3
1.1.2 Ekonomické pojmie	4
1.2 Dopyt a ponuka zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb	6
1.2.1 Dopyt po zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych službách	6
1.2.2 Ponuka zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb	8
2 Modely financovania a mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti	9
2.1 Modely financovania zdravotnej starostlivosti	9
2.2 Mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti	12
3 Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ČR.....	16
3.1 Poskytovanie a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	16
3.2 Sieť zdravotníckych zariadení v ČR.....	18
3.3 Regulačné poplatky	19
4 Právny rámec spojený s výkonom povolania lekára na území ČR	21
4.1 Uznávanie odbornej spôsobilosti	21
4.1.1 Lekár, ktorý získal vzdelanie na území ČR	21
4.1.2 Lekár, ktorý získal vzdelanie v krajine v rámci EÚ	22
4.1.3 Lekár, ktorý získal vzdelanie v krajine mimo EÚ.....	22
4.2 Uznávanie špecializovanej spôsobilosti	22
4.3 Iné povolenia na dobu určitú	23
5 Analýza personálnych kapacít lekárov v ČR	24
5.1 Vybrané ukazovatele v rámci personálnych kapacít lekárov v ČR	24
5.1.1 Počet lekárov v ČR.....	25
5.1.2 Počet lekárov v krajoch ČR	28
5.1.3 Muži a ženy v povolaní lekára	33
5.1.4 Demografický vývoj lekárov	36
5.1.5 Absolventi lekárskeho fakúlt a migrácia lekárov z a do ČR.....	38
5.2 Lekári lôžkovej starostlivosti v ČR	44
5.2.1 Lôžková starostlivosť v nemocniciach v ČR	45
5.2.2 Lekári lôžkových častí nemocničnej starostlivosti vo vybraných oboroch.....	47

5.3	Lekári ambulantnej starostlivosti v ČR.....	51
5.3.1	Ambulantná starostlivosť v ČR	51
5.3.2	Praktickí lekári v ČR a v jednotlivých krajocho.....	58
5.4	Zhrnutie analýzy	74
5.4.1	Analýza vybraných ukazovateľov	74
5.4.2	Lekári lôžkovej starostlivosti	75
5.4.3	Lekári ambulantnej starostlivosti	76
6	Predikcia a odporúčania	78
6.1	Možná predikcia	78
6.2	Odporúčania.....	80
	Záver.....	82
	Zoznam obrázkov, tabuliek a grafov	86
	Použitá literatúra.....	89
	Prílohy	98

Úvod

Stabilný a dobre fungujúci zdravotný systém je jednou z priorít mnohých vlád na celom svete. Keďže sa jedná o sektor, ktorého jadrom je tak citlivý objekt akým je zdravie, býva jeho riadenie a dianie pod drobnohľadom a tlakom. Väčšinou je pozornosť odbornej verejnosti zameraná na efektívne financovanie zdravotníctva, avšak nemenej dôležitý je aj rozsah a kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktoré sa nezaobídu bez dostatočného personálneho zabezpečenia. Pri silnejúcej globalizácii a otvorenosti niektorých pracovných trhov dochádza k značnej mobilizácii a migrácii pracovnej sily.

Pre občanov ČR sa predovšetkým po vstupe do EÚ v roku 2004 otvorili rôzne pracovné trhy. Túto možnosť stále využíva veľa ľudí a za prácou odchádzajú do zahraničia. Obavy nastávajú hlavne pri vysoko kvalifikovaných pracovníkoch, ktorými sú napr. aj lekári, kde sa pripája aj problém s nepriaznivým demografickým vývojom. Už niekoľko rokov sa pravidelne v médiách objavujú správy o tom, že lekárov v ČR je málo, zdravotná starostlivosť je ohrozená alebo, že niekde dochádza k zatváraniu oddelení z dôvodu personálneho nezabezpečenia. A práve na lekárov a ich personálne zabezpečenie naprieč ČR je zameraná táto diplomová práca.

V rámci teoretickej časti sú najskôr definované základné pojmy spojené s trhom zdravotnej starostlivosti, ich ekonomické pojatie a následne dopyt a ponuka po zdravotnej starostlivosti s pohľadom ekonomickej teórie. V ďalšej podkapitole sú popísané modely financovania samotnej zdravotnej starostlivosti a mechanizmy jej úhrady. Ďalšia časť je zameraná na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ČR, jej typy, zdravotnícke zariadenia a aj regulačné poplatky, ktoré sa za ňu v rokoch 2008-2015 hradili. Záver teoretickej časti vymedzuje právny rámec spojený s výkonom lekárskeho povolania na území ČR.

Analytická časť práce je rozdelená na tri základné časti. Prvá z nich je zameraná na analýzu vybraných ukazovateľov personálnych kapacít lekárov, ktorými sú ich počet v ČR a jednotlivých krajoch, pohľad na mužov a ženy v rámci tohto povolania, ich demografický vývoj a rovnako aj vývoj absolventov lekárskeho fakúlt i migrácie lekárov z a do ČR. V druhej časti sa analýza zameriava na lekárov poskytujúcich starostlivosť v lôžkových častiach nemocníc. Vytáženost lekárov je skúmaná pomocou ukazovateľov ako sú počet hospitalizácií a ošetrovací doba, pričom dochádza aj ku komparáciám

v medzinárodnom kontexte. Je vybraných sedem lekárskeho oborov a dané ukazovatele sú v rámci nich porovnávané s hodnotami v Spojenom kráľovstve. Po lekároch lôžkovej starostlivosti je ďalšia časť analýzy sústredená na ambulantných lekárov. Ich zaťaženie je posudzované skrz ukazovateľ návštevnosti, pričom dochádza k rozlíšeniu medzi praktickými lekármi a ambulantnými špecialistami. Predmetom nadväzujúcej časti analýzy sú samotní praktickí lekári, u ktorých je dôležitá regionálna alokácia. Preto sú ich personálne kapacity skúmané na úrovni jednotlivých krajov, kedy sú ukazovatele doplnené o konkrétne ochorenia. Na súhrn a prehľad zistených záverov je určená samostatná podkapitola. Analytickú časť práce uzatvára predikcia vybraných ukazovateľov doplnená o odporúčania a možné návrhy riešenia.

Hlavným cieľom diplomovej práce je na základe analýzy zistiť, či bol v ČR v sledovanom období nedostatok lekárov so zameraním aj na jednotlivé kraje a vybrané lekárske obory. Dielčimi cieľmi práce je identifikovať problémy na trhu práce lekárov v ČR z pohľadu personálnych kapacít vyplývajúce z prevedenej analýzy a ponúknuť možnú predikciu vybraných ukazovateľov doplnenú o odporúčania. Diplomová práce využíva metódy analýzy, deskripcie, komparácie, jednoduchých štatistických metód a výpočtov.

1 Trh zdravotnej starostlivosti

Prvá časť kapitoly je zameraná na definovanie základných pojmov ako sú zdravie, zdravotná starostlivosť a zdravotnícke služby, na čo nadväzuje ich ekonomické pojetie. Následne sú vymedzené dopyt a ponuka na trhu zdravotnej starostlivosti s dôrazom na to, čím sa od dopytu a ponuky po bežných statkoch líšia a predovšetkým z pohľadu ekonomickej teórie

1.1 Zdravie, zdravotná starostlivosť a zdravotnícke služby

1.1.1 Definície a vymedzenie pojmov

Podstatu, a teda hlavný objekt či už trhu zdravotnej starostlivosti, zdravotných systémov alebo zdravotných politík predstavuje zdravie. Definícii zdravia možno v odbornej literatúre nájsť niekoľko. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vo svojom zakladajúcom dokumente definuje zdravie nasledovne: „*Zdravie je stav dokonalej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo slabosti.*“ (WHO, 1948)

Spravidla možno definície rozdeliť na tie, ktoré chápu a popisujú zdravie ako statický stav a tie, ktoré ho vnímajú ako dynamický proces. V rámci statického pohľadu sa môže jednať o negatívne vymedzenie tohto pojmu, kedy organizmus nie je vystavený chorobe, alebo o pozitívne vymedzenie, kedy je schopný zniesť telesné a duševné záťaž. Dynamické poňatie je postavené na tom, že zdravie je meniteľné a je možné ho ovplyvňovať napr. pravidelnou starostlivosťou. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995)

V spojitosti so zdravím teda veľmi dôležitú úlohu zohráva starostlivosť oň. Starostlivosť o zdravie možno v širšom zmysle definovať ako „*súbor všetkých opatrení ekonomických, kultúrnych, sociálnych a zdravotníckych v rámci hospodárskej, kultúrnej a sociálnej činnosti spoločnosti, ak tieto opatrenia ovplyvňujú zdravie obyvateľstva.*“ (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995, str. 20) Starostlivosť o zdravie v tomto pojatí teda nezahrňuje iba oblasť zdravotníctva, ale aj aspekty týkajúce sa určitého sociálneho a spoločenského zázemia jednotlivca. Ako užší pojem môžeme potom vymedziť zdravotnú starostlivosť, ktorá už obsahuje konkrétne aktivity v rámci zdravotníckeho systému. (Durdisová, 2005)

V rámci zdravotnej starostlivosti sú poskytované zdravotnícke služby, ktorých úlohou je ochrana zdravia, prevencia, zamedzenie porúch a chorôb, ale aj viesť ľudí k zdravšiemu

životnému štýlu a lepšej starostlivosti o seba samého. Tieto služby sú vykonávané a poskytované výhradne odbornými zdravotníckymi pracovníkmi v zdravotníckych zariadeniach. (Rektořík a kol., 2007; Durdisová, 2005)

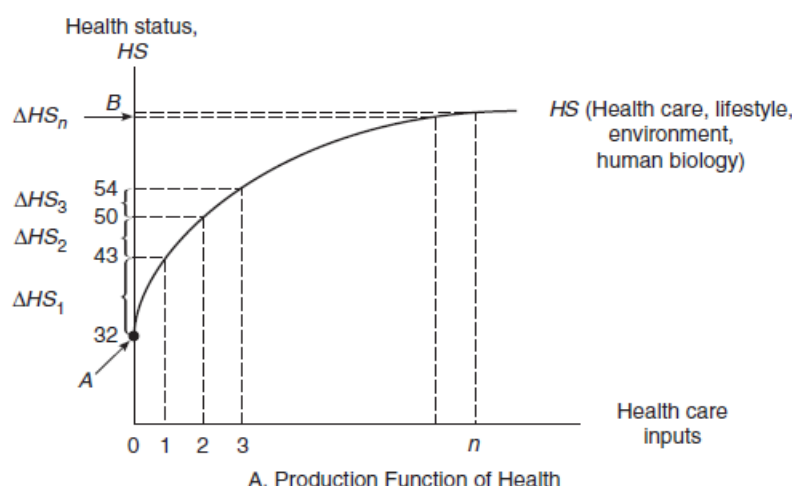
1.1.2 Ekonomické pojatie

Zdravotnú starostlivosť možno z ekonomického pohľadu chápať ako produkt ale aj ako vstup. Z prvého pohľadu je vnímaná ako produkt, ktorý je vytváraný jej poskytovateľmi. Vytvára sa snaha dospieť k najvýhodnejšiemu pomeru vstupov pri čo najnižších nákladoch so zachovaním kvality. Z druhého pohľadu je predstavovaná ako jeden zo vstupov, ktorý vedie ku konečnému produktu, ktorým je dobré zdravie. (Rektořík a kol., 2007)

K druhému prístupu môžeme pripojiť tzv. produkčnú funkciu zdravia, ktorá je znázornená na Obrázok 1. Zdravotná starostlivosť tu predstavuje vstupy, ktoré pôsobia na určitý zdravotný status, ktorý okrem zdravotnej starostlivosti zahŕňa napr. aj životný štýl, životné prostredie apod. Produkčná funkcia zdravia je rastúca, avšak stále menej a menej pretože sa aj tu prejavuje zákon klesajúceho medzného produktu. Zdravotná starostlivosť vo všeobecnosti prispieva k rastu celkového produktu alebo zdravotného statusu, môžu však nastať situácie, kedy je produkčná funkcia zdravia klesajúca a medzný produkt záporný. Ide o prípady, kedy sa použije zlá kombinácia liekov alebo sa nevydarí operácia. (Folland, Goodman, Stano, 2013)

Keď sa na zdravie pozrieme z hľadiska ekonomických statkov je jasné, že nie je ako väčšina ostatných, pretože nie je samo o sebe predmetom kúpy a predaja. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995) Niekedy býva v odbornej literatúre radené medzi statky, jedná sa však o teoretické prístupy a spravidla sa stotožňuje so zdravotnou starostlivosťou. (Durdisová, 2005) Možno naň hľadiť ako na hodnotu, a teda niečo nehmotné čo sa nedá zaradiť do bežnej klasifikácie statkov, ale aj ako na súkromný statok. Zdravie je významná hodnota zahrňujúca aj sociálnu zložku, a preto je dôležité pre celú spoločnosť pričom sa kladie dôraz na verejný záujem. Na druhej strane sú prístupy považujúce zdravie za individuálnu záležitosť, kedy je pre jednotlivca nemožné jeho prípadné defekty preniesť na niekoho iného a jeho ochrana a starostlivosť oň sú jeho osobným záujmom. (Barták, 2010)

Obrázok 1: Produkčná funkcia zdravia



Zdroj: Folland, Goodman, Stano (2013)

McGuire, Henderson a Mooney uvádzajú, že upriamiť by sme sa mali skôr na zdravotnú starostlivosť než zdravie samotné, keďže z ekonomického hľadiska nás zaujíma dopyt, ponuka a distribúcia statkov a z tohto pohľadu je to práve zdravotná starostlivosť, čo môžeme vnímať ako statok. Zdravotná starostlivosť je totiž predmetom predaja a kúpy a spĺňa atribúty statku, ktorý je primárne charakterizovaný a odvodený od zdravia. (McGuire, Henderson, Mooney, 1988)

Zdravotnícke služby sú ekonomickým statkom, avšak ich zaradenie je obtiažne. Najčastejšie bývajú spojované s kolektívnymi statkami, ktorých spotreba je nedeliteľná a príslušná pre určité spoločenstvo a platí tu nevylúčiteľnosť zo spotreby. Zdravotnícke služby však úplne nespĺňajú nedeliteľnosť spotreby, keďže poskytovanie zdravotnej starostlivosti má svoje limity, ako napr. kapacita lôžok v nemocnici. Z tohto dôvodu možno teda predpokladať, že nie sú čistými ale zmiešanými kolektívnymi statkami. Čo sa týka nevylúčiteľnosti, tak tá je do určitej miery diskutabilná. Technicky sa dá zo spotreby vylúčiť človek, ktorý napríklad neplatí zdravotné postenie, avšak toto je predovšetkým z morálneho hľadiska nežiadúce a hlavne nevyhnutná zdravotná starostlivosť by nemala byť nikomu odmietnutá. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995; Barták, 2010)

1.2 Dopyt a ponuka zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb

Nech už pre zdravie využijeme akúkoľvek definíciu, s určitosťou je pre každého človeka dôležité a „na nezaplatenie“. V rámci jeho ochrany a čo najlepšieho zabezpečenia ľudia vytvárajú dopyt po zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych službách, a na druhej strane im ich zdravotnícke zariadenia a zdravotnícki pracovníci ponúkajú.

1.2.1 Dopyt po zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych službách

V oblasti zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb je potrebné na otázku dopytu hľadiť špecificky keďže sa spája so zlyhaním trhu, a teda štátnymi zásahmi, kedy je suverénny spotrebiteľ do určitej miery obmedzený. Dopyt po zdravotnej starostlivosti vzniká na základe toho, že ľudia sa obecnne snažia svoje zdravie chrániť a predchádzať jeho defektom, a preto je dopyt po zdravotnej starostlivosti vlastne odvodený od dopytu po zdraví. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995; Barták, 2010)

Jeden zo zásadných problémov je, že jednotlivec nemusí presne poznať svoju potrebu po zdravotníckych službách. Nedisponuje presnými a odbornými vedomosťami o svojom zdravotnom stave a predovšetkým o potrebe a možnostiach ochrany svojho zdravia. Napr. mentálne chorí ľudia nie sú z povahy svojej choroby schopní robiť racionálne rozhodnutia o svojom zdravotnom stave a pacienti, ktorí nie sú pri vedomí toho zas nie sú ani fyzicky schopní. Pacient teda niekedy nemusí konať vo svoj prospech a vo svojom najlepšom záujme, pretože ho jednoducho nepozná a nedokáže sa sám správne rozhodnúť. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995; Mills, Gilson, 1988)

Dopyt po zdravotnej starostlivosti, ktorý sa zvyšuje napr. s vekom človeka sa do určitej miery dá predvídať a očakávať, avšak náhle úrazy a ochorenia sa predpovedať nedajú. Práve tým sa individuálny dopyt po zdravotnej starostlivosti odlišuje od toho po bežných statkoch, a teda svojou nepravidelnosťou a nepredvídateľnosťou. V zásade platí, že chorý človek sa chce vyliečiť a nemá inú možnosť než vyhľadať odbornú pomoc, a tak je dopyt po zdravotnej starostlivosti považovaný za málo elastický, keďže do určitej miery nezávisí na cene. S chorobou alebo zranením človeku hrozí strata alebo obmedzenie dôležitých životných funkcií čím dochádza k pracovnej neschopnosti a tým k zníženiu príjmov. Človeku teda vznikajú okrem samotných nákladov na zdravotnú starostlivosť aj iné náklady ako napr. ušlá výplata alebo zmena životného štýlu, a preto sa ich vyhľadaním

lekárskej pomoci snaží minimalizovať a eliminovať. U niektorých zdravotníckych služieb môžeme hovoriť o elasticom dopyte, ide ale o špecifické služby ako napr. plastické operácie alebo nákup kontaktných šošoviek. (Barták, 2010; Rektořík a kol., 2007; Arrow, 1963)

Jeden z najznámejších a v odbornej literatúre najviac využívaných modelov v rámci dopytu po zdravotnej starostlivosti je model Michaela Grossmana z roku 1972, ktorý predstavuje vo svojej publikácii *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. Grossman uvádza, že to čo ľudia dopytujú nie je samotná zdravotná starostlivosť, ale dobré zdravie, a preto pri štúdiu dopytu po zdravotnej starostlivosti pokladá za základ práve dopyt po zdraví. Podľa Grossmana je jednotlivec rovnako ako užívateľom, tak aj producentom svojho zdravia. Znamená to, že sa o svoje zdravie stará, obetuje svoj čas a pomocou vstupov ako sú zdravotnícke služby, diéty alebo cvičenie si ho udržiava a zlepšuje. Zdravie vníma ako druh ľudského kapitálu, avšak poukazuje na rozdiel od iných druhov tohto kapitálu v tom, že zatiaľ čo napr. znalosti jednotlivca ovplyvňujú jeho produktivitu, zdravie určuje celkový čas, ktorý môže stráviť prácou a produkciou. Vo svojom modeli vychádza z toho, že ľudia vytvárajú svoj dopyt po zdraví z dvoch dôvodov, keďže je pre nich spotrebným, ale aj investičným statkom. Keď ho ľudia dopytujú ako spotrebný statok, snažia sa eliminovať riziko choroby a vyhnúť sa tým pracovnej neschopnosti, ktorá im spôsobuje záporný úžitok. Z pohľadu investičného statku zdravie ovplyvňuje čas, ktorý môže jednotlivec venovať rôznym aktivitám a čím ho má pevnejšie a lepšie, tým nižšia je jeho strata tohto času. Predpoklad modelu je taktiež to, že človek sa narodí s určitou „zásobou“ zdravia, ktorú v podstate zdedí a tá postupne klesá a znižuje sa, a práve investíciou si ju môže človek udržiavať a zvyšovať. Keď u človeka jeho zásoba zdravia klesne pod určitú úroveň, nastáva smrť. (Grossman, 1972; Folland, Goodman, Stano, 2013)

Veľmi špecifický pre oblasť zdravotníckych služieb je tzv. dopyt vyvolaný ponukou alebo ponukou vynútená spotreba. Ide o situáciu kedy v rámci existencie asymetrie informácií má poskytovateľ zdravotníckej služby dominantné postavenie a z tohto titulu poskytuje pacientovi väčšie množstvo tejto služby než je potrebné, a to za účelom získania dodatočných finančných zdrojov. U samotných pacientov to vyvoláva mylný pocit ochoty a starostlivosti zo strany poskytovateľa, a preto je nimi táto spotreba akceptovaná. (Ocharana, Pavel, Vítek, 2010) Existencia a miera vyvolaného dopytu

závisí od daného zdravotníckeho systému. Najčastejšie sa vyskytuje vtedy, keď je odmeňovanie poskytovateľov podmienené za základe uskutočnených výkonov a ich rozsah nie je limitovaný. Minimálne sa vyskytuje tam, kde sú lekári odmeňovaní na základe pevnej mzdy. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995)

1.2.2 Ponuka zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb

Zdravotná starostlivosť a zdravotnícke služby bývajú ponúkané poskytovateľmi, ktorými sú spravidla zdravotnícke zariadenia a zdravotnícki pracovníci. Arrow vo svojej publikácii *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* z roku 1963 uvádza, že ponuka zdravotnej starostlivosti sa od ponuky iných statkov líši v niekoľkých aspektoch. Jedným zo základných znakov je štátny zásah v podobe regulácie, kedy ponúkať zdravotnú starostlivosť a vykonávať zdravotnícke povolanie môžu iba kvalifikovaní pracovníci. Na základe tejto regulácie a licencií alebo povolení sa náklady na zdravotnú starostlivosť zvyšujú, keďže je obmedzená ponuka, čo je však obhajované ako nutná garancia kvality poskytovaných zdravotníckych služieb. (Arrow, 1963)

Arrow taktiež poukazuje na to, že lekárske štúdium je veľmi nákladné a len v malej miere je nimi zaťažný samotný študent. Toto štúdium býva silno dotované, a to by malo v zásade následne znižovať ceny zdravotníckych služieb, avšak sa to vyvažuje obmedzeným počtom prijímaných študentov alebo tými, ktorí neúspešne ukončia štúdium. Ďalším faktorom je aj to, že kým u iných statkov v tržnom prostredí dochádza k produkcii na úrovni rôznej kvality a rôznych cien, v prípade zdravotnej starostlivosti sa to nedeje, keďže je požadovaná určitá kvalita a štandardy a obmedzuje to určité alternatívy. (Arrow, 1963)

Keď vnímame zdravotnícke zariadenia ako firmu, od bežných firiem sa líši predovšetkým riadením a rozhodovaním. V prípade bežnej firmy totiž o tom rozhodujú určití vedúci pracovníci alebo manažéri. V prípade zdravotníckych zariadení do tohto procesu vstupujú aj lekári a iní odborní pracovníci, ktorí majú rozhodovacie právomoci a ovplyvňujú ponuku zdravotnej starostlivosti. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995)

2 Modely financovania a mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti

V príslušnej kapitole sú predstavené jednotlivé modely financovania zdravotnej starostlivosti s vymedzením systému v ČR. Následne sú popísané aj mechanizmy úhrad, ktoré sa platia samotným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych služieb.

2.1 Modely financovania zdravotnej starostlivosti

S rozvojom zdravotnej starostlivosti a predovšetkým jej potreby vznikali rôzne formy a spôsoby jej financovania. V tejto časti sú predstavené spôsoby financovania prostredníctvom priamych úhrad, z daní a štátneho rozpočtu a zo zdravotného poistenia. V dnešnej dobe majú jednotlivé štáty vo väčšine osvojený jeden z týchto modelov, ktorý si však prispôsobujú a do určitej miery menia na základe potrieb a predovšetkým charakteristík danej krajiny. (Barták, 2010)

Priame úhrady

Asi najstarší model financovania zdravotnej starostlivosti je prostredníctvom priamych úhrad alebo platieb. Ide o prípad, kedy pacient za poskytnutie zdravotnej starostlivosti platí priamo jej poskytovateľovi a to bez refundácie treťou stranou. V krajinách bez rozvinutého zdravotného systému je častá spoluúčasť pacienta (out-of-pocket payments). V zásade platí, že čím je daná krajina menej rozvinutá, tým väčší je podiel týchto platieb na celkových zdrojoch. Medzi priame platby môžeme radiť aj doplnkové zdroje s úmyslom regulácie poskytovania zdravotnej starostlivosti a zamedzenia jej nadužívania, tzv. regulačné poplatky. (Barták, 2010; Balík, 2013)

Financovanie z daní

Tento model je založený na tom, že občania odvádzajú dane do štátneho rozpočtu a z toho sú následne financované zdravotnícke služby. Ide ako o priame, tak aj nepriame dane a možnosťou je aj špeciálna zdravotná daň, ktorá je priamo určená pre zdravotnícky sektor. Veľmi dôležitú úlohu v tomto systéme hrá dobre fungujúci a efektívny daňový systém, ktorý je schopný pokrývať náklady na financovanie zdravotnej starostlivosti. (Barták, 2010; Balík, 2013)

Najväčšou výhodou tohto modelu je poskytnutie bezplatnej starostlivosti bez ohľadu na príjmy jednotlivcov. Keďže ide o financovanie zo štátneho rozpočtu, štát môže prostriedky získavať zvýšením príjmov. Na druhú stranu sú prostriedky vyčlenené na zdravotníctvo, rovnako ako na iné sektory, závislé od rozhodnutia vlády a tým pádom od politických priorít tých, ktorí momentálne vládu tvoria. Platí tu však predpoklad, že s ekonomickým rastom sa zvyšujú príjmy do štátneho rozpočtu a tým aj prostriedky, ktoré sa v rámci rozpočtu následne prerozdeľujú. (Balík, 2013)

Zdravotné poistenie

Niektoré zdravotné systémy sú postavené na princípe zdravotného poistenia. Poistenie je vo všeobecnosti založené na zdieľaní rizika, kedy na základe stanovenej platby pomáha poistencovi zabezpečiť sa v prípade poistnej udalosti. V systéme verejného zdravotného poistenia sú prostriedky na financovanie zdravotníctva získavané výberom zdravotných odvodov. Tieto odvody platia zamestnanci a zamestnávatelia, takže sú viazané na príjem. Výhodou tohto systému je, že je presne stanovený a jasný účel týchto odvodov, a preto majú ľudia väčšiu motiváciu a ochotu ich platiť, keďže na rozdiel od financovania z daní nepodliehajú politickým rozhodnutiam. Na druhú stranu napr. Wagstaff v svojej publikácii uvádza, že to môže odradzovať zamestnávateľov od najímania pracovníkov, keďže im to zvyšuje náklady a môže ich to motivovať k obchádzaniu zákona alebo hľadaniu alternatív. (Balík, 2013; Němec, 2008; Wagstaff, 2009)

Zdravotné poistenie sa vo všeobecnosti rozdeľuje na základe dobrovoľnosti na štatutárne (povinné) a privátne (dobrovoľné). Štatutárne poistenie je zo zákona povinné aspoň pre určité skupiny občanov daného štátu. Za niektoré skupiny ale spravidla hradí zdravotné poistenie štát, ako napr. za študentov. Privátne poistenie je dobrovoľné a osoba sa poisťuje z vlastného rozhodnutia. (Němec, 2008; Barták, 2010)

Systém zdravotného poistenia v ČR

V ČR sa uplatňuje systém verejného zdravotného poistenia, ktorý bližšie upravuje Zákon č. 48/1997 Sb., *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. Povinnosť zdravotného poistenia vzniká každému človeku, ktorý má trvalý pobyt na území ČR alebo je na území ČR zamestnaný. Platcami poistného sú poistenci (zamestnanci, OSVČ), zamestnávatelia a štát. Systém odvodov je pomerový a dôležitú úlohu tu zohráva solidarita, kedy osoby s vyšším príjmom prispievajú viac. U zamestnancov odvody do zdravotnej poisťovne odvádza zamestnávateľ vo výške

13,5%, pričom 9% hradí zamestnávateľ a 4,5% hradí zamestnanec. OSVČ taktiež odvádzajú poistné vo výške 13,5% a to z vymeriavacieho základu, ktorým je 50% príjmov po odpočte výdajov. Od 1.1.2019 sa za minimálny vymeriavací základ pokladá čiastka 16 349,50 Kč, a teda minimálna mesačná záloha na poistné predstavuje sumu 2 208 Kč. Za určité skupiny obyvateľstva platí poistné štát a to z prostriedkov štátneho rozpočtu. Jedná sa o skupiny ako sú nezaopatrené deti, poberatelia dôchodkov, ženy na materskej dovolenke alebo osoby poberajúce dávky v hmotnej núdzi. (Zákon č. 48/1997 Sb.; VZP, 2019a)

Ďalším dôležitým subjektom v rámci zdravotného postenia sú zdravotné poisťovne. Tie prijímajú poistné a na základe neho sú následne povinné hradiť vykonanú zdravotnú starostlivosť jej poskytovateľom, s ktorými majú uzavreté zmluvy. V ČR funguje 7 zdravotných poisťovní, ktorých pôsobenie upravuje Zákon č. 280/1992 Sb., *Zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách* a sú nimi:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna. (Němec, 2008; MZČR, 2014b)

Špeciálne postavenie medzi nimi má Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), ktorá má v zákone dané povinnosti v rámci fungovania celého systému verejného zdravotného poistenia, ako napr. aj to, že noví poistenci, pokiaľ sa nerozhodnú pre inú poisťovňu, sú automaticky poistení u nej. Postavenie a fungovanie VZP upravuje Zákon č. 551/1991 Sb., *Zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky*. (Němec, 2008; Zákon č. 551/1991 Sb.)

Keďže je verejné zdravotné poistenie v ČR zo zákona povinné, nevzniká veľký priestor pre súkromné zdravotné poistenie. To býva využívané predovšetkým rodinnými príslušníkmi tých, ktorí v ČR pracujú, ale nemajú tu trvalý pobyt. Najrozšírenejším produktom v ČR je poistenie liečebných nákladov v zahraničí. Verejné zdravotné

poistenie totiž pokrýva tieto náklady iba do výšky nákladov rovnakej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v ČR, no a práve kvôli cenovým rozdielom v akútnej zdravotnej starostlivosti medzi jednotlivými krajinami vzniká dopyt po tomto druhu zdravotného pripoistenia. (Němec, 2008)

2.2 Mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti

Zdravotná starostlivosť vykonaná jej poskytovateľmi býva hradená rôznymi spôsobmi a mechanizmami. Maceira (1998) uvádza, že tieto systémy sa od seba odlišujú definovanou jednotkou (napr. deň, výkon), či sú platby stanovené retrospektívne alebo prospektívne, ale aj tým, aké stimuly a motivácie vytvárajú predovšetkým zo strany poskytovateľov. Podľa WHO nie je jeden univerzálny a dokonalý mechanizmus, ale často sa v rámci jedného zdravotného systému využíva kombinácia viacerých. Mechanizmy sa môžu v danej krajine meniť aj podľa vznikajúcich a meniacich sa potrieb a pomerov. (Maceira, 1998; WHO, 2019)

Platba za výkon

Pri tomto type úhradového mechanizmu je poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti hradená suma za každý uskutočnený výkon. Jednotlivé výkony sa od seba líšia náročnosťou, spôsobom vykonania, materiálom, ale aj nárokmi na personálne zabezpečenie. Na definovanie a stanovenie výšky sumy sa využíva sadzobník, ktorý je vydaný napr. samotným štátom, založený na dohode medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo ponechaný voľnej cenotvorbe. Stanovenie platby za výkon sa uskutočňuje retrospektívne a jej nevýhodou je, že vytvára motiváciu pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k zvyšovaniu výkonov a ich nadprodukcii. (Němec, 2008; Maceira, 1998)

Platba za ošetrovací deň

Pri mechanizme platby za ošetrovací deň sa v podstate jedná o platbu, ktorú obdrží nemocnica za jeden deň pobytu pacienta, inak povedané za jedno obsadené lôžko na jeden deň. Platby sa môžu líšiť v závislosti na oddelení, na ktorom je pacient umiestnený. Keďže majú nemocnice obmedzený počet lôžok, je obmedzený počet pacientov ktorých môžu prijať a tým aj zdroje ktoré môžu získať. Aj v prípade tejto platby dochádza k stimulom zo strany poskytovateľa. Ide o snahu predlžovať pobyt pacienta a tým

dorovnávať nákladné dni, ktoré sú na začiatku pobytu pacienta, s tými menej nákladnými na konci pobytu. (Němec, 2008)

Kapitačná platba

Metóda kapitačnej platby býva využívaná predovšetkým v primárnej starostlivosti, hlavne u praktických lekárov. Jedná sa o platbu, kedy jej poskytovateľ dostáva presnú fixnú čiastku za každého registrovaného pacienta. Tieto čiastky sa môžu líšiť napr. od veku pacienta a sú vyplácané pravidelne bez ohľadu na to, či registrovaný pacient v danom období zdravotnú starostlivosť vyhľadal alebo nie. Nevýhodou tohto typu platby je, že lekár môže cielene registrovať nadmerné množstvo pacientov a tým sa následne znižuje kvalita služieb, alebo ich úmyselne posilať za špecialistom. Práve preto sa veľmi často kapitačná platba kombinuje s nejakým iným mechanizmom, najčastejšie s platbou za výkon. (Němec, 2008; Maceira, 1998; Barták, 2010)

Rozpočty

V rámci tohto mechanizmu dostávajú nemocnice presne daný rozpočet spravidla na jeden rok a je využívaný predovšetkým u verejných zdravotníckych zariadení. Problémom tu môže byť slabá motivácia na zlepšenie a zvýšenie produktivity. Úhrady pomocou rozpočtu sa môžu uplatňovať na úrovni jednotlivých poskytovateľov, ale aj na úrovni celého sektoru, kedy hovoríme o globálnych rozpočtoch. V zásade tu platí rovnováha medzi nákladmi a poskytnutými zdravotníckymi službami, avšak pri zachovaní určitej nevyhnutnej kvality. Pri tomto mechanizme dochádza k obmedzeniu prevozných nákladov, ale môže vzniknúť motivácia poskytovateľov ponúkať nedostatočné množstvo zdravotnej starostlivosti. (Němec, 2008; Maceira, 1998; Barták, 2010)

Mzdy

Ďalšou možnosťou úhrad zdravotnej starostlivosti je pomocou mzdy, ktorú dostávajú zdravotnícki pracovníci, ktorí sú v zamestnaneckom pomere, napr. voči zdravotnej poisťovni alebo národnej zdravotnej službe. Výška mzdy môže byť dohodnutá so zamestnávateľom, v rámci kolektívnej zmluvy, ale aj skrz tabuľkové platy typické pre štátnu správu. Centrálne dohodnuté mzdy sa môžu diferencovať faktormi ako sú skúsenosti lekárov alebo ich konkrétne umiestnenie, kedy môže dochádzať k snahe pomocou vyšších miezd zabezpečovať zdravotnú starostlivosť v neatraktívnych lokalitách. (Němec, 2008; Barták, 2010)

Úhradový mechanizmus DRG

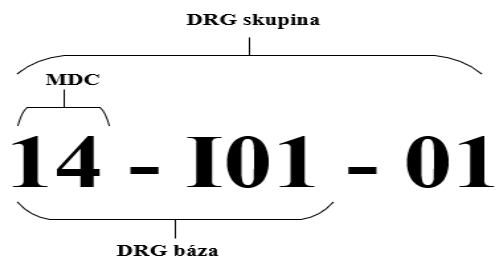
Špeciálnu časť v rámci úhradových mechanizmov tvoria klasifikačné systémy. Najznámejší a najrozšírenejší z nich je systém DRG (*Diagnostic Related Groups*), ktorý je využívaný predovšetkým v akútnej nemocničnej starostlivosti. Podstata tohto systému tkvie v tom, že zatrieduje pacientov a jednotlivé prípady do DRG skupín a to na základe ich klinickej a nákladovej podobnosti. (Kožený a kol., 2010) Počas celého pobytu je prípad klasifikovaný do DRG skupín podľa atribútov ako sú hlavná diagnóza, vedľajšie diagnózy, vykonané chirurgické zákroky, údaje o pacientovi (vek, pohlavie), dĺžka a spôsob ukončenia pobytu v nemocnici. (Němec, 2008)

V ČR sa v akútnej lôžkovej starostlivosti využíva klasifikačný systém CZ-DRG, ktorý vytvoril *Ústav zdravotnícké informatiky a statistiky ČR (ÚZIS ČR)*. Systém je založený na hierarchickom triedení prípadov do výsledných DRG skupín a to prostredníctvom jasne stanovených kritérií a pravidiel. Sú stanovené 4 úrovne na základe ktorých sa prípad zaradí do DRG skupiny a sú nimi:

- MDC (*Major Diagnostic Category*) na základe podobnosti z pohľadu orgánovej sústavy určuje oblasť medicíny, ktorej sa prípad dotýka (Aká orgánová sústava pacienta sa lieči?),
- DRG kategória definovaná predovšetkým na základe hlavných diagnóz (Čo sa v rámci danej sústavy lieči?),
- DRG báza, ktorá predstavuje liečebnú modalitu pre riešenie klinického stavu (Ako sa daný klinický stav lieči?),
- DRG skupina, do ktorej sú zatriedené klinicky a ekonomicky podobné prípady (Aké sú ďalšie špecifiká poskytnutej liečby?). (ÚZIS, 2019)

DRG kód je v systéme CZ-DRG zložený z 9 znakov obsahujúci úroveň MDC, DRG bázu a DRG skupiny oddelené spojovníkom. Názornú ukážku ponúka Obrázok 2, ktorý predstavuje kód prípadu pôrodu cisárskym rezom s výkonom po komplikácii. V tomto prípade č. 14 predstavuje MDC (*Těhotenství, porod a šestinedělí*), 14-I01 je DRG báza (*Porod cisárským řezem*) a 14-I01-01 je konkrétna DRG skupina (*Porod cisárským řezem s výkonem pro komplikaci*). Posledné dvojčísle reprezentuje prioritu v rámci daného klasifikačného algoritmu (napr. v tomto prípade keby sme nahradili toto dvojčísle za 04, tak dostaneme *Porod jediného dítěte cisárským řezem bez závažné diagnózy*).

Obrázok 2: Ukážka štruktúry DRG kódu v rámci systému CZ-DRG



Zdroj: ÚZIS, vlastné spracovanie

Od 1.3.2016 pracuje ÚZIS na programe DRG – Restart, ktorého cieľom je vytvoriť informačný systém úhrad lôžkovej časti, novú klasifikáciu hospitalizačných procedúr a zvýšiť efektivitu v štátnej správe so zameraním na optimalizáciu finančných tokov v zdravotníctve. (ÚZIS, 2019)

3 Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ČR

V nasledujúcej kapitole je vymedzené a popísané poskytovanie zdravotnej starostlivosti na území ČR, jej typy a členenie. Rovnako je popísaná aj sieť zdravotníckych zariadení v ČR, ktoré túto starostlivosť poskytujú a ich počet. Na záver kapitoly sú popísané regulačné poplatky, ktoré sa v ČR hradili alebo stále hradia.

3.1 Poskytovanie a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

Zdravotná starostlivosť býva pacientom poskytovaná v rôznom rozsahu a rôznou formou v závislosti na povahe ich ochorenia alebo úrazu. V ČR druhy a formy zdravotnej starostlivosti upravuje Zákon č. 372/2011Sb., *Zákon o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania*. Podľa časovej naliehavosti sa delí na:

- neodkladnú starostlivosť, keď je bezprostredne ohrozený život alebo zdravie pacienta,
- akútnu starostlivosť, kedy je odvrátené vážne zhoršenie zdravotného stavu,
- nevyhnutná starostlivosť, ktorá je poskytovaná zahraničným poistencom,
- plánovaná starostlivosť.

Ďalej sa zdravotná starostlivosť delí podľa účelu, na základe ktorého je poskytnutá, nasledovne:

- preventívna starostlivosť,
- diagnostická starostlivosť,
- dispenzárna starostlivosť,
- liečebná starostlivosť,
- posudková starostlivosť,
- liečebne rehabilitačná starostlivosť,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- paliatívna starostlivosť,
- lekárenská a klinickofarmaceutická starostlivosť. (Zákon 372/2011Sb.)

V rámci foriem zdravotnej starostlivosti sa najčastejšie môžeme v odbornej literatúre stretnúť s rozdelením na ambulantnú a lôžkovú starostlivosť. Za ambulantnú starostlivosť sa považuje taká, kedy sa nevyžaduje hospitalizácia pacienta a je mu poskytnutá

zdravotná starostlivosť lekárom primárnej starostlivosti alebo odborným špecialistom. V zásade sa pacient ako prvé obracia na lekára primárnej starostlivosti, ktorými sú: praktický lekár pre dospelých, praktický lekár pre deti a dorast, zubný lekár a gynekológ. Ambulantná starostlivosť sa delí na :

- primárnu ambulantnú starostlivosť,
 - sekundárnu - špecializovaná ambulantná starostlivosť, ktorá je poskytovaná v jednotlivých oboroch,
 - terciárnu – superšpecializovaná (napr. závodná preventívna starostlivosť).
- (Durdisová, 2005; MZ ČR, 2012)

V ČR zákon upravuje ako tretiu skupinu stacionárnu starostlivosť, ktorá je poskytovaná pacientom, u ktorých je nevyhnutné z podstaty ich zdravotného stavu poskytovanie dennej ambulantnej starostlivosti. (Zákon 372/2011Sb.)

Lôžková starostlivosť je taká, ktorá sa nedá poskytnúť ambulantne a vyžaduje sa hospitalizácia pacienta. Táto starostlivosť musí byť k dispozícii a poskytovaná nepretržite. Lôžkovú starostlivosť môžeme podľa povahy dôležitosti a naliehavosti rozdeliť nasledovne:

- akútna lôžková starostlivosť štandardná, kedy ide o náhle ochorenie alebo zhoršenie choroby,
- akútna lôžková starostlivosť intenzívna, ktorá je poskytovaná v prípade náhleho zlyhania pacientových životných funkcií,
- následná lôžková starostlivosť, ktorá slúži ako doliečenie už stabilizovaného stavu pacienta,
- dlhodobá lôžková starostlivosť, ktorá je poskytovaná pacientom, ktorí sa nezaobídu bez sústavnej zdravotnej starostlivosti a dohľadu. (MZČR, 2012)

Vo vyspelých krajinách sa rozširuje ambulantná starostlivosť, a to predovšetkým vďaka technologickému pokroku. Vďaka novým technológiám a postupom sa mnohé úkony a vyšetrenia dokázali preniesť z nemocničnej starostlivosti, kedy bola nevyhnutná hospitalizácia, do starostlivosti ambulantnej. Okrem snahy o znižovanie počtu dní hospitalizácie hrá úlohu efektívnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti a znižovanie nákladov starostlivosti nemocničnej. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1998)

V ČR Zákon č. 372/2011Sb., okrem ambulantnej a lôžkovej starostlivosti medzi formy zdravotnej starostlivosti definuje aj jednoduchú starostlivosť, kedy sa u pacienta vyžaduje pobyt na lôžku na menej ako 24 hodín, a taktiež zdravotnú starostlivosť poskytovanú vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta. (Zákon 372/2011Sb.)

3.2 Sieť zdravotníckych zariadení v ČR

Nevyhnutné pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú zdravotnícke zariadenia. V odbornej literatúre je možné nájsť rôzne delenia podľa charakteru týchto zariadení. Z pohľadu zriaďovateľa ich možno deliť na:

- štátne, zriaďované ministerstvom zdravotníctva a inými centrálnymi orgánmi,
- neštátne, kedy je zriaďovateľom kraj, mesto alebo obec, ale aj fyzická osoba, cirkev či iná právnická osoba. (Durdisová, 2005)

Zdravotnícke zariadenia sa od seba odlišujú predovšetkým charakterom ponúkaných zdravotníckych služieb a svojím účelom. Z tohto pohľadu ich môžeme rozdeliť nasledovne:

- zariadenia hygienickej služby – patria tu krajské hygienické stanice, ale aj zdravotné ústavy pôsobiace v oblasti ochrany verejného zdravia, ktoré sú priamo riadené ministerstvom zdravotníctva,
- zariadenia liečebne preventívnej starostlivosti – zahrňujú ambulantné zariadenia (ordinácie praktických lekárov, gynekológov a zubárov), nemocnice (ambulantná aj lôžková starostlivosť) a odborné liečebné ústavy (napr. psychiatrické liečebne, rehabilitačné ústavy),
- zariadenia pre výchovu a výuku a ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov,
- vedecko – výskumné a vývojové pracoviská na úseku zdravotníctva,
- zariadenia pre zásobovanie liečiv a prostriedky zdravotníckej techniky a pre ich kontrolu. (Barták, 2010; Rektořík a kol., 2007)

V ČR v roku 2017 fungovalo 32 080 zdravotníckych zariadení. Najväčšiu časť z nich tvoria samostatné ambulantné zariadenia a v rámci nich predovšetkým samostatné ordinácie praktických lekárov a ambulantných špecialistov. Zariadenia liečebne preventívnej starostlivosti sú vybavené značným rozsahom lôžok, u ktorých z dôvodu

ekonomickej efektívnosti a pokroku v liečebných postupoch, vďaka ktorým sa znižuje ošetrovacia doba, dochádza k postupnému znižovaniu ich počtu. Najväčším počtom lôžok disponujú nemocnice, tak ako to znázorňuje Tabuľka 1

Tabuľka 1: Zdravotnícke zariadenia a lôžka v ČR v rokoch 2004 a 2017

	Počet zdr. zariadení		Lôžka	
	2004	2017	2004	2017
Nemocnice	197	193	63 648	60 499
nemocnice následnej starostlivosti	x	37	x	2 921
Odborné liečebné ústavy	166	118	22 997	17 079
Kúpeľné liečebne	83	92	23 836	21 925
Samostatné ambulantné zariadenia	23 754	27 643	x	x
polikliniky, združené ambulantné zariadenia	194	258	x	x
samostatné ordinácie PL	13 159	13 663	x	x
samostatné ordinácie špecialistov	6 235	8 312	x	x
Zvláštne zdravotnícke zariadenia	475	370	x	x
Zariadenia lekárenskej starostlivosti	2 571	3 609	x	x
Orgány ochrany verejného zdravia	30	18	x	x
Celkom	27 328	32 080	110 481	99 503

Zdroj: ÚZIS (2005a, 2018a), vlastné spracovanie

K 1.4.2012 nadobudla účinnosť Vyhláška č. 99/2012Sb., *Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*, ktorá presne upravuje počet lekárov a zdravotníckych pracovníkov (v počtoch na úväzky), ktorí sú nevyhnutní pre chod a fungovanie daného zdravotníckeho zariadenia a jeho jednotlivých oddelení. (Vyhláška č. 99/2012Sb.)

3.3 Regulačné poplatky

V ČR je zákonom dané právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, ako to uvádza *Článek 31 Listiny základních práv a svobod* „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ (Listina základních práv a svobod článok 31)

Napriek tomu boli v roku 2008 zavedené regulačné poplatky za vybrané zdravotnícke služby, ktoré mali zamedziť nadužívaniu zdravotnej starostlivosti. Pri eliminovaní neopodstatnených návštev lekára vzniká predpoklad poskytovania kvalitnejšej zdravotnej

starostlivosti pre tých, ktorí to naozaj potrebujú, keďže lekári majú na nich následne viac času.

Regulačné poplatky, ktoré sa začali hradit' od 1.1.2008 boli nasledovné:

- 30 Kč za návštevu lekára, pri ktorej bolo vykonané klinické vyšetrenie u praktického lekára, u ambulantného špecialistu, za návštevnu službu praktického lekára pre dospelých a praktického lekára pre deti a dorast, návštevu klinického psychológa a klinického logopéda,
- 30Kč za vydanie liečivého prípravku predpísaného na recept, ktorý je plne alebo čiastočne hrađený zo zdravotného poistenia,
- 60Kč za deň poskytovania ústavnej starostlivosti, kúpeľnej alebo ústavnej starostlivosti v detských odborných liečebniach,
- 90Kč za poskytnutie pohotovostnej služby. (VZP, 2019b)

Taktiež bol stanovený ochranný limit na 5 000 Kč jeden rok, po ktorého prekročení poisťovňa pacientovi čiastku vracala. Zákon rovnako vymedzoval osoby, ktoré boli od poplatku oslobodené. V takej podobe však regulačné poplatky nezostali po celú dobu platnosti a dochádzalo k nasledovným zmenám:

- k 1.4.2009 sa zrušil poplatok 30Kč za návštevu lekára pre deti do 18 rokov a zníženie ochranného limitu pre deti do 18 rokov a seniorov nad 65 rokov na 2 500 Kč,
- k 1.12.2011 sa zmenil poplatok za deň hospitalizácie zo 60 Kč na 100 Kč,
- k 1.1.2012 sa poplatok 30 Kč v lekárňach neplatil za každú položku, ale za recept,
- k 1.1.2014 sa zrušil poplatok za deň hospitalizácie v rámci ústavnej starostlivosti,
- k 1.1.2015 sa zrušil poplatok za ambulantné ošetrenie a rovnako aj poplatok za recept. (VZP, 2019b)

Od 1.1.2015 sa v rámci zdravotníckych služieb platí už iba poplatok vo výške 90 Kč za lekársku pohotovostnú službu a zubnú pohotovostnú službu. (VZP, 2019b)

4 Právny rámec spojený s výkonom povolania lekára na území ČR

Povolanie lekára patrí medzi najregulovanejšie a najviac dohliadané povolania vôbec. Každý lekár vykonávajúci toto povolanie na území ČR musí mať uznanú odbornú, resp. špecializovanú spôsobilosť, poprípade iné povolenie vydané *Ministerstvom zdravotnictví České republiky* (MZ ČR). Táto kapitola zhrňuje podmienky získavania odbornej aj špecializovanej spôsobilosti a rovnako aj povolenia, na ktoré je možné lekársku prax vykonávať v zúženom rozsahu. Celá kapitola vychádza z platnej legislatívy, ktorú v súčasnej dobe upravuje Zákon 67/2017Sb., *Zákon, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů*. Zákon je zameraný na všetky lekárske povolania, kvôli zameraniu tejto práce je však všetko v nasledujúcej kapitole vzťahované iba k povolaniu lekára.

4.1 Uznávanie odbornej spôsobilosti

Po získaní odbornej spôsobilosti môže lekár vykonávať lekárske povolanie na území ČR pod odborným dozorom alebo odborným dohľadom lekára so špecializovanou spôsobilosťou v rozsahu, ktorý udáva zákon. Lekár vykonávajúci dozor musí byť zamestnaný v danom zdravotníckom zariadení a na pracovisku fyzicky prítomný a dosiahnuteľný do 15 min, resp. mať fyzickú dosiahnuteľnosť zariadenia do 30 min. v prípade odborného dohľadu. Bez odborného dozoru môže lekár vykonávať činnosti v rámci znalostí získaných počas štúdia. Získavanie odbornej spôsobilosti sa u uchádzačov líši v závislosti na krajine ich štúdia.

4.1.1 Lekár, ktorý získal vzdelanie na území ČR

Na získanie odbornej spôsobilosti k výkonu lekárskeho povolania musí každý študent absolvovať prezenčné štúdium na lekárskej fakulte v rámci akreditovaného magisterského programu „*Všeobecné lékařství*“ a to v minimálnej dĺžke 6 rokov. Znamená to, že odborná spôsobilosť je lekárovi priznaná s úspešným ukončením tohto štúdia.

Študenti, ktorí vyštudovali akreditovaný program v inom než českom jazyku, sú povinní preukázať svoje znalosti a schopnosti vyjadrovať sa v českom jazyku. Podaním žiadosti

v rámci §35 sú následne MZ ČR pozvaní na pohovor, kde sú tieto schopnosti overené a v prípade úspešného absolvovania tohto pohovoru im je vydané uznanie odbornej spôsobilosti k výkonu povolania lekára na území ČR.

4.1.2 Lekár, ktorý získal vzdelanie v krajine v rámci EÚ

Lekári, ktorí získali odbornú kvalifikáciu pre prácu lekára na území EÚ alebo Švajčiarskej konfederácie môžu o uznanie odbornej spôsobilosti požiadať MZ ČR. Po doložení potrebných dokumentov a zaplatení správneho poplatku im je táto spôsobilosť uznaná a môžu na území ČR vykonávať lekárske povolanie.

4.1.3 Lekár, ktorý získal vzdelanie v krajine mimo EÚ

Lekári, ktorí získali vzdelanie v krajinách mimo EÚ a Švajčiarsku konfederáciu a chcú vykonávať povolanie lekára, musia úspešne absolvovať aprobačnú skúšku. Na základe žiadosti v rámci §34, ktorú zašlú na MZ ČR spolu s potrebnými dokladmi (úradne overená kópia vysokoškolského diplomu a jeho úradný preklad, kópia osvedčenia o uznaní zahraničného vysokoškolského diplomu – nostrifikácia, zdravotná spôsobilosť, bezúhonnosť, správny poplatok vo výške 2000 Kč), sú následne pozvaní na aprobačnú skúšku. Aprobačná skúška sa skladá z dvoch písomných testov, po ktorých úspešnom absolvovaní musia absolvovať prax na akreditovanom zdravotníckom zariadení v požadovanom časovom rozsahu. Po uznaní tejto praxe sa uchádzač prihlási na ústnu skúšku, ktorú skladá pred odbornou komisiou a v prípade úspešného zloženia získava uznanie odbornej spôsobilosti. Zákon upravuje všetky časti a náležitosti aprobačnej skúšky veľmi podrobne, avšak kvôli častým zmenám a rozsahu nie sú v tejto práci uvádzané. Ak bola odborná spôsobilosť uchádzačovi uznaná v niektorej z krajín EÚ, aprobačnú skúšku už nemusí absolvovať.

4.2 Uznávanie špecializovanej spôsobilosti

Nevyhnutnou podmienkou pre získanie špecializovanej spôsobilosti je získanie odbornej spôsobilosti k výkonu lekárskeho povolania. Špecializačnú spôsobilosť lekár získava v rámci oboru, v ktorom absolvuje špecializačné vzdelávanie a to v zdravotníckom zariadení, ktoré získalo akreditáciu od MZ ČR. V každom takomto zariadení musí byť pre každý obor určený garant (s 5 ročnou praxou v prípade získania špecializačnej spôsobilosti, s 2 ročnou praxou v prípade získania zvláštnej špecializačnej spôsobilosti),

ktorý pre každého školeného určí školiteľa (s 3 ročnou praxou v prípade získania špecializačnej spôsobilosti, s 1 ročnou praxou v prípade získania zvláštnej špecializačnej spôsobilosti). Časový rozsah nutný pre špecializačné vzdelávanie sa medzi jednotlivými odbormi líši (viď. Príloha 1). Na konci špecializačného vzdelávania sa uchádzač prihlási na atestačnú skúšku, ktorú absolvuje pred odbornou atestačnou komisiou, a po jej úspešnom absolvovaní mu je uznaná špecializačná spôsobilosť, kedy môže lekár vykonávať lekárske povolanie samostatne, bez odborného dozoru alebo dohľadu. O uznanie špecializovanej spôsobilosti môžu lekári, ktorí ju získali v inom členskom štáte EÚ a žiadajú si o to spoločne s uznaním odbornej spôsobilosti.

4.3 Iné povolenia na dobu určitú

V rámci §36 môže MZ ČR aj bez uznania odbornej spôsobilosti podľa §34 vydať žiadateľovi povolenie vykonávať povolanie lekára na dobu určitú v podobe odbornej praxe. Jednáť sa môže o krátkodobú (max. 3 mesiace) alebo dlhodobú stáž (3-12 mesiacov). Aj v rámci tejto žiadosti musí žiadateľ doložiť doklady potvrdzujúce jeho vysokoškolské vzdelanie (vysokoškolský diplom a nostrifikáciu), zdravotnú spôsobilosť, bezúhonnosť a zaplatiť správny poplatok vo výške 500 Kč. Žiadateľ môže toto povolenie vykonávať iba v akreditovanom zariadení (vo vydanom povolení je presne uvedené dané pracovisko) a to pod priamym odborným vedením lekára, ktorý je fyzicky prítomný v danom zariadení (lekár vykonávajúci odborné vedenie ho môže vykonávať iba nad jedným pracovníkom). Toto povolenie je vydávané predovšetkým za účelom získavania odborných skúseností, osvojenia si systému a fungovania výkonu lekárskeho povolania v ČR ako aj samotného českého jazyka, a to v max. súčte na dobu 2 rokov.

Tzv. Projekt Ukrajina („*Zvláštní postupy pro vysoce kvalifikované zaměstnance z Ukrajiny*“) je projektom Ministerstva průmyslu a obchodu, MZ ČR však doň môže zaraďovať zdravotníckych pracovníkov. Projekt funguje tak, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sa doň prihlási s už vybraným uchádzačom (ukrajinskej národnosti) a po schválení od MZ ČR sú informované príslušné orgány o zaradení do projektu na základe čoho je uchádzač oslovený zastupiteľským úradom ČR v Kyjeve. Práve toto je účelom celého projektu, a to zefektívniť a skrátiť časový rozsah vybavovania zamestnaneckej karty. Nevyhnutným kritériom na zaradenie do projektu je vydané povolenie k výkonu odbornej praxe na území ČR, tzn. že uchádzač musí spĺňať podmienky podľa §36. (MZ ČR, 2017a)

5 Analýza personálnych kapacít lekárov v ČR

Hlavným cieľom tejto práce je analýza personálnych kapacít lekárov v ČR s následnou odpoveďou na otázku, či bol v ČR v sledovanom období nedostatok lekárov. Táto kapitola je teda zameraná na príslušnú analýzu, ktorá je prevedená na vybraných ukazovateľoch.

Dáta (za ČR) využité v analýze sú primárne čerpané z publikácii a ročeník vydávaných ÚZISom. Tak ako aj v prípade ÚZISu, aj v tejto práci sú využívané viaceré prístupy k počtu lekárov, ktoré sa nesmú zamieňať. Prvý z nich počíta lekárov ako fyzické osoby tzn., že každý lekár je započítaný jedenkrát, čo je v rámci tejto práce označované ako TYP X. Keďže lekári môžu pracovať na viac pracovných úväzkoch v rôznej výške a v odlišnom type zariadení, v rôznych krajoch alebo oboroch, tak je započítaný ich úväzok v príslušnom ukazovateli a jedná sa o prepočítaný počet lekárov. Napr. jeden lekár môže vykonávať prácu gynekológa v Stredočeském kraji s úväzkom 0,6 a v Hl. m. Praha s úväzkom 0,5 a vždy je započítaný práve tento úväzok. Tento prístup je v rámci práce označovaný ako TYP Y. Posledný typ využívaný v tejto práci a označovaný ako TYP Z je priemerný prepočítaný ročný počet pracovníkov, čo znamená súčet prepočítaného počtu pracovníkov (úväzky) za jednotlivé mesiace a vydelený počtom týchto mesiacov.

Základné sledované obdobie nasledujúcej analýzy sú roky 2004-2017. Pri niektorých ukazovateľoch je však toto obdobie skrátené z dôvodu nedostupných dát v čase písania tejto práce. Zásadná zmena v rámci dostupných dát je po roku 2013, kedy bol ukončený *Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů* (RLZF) a v príslušných publikáciách v nasledujúcich rokoch niektoré ukazovatele už nie sú dostupné. V mnohých štatistikách a publikáciách sú uvádzaní lekári spolu so zubnými lekármi. Pokiaľ to bolo možné a pokiaľ nie je uvedené inak, sú zubní lekári v tejto práci pri vybraných ukazovateľoch vylúčení.

5.1 Vybrané ukazovatele v rámci personálnych kapacít lekárov v ČR

V príslušnej časti sú predstavené a analyzované vybrané ukazovatele predstavujúce personálne kapacity lekárov v ČR. Jedná sa o ukazovatele ako počet lekárov, počet lekárskeho úväzku, počet lekárov na 10 000 obyvateľov alebo veková štruktúra lekárov.

Ukazovatele sú navzájom prepájané a zameriavajú sa na vývoj počtu lekárov v danom období, regionálne rozdiely, pomer mužov a žien v tomto povolaní, a rovnako aj lekárov, ktorí do zdravotného systému v ČR prichádzajú a odchádzajú.

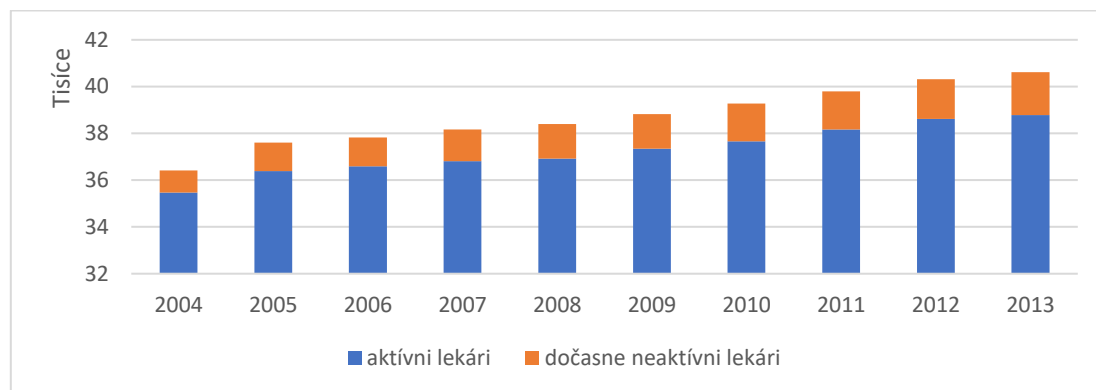
5.1.1 Počet lekárov v ČR

Základným ukazovateľom pri skúmaní a analyzovaní personálnych kapacít lekárov je určite ich absolútny počet. Ten sa v priebehu rokov menil, tak ako to zobrazuje Graf 1. Celkový počet lekárov predstavuje lekárov evidovaných v RLZF k danému roku, ktorý je následne delený na lekárov aktívne vykonávajúcich lekársku prax a lekárov dočasne neaktívnych a to napr. z dôvodu materskej dovolenky. Ako možno na grafe vidieť, trend v danom období je rastúci, bez výraznejších výkyvov. Evidovaný počet lekárov za dané obdobie vzrástol o 11,56%, keďže v roku 2004 bolo evidovaných 36 411 lekárov a v roku 2013 to bolo 40 619 lekárov. So zvyšujúcim sa počtom lekárov rástol aj počet dočasne neaktívnych lekárov, ale predovšetkým ich pomer v rámci celkového počtu. Kým v roku 2004 tvorili 2,5% evidovaného počtu lekárov, v roku 2013 to bolo 4,5%. Tento trend môže byť veľmi úzko spojený s nárastom žien – lekárk, a teda feminizáciou lekárskeho povolania. To znamená, že s nárastom pomeru žien na celkovom počte lekárov sa zvyšuje aj pomer dočasne neaktívnych lekárov, keďže ženy medzi nimi v roku 2013 tvorili až 94,6%. Pomeru v rámci pohlaví v povolaní lekára sa bližšie venuje časť 5.1.3.

Počet lekárov má oveľa vypovedajúcejšiu hodnotu a jednoduchšie sa porovnáva, keď sa prevedie na určitý počet obyvateľov, ako to ukazuje Graf 2, ktorý zachycuje počet lekárov v ČR prepočítaný na 10 000 obyvateľov. Už na prvý pohľad možno vidieť, že trend a jeho priebeh je oproti absolútnemu počtu lekárov v sledovanom období trochu odlišný. Kým v roku 2004 pripadalo na 10 000 obyvateľov 34,7 lekárov, v roku 2013 tento ukazovateľ dosahoval hodnotu 36,9, čo predstavuje nárast o 6,34% a priemerná medziročná zmena bola 0,69%. Trend je prevažne rastúci, okrem rokov 2007 a 2008, kedy dochádzalo k miernemu poklesu a to o 0,28% resp. 0,65% čo možno pripisovať väčšiemu prírastku obyvateľstva, keďže v rokoch 2007 a 2008 vykazovala ČR v rámci sledovaného obdobia najvyšší prirodzený prírastok a rovnako aj prírastok v dôsledku sťahovania. (ČSÚ, 2019)

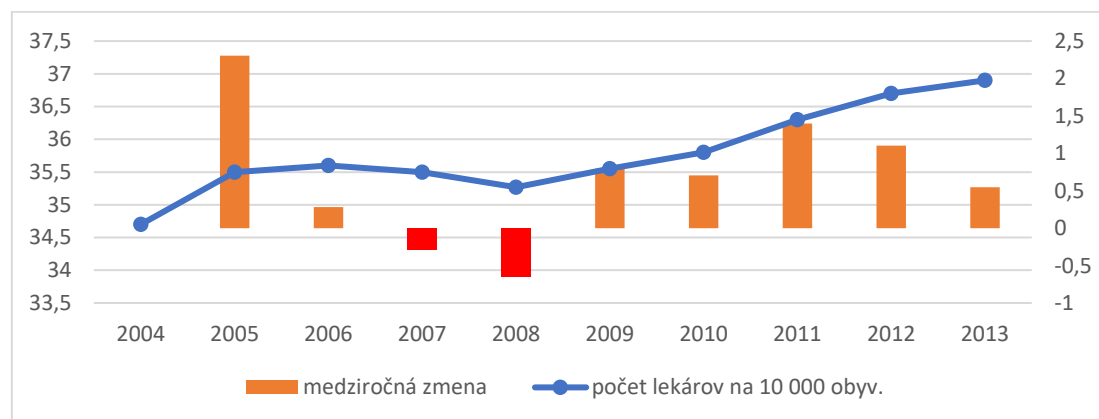
Keď tento ukazovateľ porovnáme v medzinárodnom kontexte, tak v rámci krajín OECD sa ČR drží nad priemerom, ktorý bol napr. v roku 2013 približne 33¹ lekárov na 10 000 obyvateľov a v ČR to bolo 36,9. (OECD, 2016) V rámci krajín EÚ je tento ukazovateľ samozrejme vyšší, keďže zahŕňa vyspelejšie a ekonomicky rozvinutejšie krajiny, pričom v roku 2013 bol na úrovni 35,6² lekárov na 10 000 obyvateľov. (The World Bank, 2019)

Graf 1: Evidovaný počet lekárov v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005-2014c), vlastné spracovanie

Graf 2: Evidovaný počet lekárov na 10 000 obyvateľov v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005-2014c), vlastné spracovanie

Ako už je popísané v úvode tejto kapitoly, asi podstatnejší než počet lekárov, je počet úväzkov, na ktoré vykonávajú lekári toto povolanie a ktorých vývoj v sledovanom období znázorňuje Graf 3. Možno vidieť, že počet úväzkov lekárov bol v sledovanom období

¹ Tento ukazovateľ je v rámci štatistík OECD uvádzaný na 1 000 obyvateľov, avšak pre potreby tejto práce a jednoduchšie zrovnanie je prepočítaný na 10 000 obyvateľov.

² Tento ukazovateľ je v rámci štatistík The World Bank uvádzaný na 1 000 obyvateľov, avšak pre potreby tejto práce a jednoduchšie zrovnanie je prepočítaný na 10 000 obyvateľov.

vždy medziročne rastúci bez výraznejších zmien a výkyvov. Priemerná medziročná zmena v tomto období bola 1,29%. Najnižšiu hodnotu dosahovala medziročná zmena v roku 2017 a to 0,74%. V roku 2006, kedy bola medziročná zmena 0,84%, to mohlo byť spôsobené členstvom ČR v EÚ a nastupujúcim prejavom otvorenosti pracovného trhu.

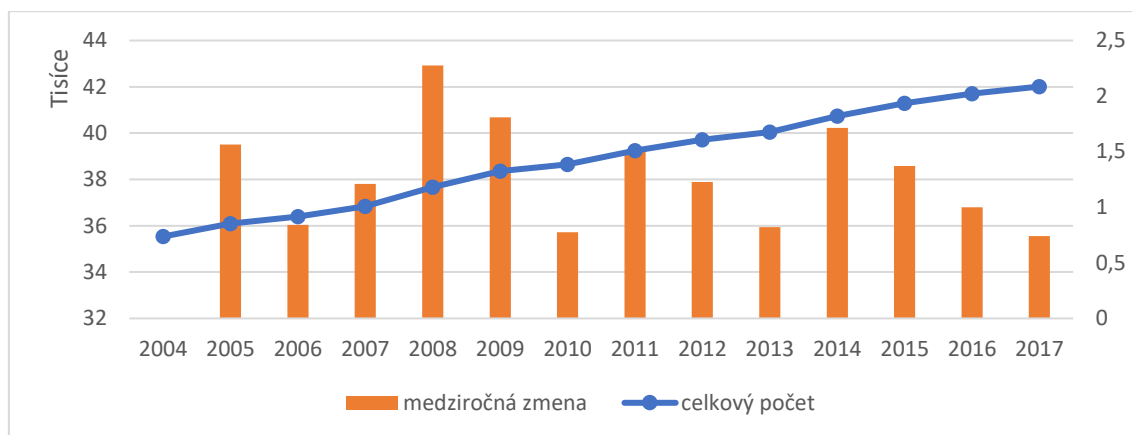
V roku 2010 bola zaznamenaná taktiež podpriemerná medziročná zmena, a to 0,77%, čo zas môže byť následkom celonárodnej protestnej akcie lekárov pod názvom „*Děkujeme, odcházíme*“. Lekári vtedy hromadne podávali výpovede, do januára 2011 sa jednalo až o viac ako 3 800 nemocničných lekárov, čo predstavuje približne 23% z celkového počtu zhruba 16 000 lekárov. Lekári sa nakoniec s ministerstvom dohodli a svoje výpovede vo väčšine prípadov stiahli, resp. ich nemocnice prijali späť do pracovného pomeru, nevrátilo sa asi iba 5% lekárov. (Havlová, 2016) Dohodnutie lepších podmienok pre lekárov sa mohlo odzrkadliť na vyššom medziročnom raste v roku 2011, keďže vtedy dosiahol 1,52%

Najvyššia medziročná zmena je zrejmá v roku 2008 s nárastom o 2,28%. Keď sa však pozrieme na Graf 1 vidíme, že v danom roku nedošlo k výraznejšiemu nárastu počtu lekárov. Rovnako ako je popísané v časti 5.1.5, počet novoprijatých lekárov do ČLK bol v rámci sledovaného obdobia v danom roku dokonca najnižší. Takže sa v tomto prípade ponúka predovšetkým myšlienka, že jednoducho stúpila výška úväzkov na aké lekári v priemere pracovali.

Hoci sa jedná o parameter, ktorý vypovedá o stave personálnych kapacít lekárov v najširšom a najjednoduchšom možnom pojatí, jeho rastúci trend možno označiť za pozitívny, avšak či je aj dostatočujúci ukazuje až analýza ďalších parametrov v nasledujúcich častiach tejto práce.

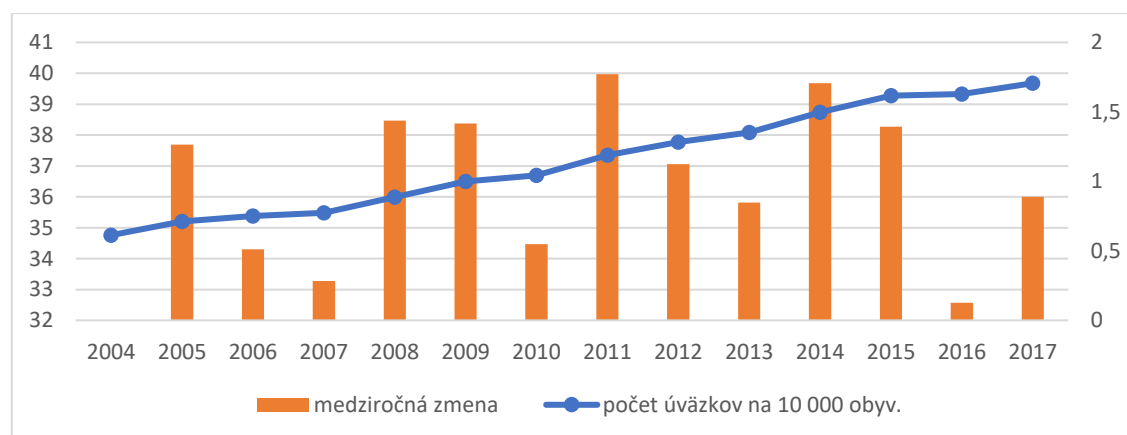
Počet lekárskeho úväzku na 10 000 obyvateľov (viď. Graf 4) v podstate popisuje trend lekárskeho úväzku, ovplyvnený o stav populácie, kedy pri vyšších prírastkoch je priemerná medziročná zmena logicky nižšia. Aj z tohto pohľadu je však možné konštatovať, že počet lekárskeho úväzku na 10 000 obyvateľov mal v danom období stále rastúci a teda optimistický trend. Jedná sa však o celorepublikový priemer, ktorý býva značne ovplyvnený Hl. m. Praha a situácia medzi regiónmi býva odlišná. Lekárom v krajinách ČR sa venuje časť 5.1.2.

Graf 3: Počet lekárov (prepočítaný počet) v rokoch 2004-2017 a medziročné zmeny (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005-2018a), vlastné spracovanie

Graf 4: Počet lekárov (prepočítaný počet) v ČR na 10 000 obyvateľov v rokoch 2004-2017 a medziročné zmeny (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005-2018c), vlastné spracovanie

5.1.2 Počet lekárov v krajoch ČR

Nasledujúca časť vychádza predovšetkým z údajov zobrazených v príslušných grafoch. Pre jednoduchšie a prehľadnejšie zobrazenie sú Graf 5 a Graf 6 vzťahované iba k rokum 2004, 2010 a 2017, a to za účelom jasného pozorovania zmeny na začiatku, v strede a na konci sledovaného obdobia. Do analýzy sú zahrnuté medziročné zmeny, ktoré sú kvôli rozsahu obsiahnuté v Príloha 2.

Pri analýze personálnych kapacít lekárov je dôležité zamerať sa aj na jednotlivé regióny, resp. kraje, keďže vo všeobecnosti sa územné celky navzájom odlišujú v rôznych charakteristikách ako klimatické podmienky, prírodné bohatstvo alebo vybudovaná infraštruktúra. Práve preto je nasledujúca časť zameraná na jednotlivé kraje ČR, pri

ktorých sú pozorované ukazovatele ako absolútny počet lekárov a počet lekárov na 10 000 obyvateľov.

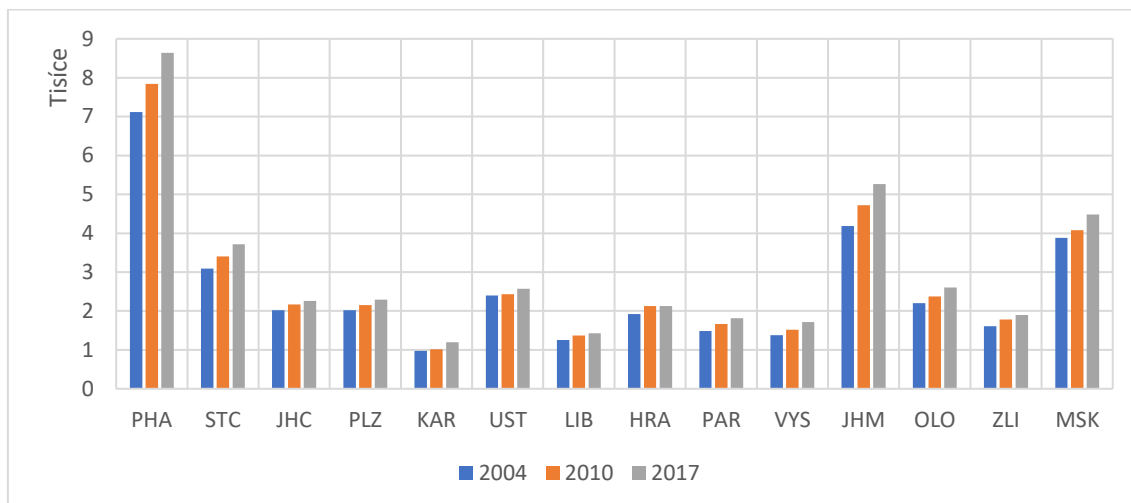
Keďže Hl. m. Praha disponuje najväčším počtom zdravotníckych zariadení³ v rámci krajov ČR, ktorý v roku 2017 predstavoval 15,76% celkového počtu zdravotníckych zariadení v ČR, nie je prekvapivé, že tu pracuje aj najväčší počet lekárov. (ÚZIS, 2018a) Ako možno vidieť na Graf 5 v roku 2017 tu pracovalo 8 643,35 lekárov, čo sa výrazne vymyká celoštátnemu priemeru ktorý bol 3 001,5 lekárov, dokonca bez samotného Hl. m. Praha je tento priemer výrazne nižší, a to 2 567,5. Celkový nárast oproti začiatku sledovaného obdobia, a teda roku 2004 je 21,5%. Keďže Graf 5 zobrazuje iba vybrané roky, lepší a detailnejší pohľad umožňujú medziročné zmeny v celom sledovanom období, ktoré sú obsiahnuté v Príloha 2 . Na grafe možno vidieť, že u tohto kraja ide prevažne o medziročný nárast, iba v rokoch 2007 a 2017 dochádzalo k miernemu medziročnému poklesu. Keď sa pozrieme na druhý ukazovateľ, ktorým je počet lekárov na 10 000 obyvateľov (viď. Graf 6), aj v tomto prípade Hl. m. Praha výrazne prevyšuje ostatné kraje a v rámci sledovaného obdobia si medzi rokmi 2004 a 2017 polepšila o 7,69 lekárov na 10 000 obyvateľov. Pri tomto porovnávaní však treba byť opatrný a vziať do úvahy, že sa jedná o hlavné mesto, do ktorého za zdravotnou starostlivosťou dochádzajú pacienti z celej republiky, žije tam značné množstvo ľudí s trvalým pobytom mimo tento kraj a taktiež je to obľúbená turistická destinácia. Potvrďuje to napr. údaj o počte hospitalizovaných pacientov, kedy v roku 2017 z celkového počtu hospitalizovaných pacientov v Hl. m. Praha malo iba 55% pacientov trvalý pobyt v tomto kraji, pričom žiaden iný kraj nedosahoval túto hodnotu nižšiu ako 80%. (ÚZIS, 2018d)

Krajom s druhým najväčším počtom lekárov v ČR, aj keď značne odskočeným od Hl. m. Praha, je Jihomoravský kraj. V roku 2017 v ňom pracovalo 5 264,7 lekárov, pričom nárast oproti roku 2004 bol 25,9%. Tento značný nárast v rámci sledovaného obdobia potvrdzujú aj medziročné zmeny, keďže pokles bol zaznamenaný iba v roku 2008 a to o 0,7%. Značný počet lekárov aj čo sa týka pomeru k obyvateľstvu, ktorý v roku 2017 predstavoval 44,6 úväzkov na 10 000 obyvateľov, pričom od roku 2004 si polepšil o 7,3 úväzkov, je v tomto kraji daný predovšetkým tým, že je v ňom druhý najvyšší počet lôžok

³ Zahŕňa: nemocnice, odborné liečebne, kúpeľné liečebne, samostatné ambulantné zariadenia, zvláštne zdravotnícke zariadenia, zariadenia lekárenskej starostlivosti, orgány ochrany verejného zdravia, ostatné zariadenia.

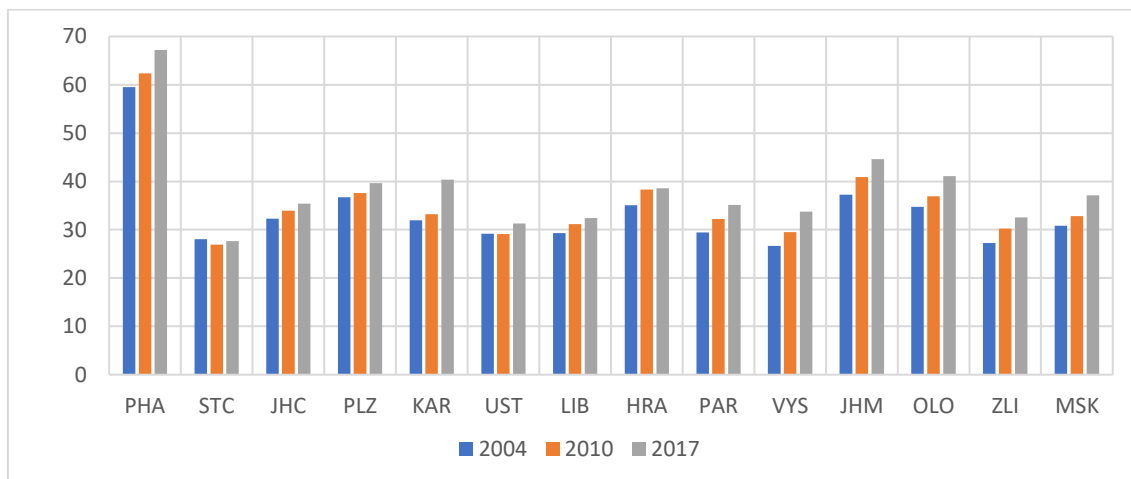
v rámci ČR a taktiež tu sídlia 2 fakultné nemocnice (iba Hl. m. Praha ich má viac a to 4) čo zvyšuje šance, že študenti medicíny sa tu zabývajú a ostatnú tu aj po doštudovaní pracovať. (ÚZIS, 2018a)

Graf 5: Počet lekárov (prepočítaný počet) v jednotlivých krajoch v ČR v rokoch 2004, 2010 a 2017 (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005c, 2011c, 2018c, vlastné spracovanie)

Graf 6: Počet lekárov (prepočítaný počet) na 10 000 obyvateľov v jednotlivých krajoch ČR v rokoch 2004, 2010 a 2017 (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005c, 2011c, 2018c), vlastné spracovanie

V Moravskoslezskom kraji v roku 2017 pracovalo 4 486,2 lekárov, kedy sa oproti roku 2004 v kraji počet lekárov zvýšil o 15,6%. Čo sa týka medziročných zmien, kraj patrí medzi stabilnejšie, keďže medziročný pokles bol zaznamenaný iba v rokoch 2005 a 2016, v oboch prípadoch sa jednalo o pokles menší ako 0,5%. V roku 2010 bol v rámci tohto kraja nadpriemerný medziročný nárast a to 2,5%. Práve v tomto roku bolo na Ostravskej

univerzite zahájené štúdium v obore všeobecné lekárstvo, čo mohlo do kraja prilákať nových lekárov za účelom akademickej činnosti. (OU LF, 2018) Na druhú stranu je prekvapivý medziročný pokles v roku 2016, kedy promovali prví absolventi tohto štúdia, čo môže znamenať buď ich nedostatočné pokrytie odchádzajúcich lekárov alebo uplatnenie sa mimo tento kraj.

Stredočeský kraj, v ktorom v roku 2017 pôsobilo necelých 10% zdravotníckych zariadení v celoštátnom merítku, bol v rovnakom roku miestom práce pre 3 719,6 lekárov ako možno vidieť na Graf 5, čo predstavuje nárast o 20,2% oproti roku 2004. Medziročná zmena však ukazuje mierny pokles v roku 2011 a značný medziročný pokles v roku 2017 a to o viac ako 3% čo v absolútnom pojatí predstavuje viac ako 100 lekárov. Geografická poloha a blízkosť k Hl . m. Praha spôsobuje to, že pre niektorých lekárov je lukratívnejšie pracovať práve tam, na druhú stranu ale netreba opomenúť aj to, že veľa ľudí zo Stredočeského kraja dochádza za prácou do Prahy, kde môžu aj využívať zdravotnícke služby. (ÚZIS, 2018a)

V Olomouckém kraji bolo v roku 2017 evidovaných 2 601,36 lekárskeho úväzku, čo je oproti roku 2004 nárast o 15%. K najväčšiemu medziročnému poklesu došlo v kraji v roku 2007, a to o 0,98%, čo môže byť dôsledkom zníženia počtu zdravotníckych zariadení v kraji z 1 834 na 1 802 zariadení. (ÚZIS, 2007-2008h) Počet lekárov na 10 000 obyvateľov bol v roku 2017 v tomto kraji nadpriemerný s hodnotou 41,09.

Podobný prepočítaný počet lekárov ako Olomoucký kraj mal v roku 2017 Ústecký kraj, a to 2 570,02, pričom nárast od roku 2004 predstavoval 7,3%, čo je výrazne nižší pomer než to bolo v prípade vyššie uvedených krajov. Najväčší medziročný pokles bol zaznamenaný v roku 2010 a to o 2%, čo môže znamenať, že v tomto kraji boli značne poznamenaní protestnou akciou. Napriek podobnému počtu lekárov ako v Olomouckém kraji disponoval v roku 2017 Ústecký kraj značne nižším počtom lekárov na 10 000 obyvateľov, a to 31,31, čo je výrazne pod celorepublikovým priemerom, pričom nižší počet mal iba Stredočeský kraj, ktorému však pomáha blízkosť Prahy. Vzhľadom k tomu, že napr. v roku 2017 bol krajom s tretím najvyšším počtom ochorení tuberkulózy na 100 000 obyvateľov v ČR a rovnako aj v počte nákazy syfilisom, sa môže daný stav lekárov javiť ako podpriemerný a nedostačujúci. (ÚZIS, 2018a) V tomto kraji je dlhodobo vysoký počet užívateľov drog a alkoholu, čo značne pôsobí na ich zdravotný stav. (Vláda ČR, 2017)

V Královéhradeckém kraji bolo v roku 2017 evidovaných 2 123,35 úväzkov, pričom nárast od roku 2004 predstavoval 10%. Z pohľadu ich vývoja a medziročných zmien je tento kraj značne nestabilný. Medziročný nárast až o 8% bol zaznamenaný v roku 2007, kedy sa zvýšili personálne kapacity lekárov v nemocniciach až o takmer 200 úväzkov. Počet úväzkov na 10 000 obyvateľov s hodnotou 38,55 v roku 2017, sa dá v tomto kraji považovať za priemerný. V tomto kraji je potrebné zabezpečiť predovšetkým úrazové obory, keďže napr. v roku 2017 tu boli vykázané nadpriemerné hodnoty v rámci ČR čo sa týka napr. dopravných alebo pracovných úrazov. (ÚZIS, 2018f)

Takmer rovnakým počtom lekárov disponovali v roku 2017 v Jihočeském a Plzeňském kraji, a to s hodnotami 2 262,31, resp. 2 294,08 a rovnako sa jednalo o podobný nárast od roku 2004 na úrovni 11,9%, resp. 13,6%. V pomere na počet obyvateľov bol však na tom priaznivejší Plzeňský kraj s 39,61 úväzkami, zatiaľ čo v Jihočeském kraji to bolo 35,39. Tento rozdiel môže byť taktiež spôsobený vplyvom fakultnej nemocnice v Plzni, kde sa sústreďuje značné množstvo zdravotníckych pracovníkov, študentov a predovšetkým lekárov v špecializačnom vzdelávaní.

Podobnými hodnotami úväzkov disponovali v roku 2017 Pardubický kraj a Kraj Vysočina, a to 1 817,77, resp. 1 714,64 s nárastom na úrovni 23% oproti roku 2004 u oboch krajov. Čo sa týka hodnoty na 10 000 obyvateľov, tak to bolo v Pardubickém kraji na úrovni 35,14 a v Kraji Vysočina 33,71. V Pardubickém kraji došlo v roku 2015 k medziročnému poklesu 4,6% a týkalo sa to predovšetkým samostatných ambulantných zariadení, čo by mohlo pre kraj spôsobovať problémy, ak sa jednalo o odľahlejšie oblasti. (ÚZIS, 2016)

Liberecký a Zlínsky kraj evidovali v roku 2017 podobný počet úväzkov na 10 000 obyvateľov, a to 32,43, resp. 32,57. V absolútnom pojatí to bolo v Libereckém kraji 1429 lekárov a v Zlínskom kraji 1898 lekárov, pričom zmena oproti roku 2004 predstavovala 14%, resp. 17%. V oboch krajoch došlo k poklesu v roku 2016, no kým v prípade Zlínskeho kraja sa v ďalšom roku počet opäť zvýšil, v Libereckém kraji došlo opäť k medziročnému poklesu a je badateľné, že daný kraj je v rámci tohto ukazovateľa značne nestabilný v sledovanom období. V Libereckém kraji v roku 2015 bola evidovaná v rámci ČR druhá najvyššia hodnota úmrtnosti hospitalizovaných pacientov (33,52 pacientov na 1 000 hospitalizovaných) a pokračujúci pokles úväzkov by mohol viesť k zníženiu kvality poskytovanej starostlivosti, a teda danú hodnotu ešte zvyšovať. (ÚZIS, 2016a)

Najnižším počtom úväzkov disponuje Karlovarský kraj a to s hodnotu 1 194,7 v roku 2017, pričom nárast od roku 2004 predstavuje 22%. So 40,34 úväzkami na 10 000 obyvateľov v roku 2017 však značne prevyšuje mnohé iné kraje. K značnému nárastu oboch ukazovateľov došlo v rokoch 2016 a 2017, pričom v roku 2017 išlo medziročne o nárast 6%. V tomto prípade sa jednalo o zvýšenie predovšetkým v samostatných ambulantných zariadeniach, čo by mohlo znamenať aj prijateľnú alokáciu navýšených kapacít, keďže predovšetkým pohraničné a odľahlé oblasti mávajú s tým problém.

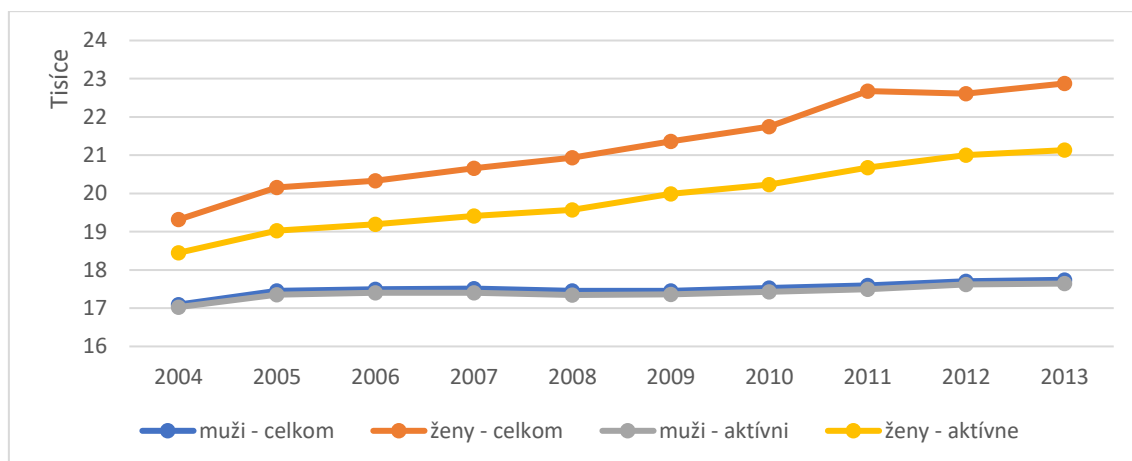
5.1.3 Muži a ženy v povolání lekára

Pri analyzovaní počtu lekárov v ČR je zaujímavé hľadiť aj na ich pomer v rámci pohlaví. Práve Graf 7 znázorňuje vývoj počtu lekárov v ČR v závislosti na pohlaví a aktívnom vykonávaní lekárskej praxe. Tieto parametre sú vzťahované k rokum 2004-2013 a to z toho dôvodu, že ÚZIS ich od roku 2014 už vo svojich publikáciách nezverejňuje. V tomto prípade sa jedná o lekárov (fyzické osoby), kedy každý lekár/lekárka sú započítaní jedenkrát (TYP X). Už na prvý pohľad je z grafu vidieť určitú stagnáciu čo sa týka počtu lekárov – mužov a významne rastúci počet lekárk – žien. V prípade celkového počtu lekárov sa podiel žien zvýšil z 53% v roku 2004 na 56,3% v roku 2013. Keď zoberieme do úvahy iba aktívnych lekárov, tak sa pomer žien zmenil z 52% v roku 2004 na 54,5% v roku 2013.

Tento rastúci trend nie je žiadnou náhodou, keďže dlhodobo medzi absolventmi lekárskeho fakúlt prevažujú ženy. Kým napr. na *1. Lékařské fakulte Univerzity Karlovy* v roku 2004 tvorili z celkového počtu absolventov ženy 55%, v roku 2013 to bolo až 64% a v roku 2017 sa to zvýšilo na 66%. (MŠMT ČR, 2019)

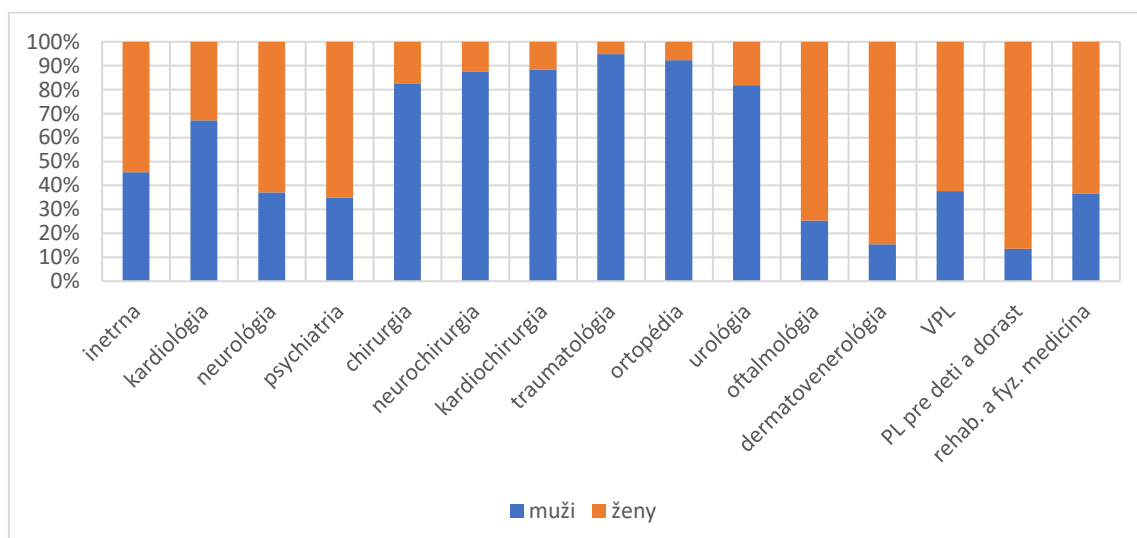
Značný rozdiel medzi pohlaviami je aj v tom, koľko lekárov z celkového počtu aktívne vykonáva toto povolanie v danom roku. Kým u mužov sú rozdiely minimálne a krivka predstavujúca lekárov aktívne vykonávajúcich lekársku prax takmer úplne kopíruje krivku celkového počtu lekárov – mužov, u žien sú rozdiely značnejšie a postupne sa zväčšujú. Kým v roku 2004 tvoril počet aktívnych lekárk 95,5% z celkového počtu, do roku 2013 to kleslo na 92,3%. Tento rozdiel medzi pohlaviami je samozrejme spôsobený predovšetkým odchodom lekárk na materskú dovolenku.

Graf 7: Počet lekárov v ČR v rokoch 2004-2013 podľa pohlavia (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005-2014c), vlastné spracovanie

Graf 8: Pomer mužov a žien vo vybraných oboroch v roku 2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2014c), vlastné spracovanie

Aj v medzinárodnom kontexte možno pozorovať zvyšujúci sa podiel žien v povolání lekára, avšak pri porovnávaní napr. s krajinami OECD patrí ČR k nadpriemeru, keďže v rámci aktívnych lekárov bol priemer podielu žien v krajinách OECD v roku 2015 na úrovni 46,5%, kým v ČR to bolo 54,5%. Najvyšší podiel medzi lekármi dosahovali ženy v Lotyšsku a Estónsku, a to viac ako 70%. Vyšší podiel než v ČR bol potom ešte v príslušnom roku v Slovinsku (62,4%), Fínsku (57,7%) Slovensku (57,5%), Poľsku (56,9) a Maďarsku (55,9). Nad priemerom OECD sa držia ešte napr. škandinávské krajiny alebo Španielsko. Na druhej strane rebríčka dominovali Japonsko a Južná Kórea kde podiel žien v lekárskej povolání dosahoval iba 20,3% , resp. 22,3%. (OECD, 2017)

Trendy teda jasne hovoria o feminizácii v lekárskom povolání. Či je to odrazom stále väčšej sily a angažovanosti žien v spoločenskom kontexte, ich poctivejšej prípravy počas štúdia alebo znižovanie atraktívnosti tohto povolania pre muža ako živiteľa rodiny, to ťažko povedať. Je však jasné, že sú to práve ženy – lekárky, ktoré zvyšujú počet lekárov v ČR. Čo však môže postupom času spôsobovať problémy, je počet lekárov v oboroch, v ktorých dlhodobo prevládajú muži. Pomer vo vybraných oboroch medzi mužmi a ženami v roku 2013 zobrazuje Graf 8. V tomto prípade sú lekári započítaní ako fyzické osoby (nie úväzky) a to podľa svojho hlavného oboru (typ A), keďže cieľom je poukázať na pomer medzi pohlaviami vo vybraných oboroch, čo by v prípade úväzkov mohlo byť skreslené. Ako možno vidieť na grafe, obory ako oftalmológia, praktické lekárstvo alebo dermatovenerológia sú dominantou lekárokov. Naopak obory ako chirurgia, traumatológia, ortopédia alebo urológia vykonávajú zväčša muži – lekári. Tieto obory sa vyznačujú predovšetkým fyzickou námahou, a práve preto sú dominantou mužov.

Tabuľka 2: Počet lekárov podľa pohlavia a podľa ich hlavného oboru v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)

odbor	muži 2004	muži 2013	ženy 2004	ženy 2013
<i>vnútorné lekárstvo (interna)</i>	1953	1623	1947	1945
<i>kardiológia</i>	342	595	180	291
<i>neuroológia</i>	541	582	824	986
<i>psychiatria</i>	552	520	795	965
<i>chirurgia</i>	2233	2102	347	450
<i>neurochirurgia</i>	155	177	13	25
<i>kardiochirurgia</i>	151	153	15	20
<i>traumatológia</i>	104	183	4	10
<i>ortopédia</i>	897	1069	85	89
<i>urológia</i>	522	562	86	124
<i>oftalmológia</i>	312	329	835	968
<i>dermatovenerológia</i>	155	131	683	714
<i>PL pre dospelých</i>	2101	2005	3146	3324
<i>PL pre deti a dorast</i>	308	276	1917	1766
<i>rehab. a fyz. medicína</i>	383	376	558	650

Zdroj: ÚZIS (2005c, 2014c), vlastné spracovanie

Jednou z príčin dominancie mužov, predovšetkým v chirurgických oboroch, môže byť aj rozsah špecializačného vzdelávania v rámci týchto oborov, keďže patria k najdlhším. Napr. neurochirurgia mala v roku 2009 minimálnu dĺžku 5 rokov, podľa vyhlášky z roku 2013 až 7 rokov a od roku 2017 je potrebných 6 rokov. (Zákon č. 67/2017 Sb.; Vyhláška 185/2009 Sb.; Vyhláška 286/2013 Sb.) Niektoré ženy – lekárky sa teda mohli rozhodovať o svojej špecializácii aj na základe tohto kritéria, keďže si mohli plánovať založiť rodinu

a dĺžka špecializačného vzdelávania sa im v týchto oboroch mohla zdať prídlhá a odradzujúca.

Pri pohľade na Tabuľka 1 môžeme vidieť počet lekárov podľa hlavného oboru ich práce, a to pre porovnanie v roku 2004 a v roku 2013, s rozlíšením mužov a žien. Uvádzaní sú ako lekári so špecializáciou, tak aj bez nej. Ako už bolo uvedené vyššie, aj tu je jasne vidieť v ktorých oboroch aké pohlavie prevažuje. Najväčšiu zmenu je možné badať v odbore vnútorné lekárstvo (interna), kde sa počet mužov znížil o 17%. U žien bol ich počet rovnako klesajúci, avšak od roku 2010 sa ich počet opäť zvyšoval a vrátil sa na úroveň roku 2004. Značný pokles mužov tým pádom nebol vôbec kompenzovaný zo strany žien. Medzi kľúčové odbory rozhodne patrí aj chirurgia, kde majú značnú prevahu muži, u ktorých však dochádza rovnako k poklesu, ktorý bol však aspoň do roku 2013 dostatočne kompenzovaný zo strany žien. Pokles u mužov je následne ešte zaznamenaný v oboroch psychiatria, dermatovenerológia, PL pre dospelých a rehabilitačná a fyzikálna medicína. Vo všetkých týchto oboroch však došlo k značnému navýšeniu kapacít lekárov zo strany žien. Keď sa však pozrieme na obor PL pre deti a dorast, je jasné, že obor sa potýka so značným znížením lekárov, ktorí majú tento obor ako hlavný, ako zo strany žien, tak aj zo strany mužov. Keďže obor je doménou predovšetkým žien, ich pokles v obore je znepokojujúci a v prípade pokračovania daného trendu hrozí ich nedostatok.

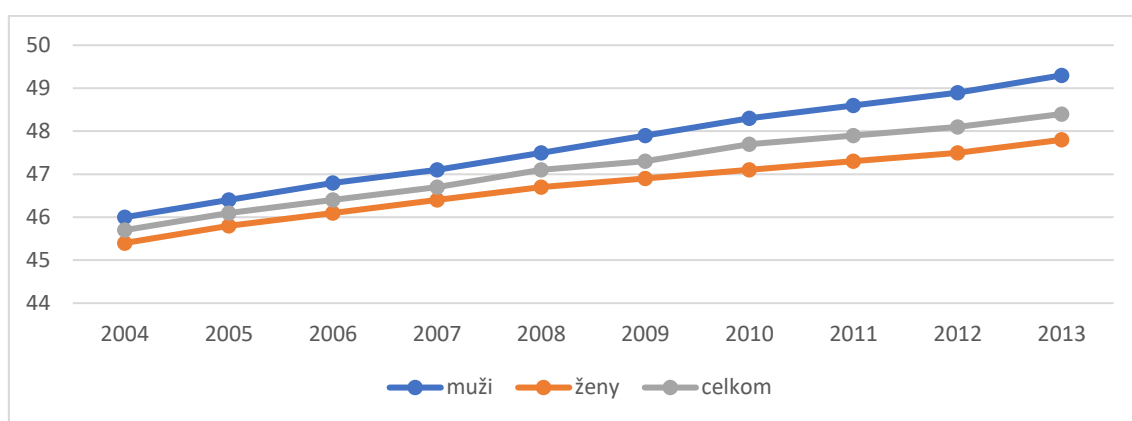
5.1.4 Demografický vývoj lekárov

V súčasnej dobe sa celosvetovo rieši nepriaznivý demografický vývoj, kedy dochádza k starnutiu populácie. Na oblasť zdravotníctva to vplýva so zvýšením spotreby zdravotníckych služieb a starostlivosti, keďže u starších ľudí je predpoklad ich väčšieho využívania, ale aj s vekovou štruktúrou samotných lekárov. Už pri pohľade na Graf 9 je vidieť, že priemerný vek lekárov v ČR sa zvyšuje. Kým v roku 2004 bol priemerný vek lekárov 45,7, do roku 2013 to dokázalo narásť až na hodnotu 48,4. Určitý rozdiel je aj medzi pohlaviami, pri čom ženy lekárky vykazujú nižší priemerný vek ako muži lekári. Rozdiel je spôsobený aj narastajúcim podielom žien v rámci tohto povolania a zvyšujúcim sa počtom absolventiek všeobecného lekárstva, ktoré následne vstupujú do zdravotného systému.

Demografický vývoj lekárov v ČR s rozlíšením mužov a žien v rokoch 2004 a 2013 zobrazuje Graf 10. U najmladšej skupiny lekárov, a teda mladších ako 30 rokov, došlo k zníženiu počtu mužov, ale naopak, absolútny počet žien stúpol. Tento fakt je prejavom

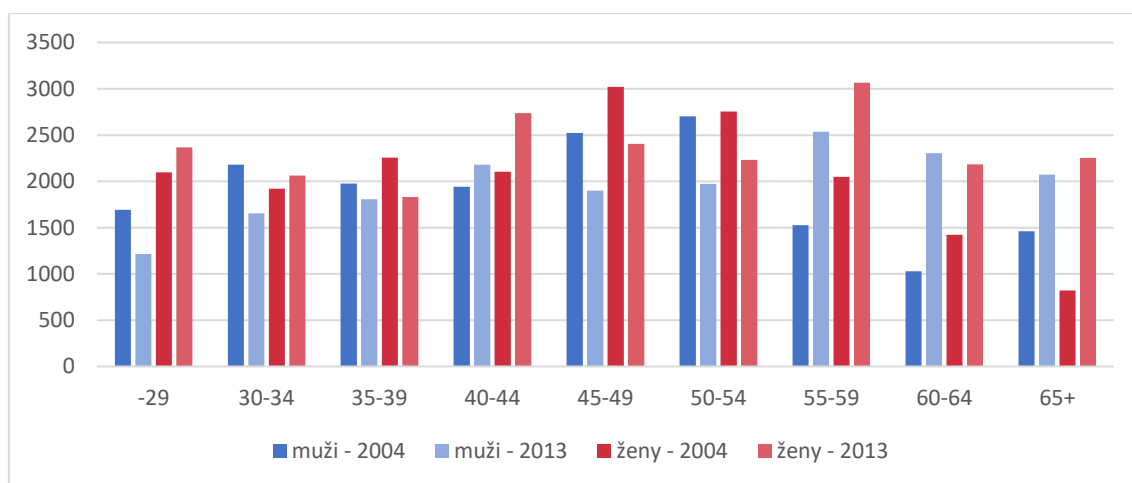
práve rastúceho zastúpenia žien v povolani lekára, čo sa prejavuje u tých najmladších skupín. V Tabuľka 3 vidieť, že pomer u mužov v tejto vekovej skupine klesol z 9,93% v roku 2004 na 6,89% v roku 2013, no u žien je tento rozdiel minimálny. V celkovom súhrne oboch pohlaví tak klesol pomer lekárov mladších ako 30 rokov z 10,68% na 9,24%, pričom je zrejmé, že pokles tiahne znižujúci sa počet mladých mužov lekárov a zmierňuje ho nárast mladých žien lekároch. Vo vekovej skupine 30-34 bol zaznamenaný mierny nárast počtu žien, avšak pomer pri oboch pohlaviach klesol, a to u mužov z 12,8% na 9,37% a u žien z 10,41% na 9,75%.

Graf 9: Priemerný vek lekárov v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005-2014c), vlastné spracovanie

Graf 10: Veková štruktúra lekárov v ČR v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005c, 2014c), vlastné spracovanie

V rámci vekovej skupiny 35-39 rokov dochádza, čo sa absolútneho počtu týka, k poklesu u oboch pohlaví. Značný je pokles u žien a to z 12,24% v roku 2004 na 8,66% v roku 2013, čo je očividne spôsobené zvyšujúcim sa počtom žien na materskej dovolenke

v rámci tejto vekovej skupiny. Kým totiž v roku 2004 tvoril pomer dočasne neaktívnych lekárokov v tejto vekovej skupine necelých 8%, v roku 2013 to bolo už takmer 20%. Celková zmena tejto vekovej skupiny je z 11,93% na 9,38%. Vo vekovej skupine 40-44 rokov došlo k nárastu u oboch pohlaví, celkovo sa pomer zmenil z 11,41% na 12,68%.

Pri ďalších vekových skupinách sa dostávame k zásadnému problému. Je jasne vidieť, že kým počet lekárov u oboch pohlaví vo vekových skupinách 45-49 a 50-54 rokov značne klesal, u skupín 55+ počet lekárov výrazne stúpol. Keď sa pozrieme na lekárov starších ako 55 rokov, ich počet sa medzi rokmi 2004-2013 výrazne zvýšil a to ako medzi mužmi, tak aj medzi ženami. Viac ako 100% nárast bol zaznamenaný u mužov vo vekovej skupine 60-64 rokov, u žien dokonca vo vekovej skupine 65+. V podstate to znamená, že keby v roku 2004 odišli do dôchodku všetci lekári starší ako 65 rokov, tak výpadok personálnych kapacít by bol 6,44%, kým v roku 2013 to bol už takmer dvojnásobok, a to 11,16%. Síce lekári v pokročilejšom veku už nemusia pracovať na plné úväzky, čiže v reáli je počet úväzkov týchto lekárov nižší než počet samotných lekárov. To isté však platí aj o čerstvých absolventoch, kedy ÚZIS odhaduje ich priemerný úväzok vo výške 0,9. (ÚZIS, 2015j)

Tabuľka 3: Pomer v rámci jednotlivých vekových skupín v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)

skupina	muži 2004	muži 2013	ženy 2004	ženy 2013	celkom 2004	celkom 2013
-29	9,93%	6,89%	11,37%	11,21%	10,68%	9,24%
30-34	12,80%	9,37%	10,41%	9,75%	11,55%	9,58%
35-39	11,60%	10,24%	12,24%	8,66%	11,93%	9,38%
40-44	11,41%	12,36%	11,41%	12,95%	11,41%	12,68%
45-49	14,82%	10,76%	16,37%	11,38%	15,62%	11,10%
50-54	15,87%	11,19%	14,93%	10,56%	15,39%	10,84%
55-59	8,96%	14,37%	11,10%	14,50%	10,07%	14,44%
60-64	6,04%	13,07%	7,71%	10,33%	6,91%	11,58%
65+	8,58%	11,75%	4,46%	10,67%	6,44%	11,16%

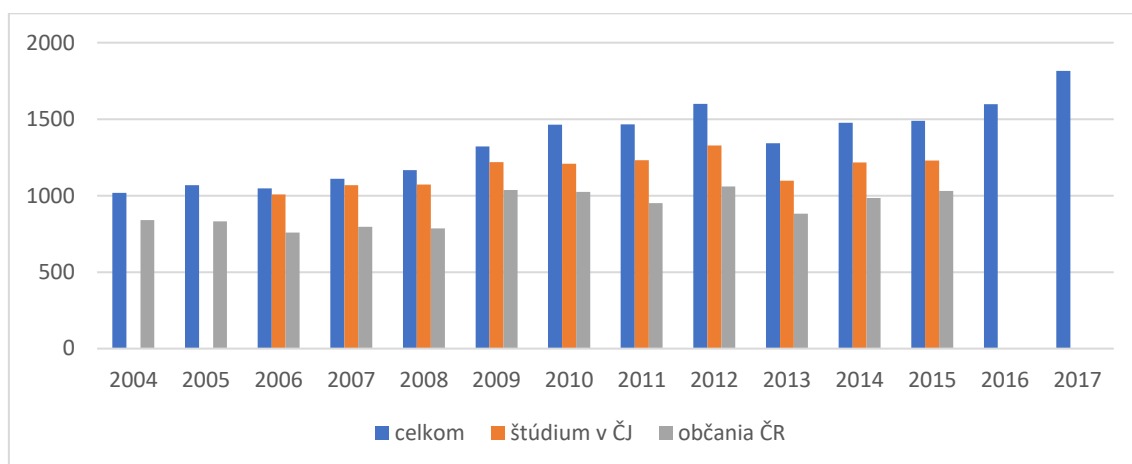
Zdroj: ÚZIS (2005c, 2014c), vlastné spracovanie

5.1.5 Absolventi lekárskeho fakúlt a migrácia lekárov z a do ČR

V nadväznosti na predchádzajúcu časť, a teda demografický vývoj lekárov, je nevyhnutné bližšie sa venovať aj tomu, čo môže tento vývoj ovplyvniť, a tým sú absolventi lekárskeho fakúlt. Práve oni sú tá posila, ktorá každoročne prúdi do systému a udáva smerovanie zdravotnej starostlivosti. Štúdium oboru všeobecné lekárstvo v ČR

trvá 6 akademických rokov a v súčasnosti ho je možné absolvovať na 8⁴ lekárskech fakultách. (MŠMT ČR, 2019) Okrem štúdia v českom jazyku, ktoré je bezplatné, je možné študovať daný program aj v anglickom jazyku, ktorý je spoplatnený. Počet absolventov lekárskech fakúlt zobrazuje Graf 11, kde sú vyznačení medzi absolventmi občania ČR a aj absolventi, ktorí vyštudovali program v českom jazyku. Ako je z grafu vidieť, faktom je, že sa celkový počet absolventov v danom období výrazne zvýšil, avšak pri interpretácii tohto faktu treba byť opatrný, keďže dochádzalo k určitým výkyvom, a predovšetkým k zmene štruktúry absolventov s ohľadom hlavne na jazyk štúdia. V roku 2010 sa začal program všeobecné lekárstvo vyučovať aj na Ostravskej univerzite, takže ich prví absolventi ovplyvnili nárast v roku 2016.

Graf 11: Počet absolventov oboru všeobecné lekárstvo v ČR v rokoch 2004-2017



Zdroj: ÚZIS (2015), ÚZIS (2005-2006a) a MŠMT ČR (2019), vlastné spracovanie

Z grafu je pozorovateľný značne sa zvyšujúci počet absolventov programu v anglickom jazyku. Kým v roku 2006 tvorili títo absolventi necelé 4% z celkového počtu absolventov, v roku 2015 to bolo 17,5%. Zvyšujúci sa záujem o české školy podporujú aj rôzne prestížne rebríčky a hodnotenia univerzít, či už v rámci Európy alebo celého sveta, kde sa predovšetkým Univerzita Karlova pravidelne umiestňuje. Napr. v roku 2016 zaradil prestížny rebríček QS World University Rankings Univerzitu Karlovu v rámci štúdia lekárstva na 184. miesto, v roku 2018 si dokonca polepšila na 172. miesto. (2. LF UK, 2018) Keďže majú celé svoje štúdium títo študenti vedené v angličtine, do kontaktu

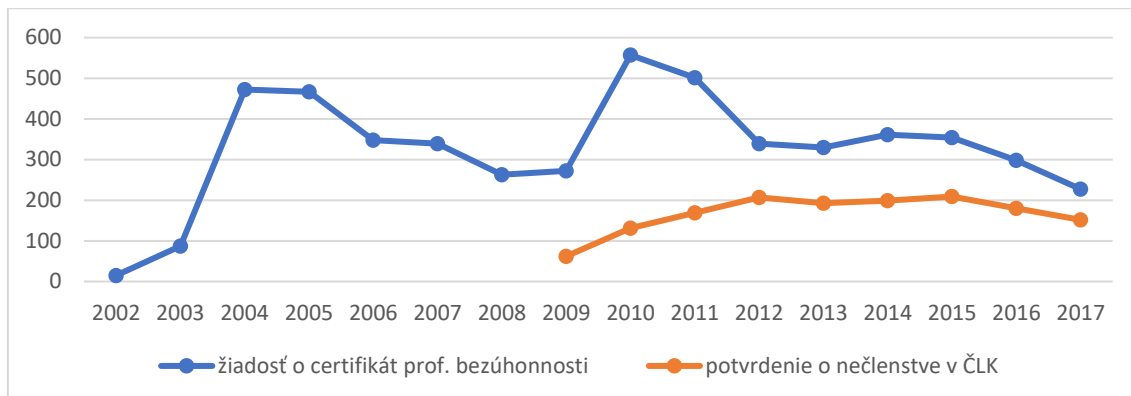
⁴ 1. lekárska fakulta Univerzity Karlovy, 3. lekárska fakulta Univerzity Karlovy, 2. lekárska fakulta Univerzity Karlovy, Lékařská fakulta v Plzni – Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové – Univerzita Karlova, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta Ostravské univerzity (MŠMT ČR, 2019)

s jazykom českým môžu prichádzať v obmedzenom množstve, a tým si ho takmer vôbec neosvojit'. Po absolvovaní lekárskej fakulty na rozdiel od absolventov českého programu nemôžu automaticky nastúpiť do zdravotného systému, keďže im vzniká povinnosť dokázať svoje znalosti českého jazyka. Práve tu vzniká problém a zvyšuje sa pravdepodobnosť, že títo študenti po ukončení štúdia vo zvýšenej miere odchádzajú za prácou do zahraničia. Toto je možné pozorovať pri pohľade na Graf 13, ktorý zobrazuje lekárov prijatých do ČLK. Napr. v roku 2015, kedy absolvovalo všeobecné lekárstvo 259 študentov v anglickom jazyku, do ČLK bolo v tomto roku zapísaných iba 14 nových členov, ktorí študovali v ČR a mali iné občianstvo než české alebo slovenské. Do tohto počtu však môžu byť započítaní ešte aj zahraniční študenti, ktorí študovali v českom jazyku, takže reálny počet môže byť ešte nižší. Na druhú stranu však aj študenti, ktorí ukončili štúdium v danom roku a pre prácu lekára musia absolvovať skúšku z českého jazyka, môžu túto skúšku robiť na viac pokusov a tým sa do zdravotného systému ako lekár dostať s určitým oneskorením. V roku 2017 bol síce počet prijatých do ČLK vyšší, a to 40, avšak v porovnaní s tým, že ich každý rok anglický program absolvuje viac ako 200, je daný počet stále nízky. Na Graf 11 je vidieť, že podiel absolventov anglického programu vzrástol predovšetkým po roku 2010. Po tomto roku už sú totiž produkovaní absolventi, ktorí začali štúdium v ČR ako súčasť EÚ, čiže je od tohto roku badateľný zvyšujúci sa záujem zahraničných študentov.

Na grafe je rovnako vidieť rozdiel medzi absolventmi, ktorí vyštudovali program v českom jazyku a tými, ktorí sú občanmi ČR. Znamená to teda, že určitý počet študentov zo zahraničia študuje v českom jazyku. V drvivej väčšine sa samozrejme jedná o občanov Slovenskej republiky, ktorým odpadá jazyková bariéra a so štúdiom v českom jazyku problém nemajú. V tomto prípade však vidieť, že počet absolventov, ktorí sú občanmi ČR na počte absolventov, ktorí študovali v českom jazyku, sa v danom období menil. Kým v roku 2006 75% absolventov českého programu tvorili občania ČR, v roku 2015 to bolo 83,8%. Keď sa pozrieme na roky 2009 a 2010 bolo to približne 85%. Ako už bolo spomenuté, zo zahraničných študentov v drvivej väčšine študujú český program študenti zo Slovenska, a práve ich možný pokles v týchto rokoch mohol spôsobiť zvýšený pomer občanov ČR na absolventoch tohto programu. Pri pohľade na Graf 13 je totiž vidieť, že v rokoch 2009 a 2010 bolo do ČLK prijatých výrazne najmenej občanov SR v rámci sledovaného obdobia, čo môže byť spôsobené práve aj vstupom SR do EÚ v roku 2004,

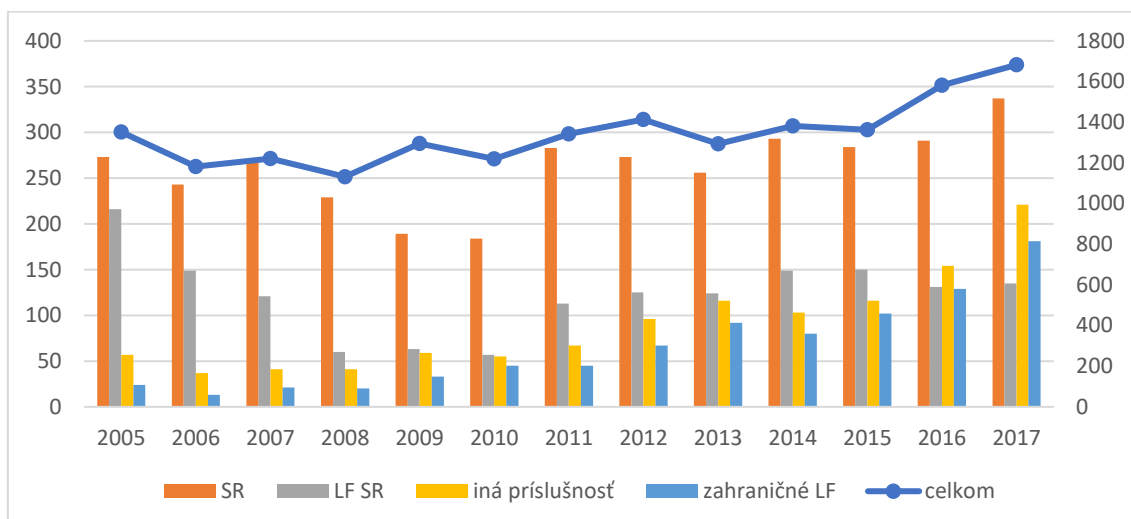
kedy postupne viac študentov mohlo využívať možnosť štúdia a absolventi možnosť práce v iných krajinách EÚ.

Graf 12: Počet lekárov žiadajúcich o potvrdenie o nečlenstve v ČLK v rokoch 2009-2017 a počet žiadostí o certifikát profesnej bezúhonnosti v rokoch 2002-2017



Zdroj: ČLK (2019), vlastné spracovanie

Graf 13: Lekári prijatí do ČLK v rokoch 2005-2017



Zdroj: ČLK (2019), vlastné spracovanie

Odchod lekárov, a to predovšetkým práve absolventov českých lekárskech fakúlt do zahraničia býva označovaný za jeden z hlavných problémov českého zdravotníctva. V rámci odbornej verejnosti sa často prepierajú návrhy a možné riešenia ako ich udržať a motivovať pre prácu v domácom zdravotnom systéme. Presné dáta o migrácii lekárov z a do ČR zatiaľ úplne systematicky a komplexne zaznamenávané nie sú, a preto je obtiažne tento ukazovateľ analyzovať. Niektorí lekári sa totiž po čase môžu do ČR vracieť a práve tento údaj nie je momentálne identifikovateľný. Pre potreby tejto práce boli so žiadosťou o možné dáta, ktoré pokiaľ možno čo najvernejšie odrážajú situáciu migrácie

lekárov, oslovené *Ministerstvo zdravotnictví ČR* a *Česká lékařská komora*. Údaje týkajúce sa migrácie lekárov z a do ČR prezentované v tejto časti práce boli poskytnuté ČLK a v celom znení sú obsiahnuté v Príloha 3.

Dáta o počte odchádzajúcich lekárov možno zachytiť na základe dvoch potvrdení, ktoré vydáva ČLK. Jedným z nich je potvrdenie o nečlenstve v ČLK, ktoré ČLK vydáva žiadateľom, ktorí odchádzajú pracovať do zahraničia a v ČLK nikdy registrovaní neboli, čiže lekársku prax na území ČR ani nikdy nevykonávali. Podľa ČLK sa v tomto prípade teda jedná predovšetkým o čerstvých absolventov lekárske fakúlt. Druhé potvrdenie, o ktoré lekári žiadajú sa týka profesnej bezúhonnosti, ktorú dokladajú pri práci v zahraničí. Ako však ČLK upozorňuje na obmedzenia tohto ukazovateľa, platnosť tohto potvrdenia trvá 3 mesiace, takže lekári si oň môžu opätovne požiadať pokiaľ si v danom čase nestihli nájsť prácu a tým je ukazovateľ do určitej miery skreslený. Ukazovateľ je v práci napriek tomu zaradený, keďže odráža minimálne určitý trend záujmu českých lekárov o prácu v zahraničí.

Ako možno vidieť na grafe, počet žiadateľov o tieto potvrdenia sa v priebehu tohto obdobia značne menil. Napriek už spomenutému obmedzeniu ukazovateľa počtu žiadostí profesnej bezúhonnosti, je z grafu jasne vidieť nárast záujmu o prácu v zahraničí v rokoch 2004 a 2010. V roku 2004 je obrovský nárast spôsobený práve vstupom ČR do EÚ. Postupne sa však daný ukazovateľ znižoval. V roku 2010 došlo k nárastu žiadateľov o oba typy vyššie spomínaných potvrdení. Znamená to, že sa zvýšil záujem o prácu v zahraničí aj medzi už pracujúcimi lekármi, aj medzi absolventmi. Tento nárast bol spôsobený veľkou protestnou akciou lekárov „*Děkujeme, odcházíme*“, kedy ako už bolo spomenuté, značné množstvo lekárov podalo výpoveď, mohli sa minimálne snažiť hľadať si prácu v zahraničí, a to mohlo ovplyvniť aj čerstvých absolventov, ktorí boli skrz túto akciu odradení od vykonávania lekárskej praxe na území ČR. Pri pohľade na Graf 12 je však v rokoch 2016 a 2017 pozorovateľný značný pokles, kedy badateľne menej lekárov žiadalo o vydanie potvrdení nevyhnutných pre prácu v zahraničí, čo by mohlo predurčovať optimistické vyhliadky do ďalších rokov. Tento pokles môže byť spôsobený prijatím novely zákona č. 95/2004 Sb. z dňa 31.1.2017, ktorá upravuje podmienky získavania špecializovanej spôsobilosti, kedy sa jasne definovali kompetencie lekára v špecializovanom vzdelávaní a zlepšili sa aj podmienky jej získavania pre lekárov na rodičovskej dovolenke, kedy môžu pracovať na úväzok 0,2. (MZ ČR, 2017b) V roku

2018 zas vyšla v platnosť *Vyhláška č. 221/2018 Sb., Vyhláška o vzdělávání v základních kmenech lékařů*, ktorá by rovnako mohla v ďalších rokoch zmierniť odchod, a to predovšetkým absolventov, pretože „*konečně dává jistotu absolventům lékařských fakult, kteří díky ní budou dopředu znát obsahy vzdělávacích kmenů. To přinese po mnoha letech jasná pravidla do systému postgraduálního vzdělávání lékařů, což odstraní stávající nejistotu a napomůže personální stabilizaci jednotlivých lékařských oborů,*“ ako uviedol minister zdravotníctva Adam Vojtěch. (MZ ČR, 2018c) Na odchod lekárov do zahraničia pôsobia mnohé iné faktory a motivačné prvky, nimi sa však táto práca predovšetkým kvôli rozsahovým limitom nezaobera.

Na druhú stranu netreba brať odchod lekárov do zahraničia ako niečo nežiadúce a tragické. Pre lekárov je veľmi prospešné a obohacujúce vyskúšať si aj iný systém, naučiť sa nové postupy a prístupy k medicíne, a predovšetkým k ich konkrétnemu oboru. Takíto lekári môžu následne po návrate obohatiť český zdravotný systém a byť obrovským prínosom. Problém je však v tom, že kým počet lekárov ktorí do zahraničia odchádzajú vieme určitým spôsobom identifikovať, o lekároch ktorí sa do ČR vracajú sa nevedú žiadne záznamy a v prípade určovania nejakých trendov sa jedná čisto o odhady.

Hoci je české zdravotníctvo každý rok o určitý počet lekárov ochudobnené, dochádza však aj k značnému počtu lekárov, ktorí do ČR prichádzajú zo zahraničia. Ako možno vidieť na Graf 13 do ČLK sú zapisovaní predovšetkým občania Slovenskej republiky. V sledovanom období bol ich počet najnižší v roku 2010, čo mohlo byť spôsobené protestnými akciami, keďže správy o nich sa lekári zo Slovenska dozvedeli určite vo väčšej miere než lekári z iných krajín. Za sledované obdobie sa však výrazne zvýšil počet lekárov iných štátnych príslušností. Veľmi výraznú časť tvoria lekári z Ukrajiny a Ruskej federácie, z ktorých väčšina absolvovala lekárske štúdium v danej krajine. ČLK k poskytnutým dátam o prijatých lekároch uvádza aj ich národnosť, čo je možné vidieť v Príloha 3. Ako je popísané v časti 4.1.3, takíto lekári musia absolvovať aprobačné skúšky, ktoré však úspešne vykoná asi iba desatina uchádzačov, čiže záujem lekárov z tretích krajín je značne vyšší. (ČT24, 2018)

V spojitosti s absolventmi a migráciou lekárov ešte raz pripojené vekové zloženie lekárov. Tentokrát Tabuľka 4 zobrazuje počet lekárov k príslušnej vekovej skupine, o ktorý sa zmenila oproti počtu, ktorý dosahovala v predchádzajúcej vekovej skupine, tzn. 5 rokov predtým. Napr. počet 244 u vekovej skupiny 30-34 v rokoch 2004-2009

znamená, že v roku 2009 bolo vo vekovej skupine 30-34 o 244 lekárov viac než tomu bolo v roku 2004 vo vekovej skupine -29. Zahrnutí sú všetci lekári v evidencii tzn. aj dočasne neaktívni, predovšetkým z dôvodu eliminácie možného skreslenia výstupu lekárkami na materskej dovolenke, ktoré by sa následne do práce vrátili.

Tabuľka 4: Porovnanie vekových skupín lekárov s hodnotami o 5 rokov neskôr (TYP X)

	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
04-09	244	239	47	-26	-27	-85	-378	-528	332
05-10	162	79	-3	-39	-109	-184	-458	-624	302
06-11	292	73	16	-3	-86	-179	-412	-577	287
07-12	513	7	58	3	-92	-156	-412	-617	249
08-13	748	-35	98	28	-64	-136	-420	-642	245

Zdroj: ÚZIS (2005-2014c), vlastné výpočty

V tabuľke je možné vidieť, že najväčšie prírastky majú nižšie vekové skupiny. Jednou z možností nárastu týchto skupín je možný návrat lekárov, ktorí odišli pracovať do zahraničia a po čase sa vrátili späť do ČR. Značný je predovšetkým nárast v skupine 30-34 čo by mohlo predstavovať lekárov, ktorí po absolvovaní vysokej školy odišli do zahraničia, nabrali tam skúsenosti a vrátili sa späť. V tomto prípade by sa jednalo o optimistický trend a znižovalo by to obavy z odchodu lekárov, a predovšetkým absolventov do zahraničia. Druhou možnosťou je príchod zahraničných lekárov, ktorých počet sa stále zvyšuje, ako už bolo popísané vyššie. Pokiaľ zahraniční lekári, ktorí sa rozhodnú pracovať v ČR prichádzajú naozaj prevažne v mladšom veku, bolo by to prínosom pre zdravotný systém, keďže sa zvyšuje možný časový horizont ich práce.

Vysoké úbytky sú prevažne v skupinách 55-69 rokov, čo už je pravdepodobne v značnej miere ovplyvnené odchodom do dôchodku. Úbytky sú aj v skupinách 45-54, kedy zas môže dochádzať k zmene povolania, či už napr. na úradnícke alebo riadiace pozície, resp. menej náročné práce. V tabuľke je rovnako vidieť, že sa postupne znižoval počet lekárov starších ako 70 rokov, ktorí stále vykonávali lekársku prax.

5.2 Lekári lôžkovej starostlivosti v ČR

V ČR fungujú rôzne typy zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú lôžkovú starostlivosť. Kvôli rozsahovým limitom diplomovej práce je nasledujúca kapitola zameraná iba na lôžkovú starostlivosť poskytovanú v nemocniciach, keďže práve tam pracuje aj výrazná časť týchto lekárov.

5.2.1 Lôžková starostlivosť v nemocniciach v ČR

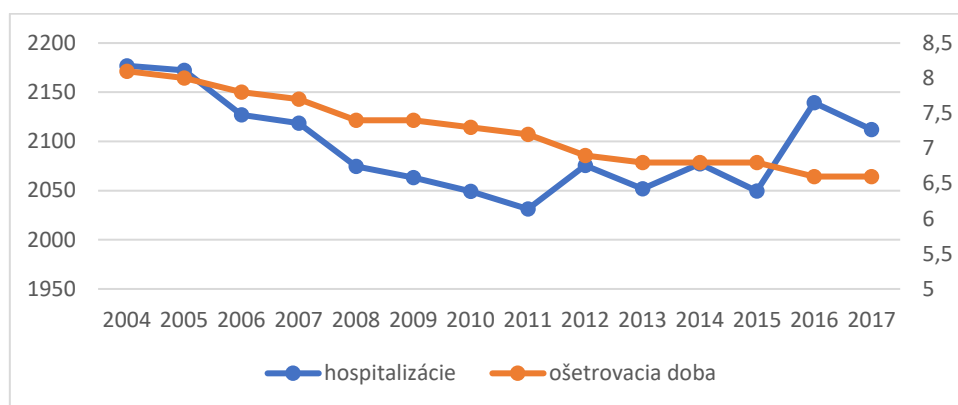
Jedným zo základných ukazovateľov v rámci lôžkovej starostlivosti v nemocniciach a vyťaženia lekárov sú hospitalizácie pacientov. Pacienti sú hospitalizovaní na konkrétnom oddelení podľa určenej diagnózy, pričom podľa jej vážnosti sa mení aj časová náročnosť a rozsah hospitalizácie. Ako je znázornené na Graf 14 vývoj počtu hospitalizácií na 10 000 obyvateľov a rovnako aj priemerná ošetrovacia doba sa v čase menili. Klesajúca ošetrovacia doba je dlhodobým trendom vo všetkých vyspelých krajinách, keďže dochádza k efektívnejším liečbam vďaka pokroku v medicíne a rovnako aj z dôvodu znižovania počtu lôžok (viď Príloha 4).

Výrazný pokles hospitalizácií v roku 2006 bol spôsobený znížením počtu nemocníc zo 195 na 191, čo rovnako viedlo aj k miernemu zníženiu lekárskeho úväzku, ako to znázorňuje Graf 15. (ÚZIS, 2007a) Ďalšie výraznejšie zníženie počtu hospitalizácií nastalo v roku 2008, kedy boli zavedené regulačné poplatky a za deň v ústavnej starostlivosti sa platilo 60 Kč. V tomto prípade je vidieť aj výraznejšie zníženie ošetrovacej doby zo 7,7 na 7,4 dní, keďže sa platilo za každý deň a silnela tým motivácia si pobyt v nemocnici skracovať. K 1.12.2011 došlo k navýšeniu regulačného poplatku zo 60 Kč na 100 Kč, v dôsledku čoho sa v roku 2012 opäť výraznejšie znížila ošetrovacia doba zo 7,2 na 6,9 dní, avšak počet hospitalizácií sa zvýšil o 2,3%. Dôvodom tohto zvýšenia môže byť značné využitie DRG systému v úhradách za zdravotnú starostlivosť v roku 2012, pričom v roku 2011 sa v plnom rozsahu jednalo o paušálne platby. (Mašek a kol., 2015) Pri DRG systéme majú poskytovatelia motiváciu výkony zvyšovať, keďže sú na základe nich financovaní, pri paušálnych platbách je tá motivácia opačná. K zvýšeniu hospitalizácií došlo aj v roku 2014, kedy bol daný regulačný poplatok úplne zrušený. Značný nárast v roku 2016 je spôsobený začlenením aj oddelení následnej starostlivosti, ktoré predtým tvorili samostatné *léčebny dlouhodobě nemocných* (LDN).

Ako už bolo napísané vyššie, v roku 2006 došlo k miernemu poklesu lekárov v rámci lôžkovej starostlivosti v nemocniciach, v nasledujúcich rokoch však už dochádzalo k nárastu v rozpätí 1-7%. Celková zmena medzi rokmi 2004-2015 v počte lekárov predstavuje nárast o 31,2% a v počte hospitalizácií došlo k poklesu o 3,1%. Predovšetkým vďaka nárastu počtu lekárov sa ich priemerná zaťaženosť v sledovanom období postupne znižovala, čo zobrazuje Graf 15. Graf je obmedzený po rok 2015, pretože údaje o počte lekárov v čase písania tejto práce neboli k dispozícii. Pri vývoji

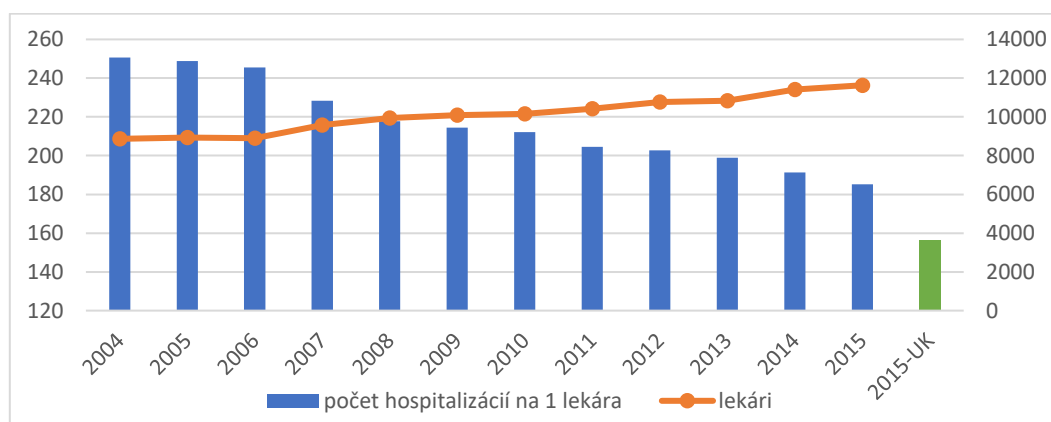
hospitalizácii je však vidieť nárast v roku 2016 vysvetlený vyššie, čo by však malo predstavovať aj pomerný nárast personálnych kapacít, takže je predpoklad, že priemerná zaťaženosť lekárov počtom hospitalizácií by sa ani v rokoch 2016 a 2017 výrazne nezmenila.

Graf 14: Počet hospitalizácií na 10 000 obyvateľov a priemerná ošetrovacia doba (v dňoch) v ČR v rokoch 2004-2017



Zdroj: ÚZIS (2005-2018a), vlastné spracovanie

Graf 15: Počet lekárov (prepočítaný počet) v rámci lôžkovej časti nemocníc a priemerný počet hospitalizácií na jedného lekára (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005-2018a) a NHS (2015), vlastné spracovanie a vlastné výpočty

Z predložených dát sa ťažko hodnotí, či ide o vysoký počet hospitalizácií a zaťaženosť lekárov alebo nie. V tomto prípade pre lepšie zhodnotenie a porovnanie poslúžia údaje iných krajín. Keď sa ešte raz pozrieme na Graf 15, k počtom hospitalizácií na 1 lekára v ČR je pripojený aj údaj Spojeného kráľovstva (UK) za rok 2015, prepočítaný obdobným spôsobom. Kým v UK vychádzalo v priemere na 1 lekára 156 hospitalizácií, na 1 lekára v ČR to bolo 185,1. V ČR bol teda daný ukazovateľ vyšší a to aj napriek tomu, že ČR disponuje značne vyšším počtom lekárov pomerovo k populácii, keďže v roku 2013 to

bolo v ČR 36,9 lekárov na 10 000 obyvateľov a v UK 28. (World Bank, 2019) Spôsobené je to hlavne tým, že v ČR je pomerne vysoký počet hospitalizácií v pomere k veľkosti populácie. Kým v UK bolo v roku 2015 hospitalizovaných 131,9 pacientov na 1 000 obyvateľov a priemer OECD bol 156, v ČR to bolo až 206,4 pacientov. (OECD, 2017)

Keď sa zameriame aj na počet lôžok na 1 000 obyvateľov vo vybraných krajinách (viď. Príloha 4) zistíme, že veľká časť krajín, ktoré majú vysoký pomer hospitalizácií, disponujú pomerne vysokým počtom lôžok. Vysoký počet lôžok v Japonsku je dôsledkom toho, že v Japonsku sa kladie vysoký dôraz na staršie obyvateľstvo a starostlivosť o nich, a preto je vysoký počet lôžok vyhradený na starostlivosť o dlhodobo chorých. (Ondruš, 2014) V prípade krajín ako Nemecko, Rusko, Rakúsko, ČR alebo Slovensko môže pri značnom počte lôžok a úhradách za výkon dochádzať k zbytočným hospitalizáciám diagnóz, ktoré by v krajinách s nižším počtom lôžok boli iba podľa potreby ošetrovanej a prepustení.

Vysoká miera hospitalizácie v ČR je minimálne do určitej miery spôsobená vysokou mierou ochorení, a teda zdravotným statusom populácie. Podľa OECD v roku 2014 vykonávalo aspoň raz za týždeň fyzickú aktivitu 61,8% Čechov, kým priemer OECD bol 66,5%. Naproti tomu v konzumácii alkoholu je ČR s 11,5 litrami čistého alkoholu na každého obyvateľa nad 15 rokov nad priemerom OECD, ktorý predstavuje 9 litrov. S nezdravým životným štýlom sa spájajú mnohé ochorenia, ako napr. problémy so srdcom, ktorým sa dá dostatočnou prevenciou predchádzať. V roku 2015 bolo v ČR na 100 000 obyvateľov hospitalizovaných až 379,5 pacientov so zlyhaním srdca, kým v priemere OECD to bolo 228,1. (OECD, 2017)

5.2.2 Lekári lôžkových častí nemocničnej starostlivosti vo vybraných oboroch

Nasledujúca časť práce je zameraná na vybrané lekárske obory. Obory sú vybrané na základe najväčšieho vytťaženia tzn. vysoký počet hospitalizovaných pacientov a vysoký počet lekárov pracujúcich v danom obore. Keďže hlavným cieľom tejto časti je poukázať a analyzovať trendy vo vybraných oboroch, príslušné grafy zobrazujú prepočet hospitalizácií na jedného lekára (jeden lekárske úväzok), a to predovšetkým kvôli eliminácii príliš vysokého počtu grafov. Grafy sú vzťahované k rokom 2004-2015 a to z toho dôvodu, že ÚZIS od roku 2016 vo svojich publikáciách tento ukazovateľ neuvádza. Pre porovnanie je v analýze zahrnuté UK, a to predovšetkým kvôli dostupnosti

obdobných údajov a rovnako kvôli vyšším výdajom na zdravotníctvo k pomeru HDP než je tomu v prípade ČR. Kým totiž v roku 2016 v ČR tvorili celkové výdaje na zdravotníctvo 7,1% HDP, v UK to bolo 9,8% čo môže vplývať na poskytovanie kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti a predovšetkým na jej pokrok.

Ako vidieť na Graf 16, počet hospitalizácií na jedného lekára sa v priebehu sledovaného obdobia v príslušných oboroch znížil. Počet úväzkov lekárov vo vybraných oboroch mal prevažne rastúci trend, s miernymi poklesmi predovšetkým v rokoch 2006 a 2010, ktorých dôvody už boli uvedené vyššie. Hoci v roku 2006 došlo k zníženiu počtu úväzkov v obore interna (o 2%) a chirurgia (o 1%), v ďalšom roku sa úväzky opäť navýšili, čo môže znamenať, že aj keď sa niekoľko oddelení zatvorilo, títo lekári si dokázali nájsť prácu niekde inde. V roku 2010 došlo k poklesu vo viacerých oboroch, pričom o významnejšie poklesy išlo v oboroch chirurgia (o 1,3%), gynekologicko-pôrodnícke (o 3,7%) a ORL (o 1,6%). V rámci oddelení gynekologicko-pôrodníckych však došlo k poklesu aj v nasledujúcom roku a na úroveň úväzkov z roku 2009 sa dostali až v roku 2014. Medzi týmito rokmi došlo k zatvorení 4 gynekologicko-pôrodníckych oddelení, čo mohlo spôsobiť dočasnú neaktivitu dotknutých lekárov. (ÚZIS, 2005-2016a)

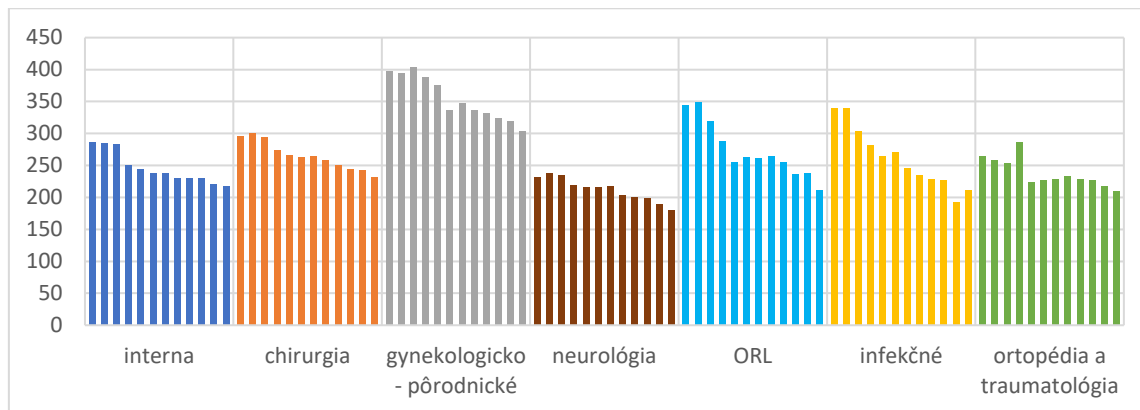
Počet hospitalizácií sa v sledovanom období značne menil, okrem neurológie, kde je ich počet pozoruhodne stabilný a v roku 2008 nebol ovplyvnený regulačnými poplatkami. Mohlo by to teda znamenať, že v rámci oboru neurológie sa jedná o naozaj opodstatnené hospitalizácie a nepreukázala sa ich možná nadužívanosť. Jediný z vybraných oborov kde sa v danom období výrazne zvýšil počet hospitalizácií je ortopédia a traumatológia, kedy došlo k nárastu o 25,9%. Po zavedení regulačných poplatkov v roku 2008 síce ich počet klesol o 18%, avšak od roku 2009 sa opäť zvyšoval. (ÚZIS, 2005-2016a) V súčasnej dobe, kedy má veľa ľudí sedavé zamestnanie a následne problémy s chrbtom je možné predpokladať, že vyťaženosť tohto oboru sa bude zvyšovať, preto je veľmi dôležitý a optimistický vývoj lekárskeho úväzku v tomto obore, ktorý sa medzi rokmi 2004 a 2015 zvýšil až o 60,1%. (ÚZIS, 2005-2016a) V prípade gynekologicko-pôrodníckych oddelení došlo počas sledovaného obdobia k celkovému poklesu o 4,2%. V tomto prípade asi nemožno predpokladať nejaké výrazné zmeny a ovplyvnenie napr. regulačnými poplatkami alebo prevenciou, keďže sa jedná o veľmi špecifickú hospitalizáciu. Taktiež to pravdepodobne nezmení ani žiaden pokrok v medicíne, meniť sa môže asi iba samotná starostlivosť a ošetrovacia doba, ale k hospitalizácii dôjde. V prípade ostatných oborov

došlo medzi rokmi 2004 a 2015 k poklesu, a to konkrétne u interny o 10%, chirurgie o 11,6% , infekčného o 12,2% a ORL o 23,3%. (ÚZIS, 2005-2016a) U všetkých došlo k poklesu po zavedení regulačných poplatkov, takže sa javí možnosť ich nadmerného počtu. V prípade infekčných oddelení je však v súvislosti s klesajúcou preočkovanosťou obyvateľstva a zvýšeným výskytom osýpok možné predpokladať opäť nárast hospitalizácií, čo je bližšie popísané v časti 6.1. V prípade chirurgie môže za klesajúcim trendom stáť aj zvyšujúci sa počet pacientov ošetrovaných v rámci tzv. jednodennej chirurgie, kedy je vykonaný ambulantný zákrok a pacient je ešte v ten deň prepustený domov. Počet takto ošetrovaných pacientov v ČR sa začal značne zvyšovať po roku 2011 a do roku 2017 narástol o 132,7%. (ÚZIS, 2018f) Ak sa bude tento trend vyvíjať podobne aj v ďalších rokoch, bude treba rozširovať personálne kapacity chirurgov v rámci chirurgických ambulancií.

Nech už sa vyvíjal počet hospitalizácií v rámci daných oborov počas sledovaného obdobia akokoľvek, z Graf 16 je badateľné zníženie počtu hospitalizácií na jedného lekára a teda aj zníženie, aspoň do určitej miery, jeho vyťaženia. Pre porovnanie záťaže českých lekárov v rámci daných oborov sú v Graf 17 znázornené prepočty hospitalizácií na jedného lekára v roku 2015 ako pre ČR, tak aj pre UK. Na prvý pohľad môžeme vidieť, že na interného lekára v UK pripadal 2násobný počet hospitalizácií. V UK však rozlišujú aj akútnu internu, kde bol tento počet výrazne nižší. Znamená to teda, že v UK sú u tých ťažkých a akútnych prípadov značne zvýšené personálne kapacity, kedy lekár nie je zaťažovaný väčším množstvom hospitalizácií, ale môže sa starostlivo venovať menšiemu množstvu. V prípade chirurgie na jedného lekára v UK pripadalo o 25 hospitalizácii viac než v ČR. Na Graf 18 však môžeme vidieť, že v UK bola v príslušnom roku priemerná ošetrovacia doba nižšia o 0,9 dňa, čiže síce v UK pripadá na lekára viac hospitalizácií, ale v priemere sú kratšie. V rámci gynekologicko-pôrodných oddelení to bolo opačne, kedy bol v priemere český lekár zaťažovaný o 15 hospitalizácii viac než lekár v UK. V UK bola navyše aj značne nižšia priemerná dĺžka hospitalizácie a to 2 dni, naproti tomu v ČR to bolo v roku 2015 3,6 dňa. V ČR sa totiž ako odporúčaná doba pobytu v nemocnici po pôrode uvádzajú tri dni, keď si to však žena vyžiada, môže odísť skôr, a to v prípade pôrodu bez komplikácií. (MZ ČR, 2013) Čo však do budúcnosti môže zbrzdiť skracovanie priemernej ošetrovacej doby v ČR, je znižujúci sa pomer spontánnych pôrodov. Kým v roku 2005 tvorili 80,1%, v roku 2015 to bolo 70,5%, čo je spôsobené predovšetkým

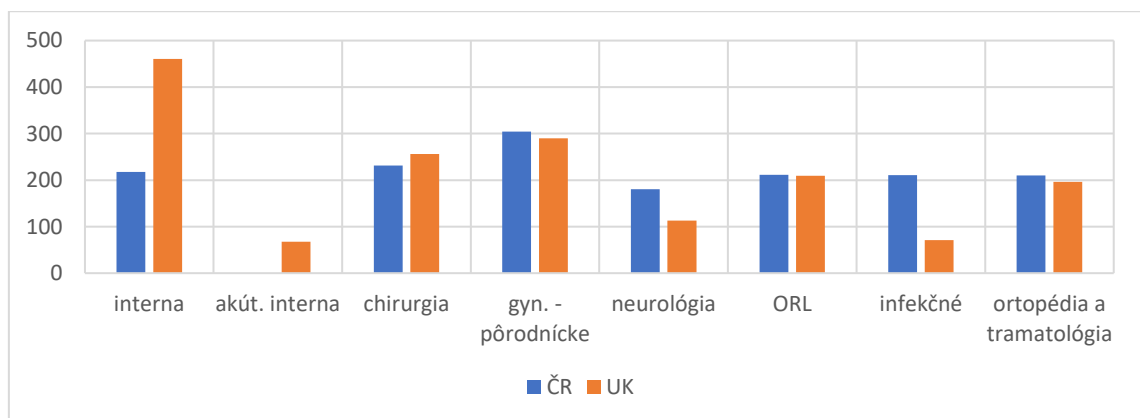
nárastom pomeru pôrodov cisárskym rezom z 18,3% na 26,9%. (ÚZIS, 2005e; ÚZIS, 2016e)

Graf 16: Počet hospitalizácií na jedného lekára (prepočítaný počet) v rámci daného oboru v nemocničnej starostlivosti v ČR v rokoch 2004-2015 (I.) (TYP Y)



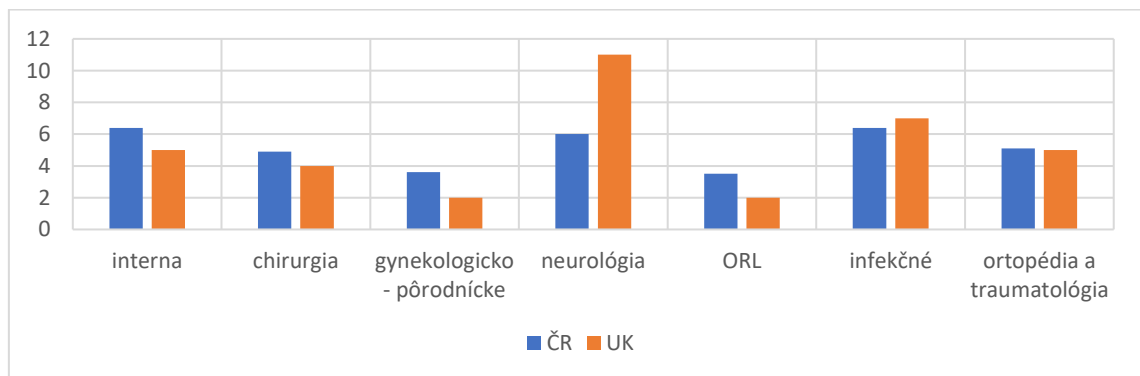
Zdroj: ÚZIS (2005-2016a), vlastné výpočty

Graf 17: Počet hospitalizácií na jedného lekára (prepočítaný počet) vo vybraných oboroch v ČR a v UK v roku 2015 (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2016a) a NHS (2015), vlastné výpočty

Graf 18: Priemerná ošetrovacia doba na vybraných oddeleniach nemocníc v ČR a UK v roku 2015



Zdroj: ÚZIS (2016a) a NHS (2015), vlastné spracovanie

Asi najväčšie rozdiely v rámci vybraných oborov medzi UK a ČR je možné pozorovať v obore neurológia. Lekári v ČR boli v rámci tohto oboru viac zaťažení počtom hospitalizácii 180, kým v UK to bolo 113, avšak priemerná ošetrovacia doba v ČR dosahovala 6 dní, kým v UK až 11. Kým v ČR je počet hospitalizácii v rámci neurológie v sledovaných rokoch relatívne stabilný bez výraznejších zmien, v UK došlo medzi rokmi 2012-2017 k nárastu o 24% a k nárastu úmrtí spojených s neurologickými problémami medzi rokmi 2011-2014 až o 39%. Môže to teda znamenať aj nárast závažnejších ochorení, ktoré si vyžadujú dôkladnejšiu a aj časovo náročnejšiu liečbu. (The Neurological Alliance, 2019) V rámci oddelení ORL je počet hospitalizácií na jedného lekára v ČR a UK takmer totožný, v UK však ošetrovanie prebieha rýchlejšie. Podobnú ošetrovaciú však vykazovali obe krajiny v rámci infekčných oddelení, v UK však na jedného lekára v roku 2015 pripadalo o 2/3 menej hospitalizácii než tomu bolo v ČR, čo naznačuje značne zvýšenú záťaž pre českých lekárov v tomto obore. Posledným z vybraných oborov je ortopédia a traumatológia, ktorá v rámci oboch ukazovateľov vykazuje takmer totožné hodnoty v ČR aj v UK, čo môže reflektovať podobnú úroveň lekárskeho kapacít a možností liečby.

5.3 Lekári ambulantnej starostlivosti v ČR

Po lekároch lôžkovej starostlivosti je ďalšia časť analýzy zameraná aj na lekárov ambulantnej starostlivosti. V rámci tejto podkapitoly je sú najskôr analyzovaní všetci ambulantní lekári a ich vyťaženie, a následne je analýza zameraná iba na praktických lekárov v jednotlivých krajoch ČR so zameraním aj na vybrané ochorenia, ktoré príslušní lekári sledujú.

5.3.1 Ambulantná starostlivosť v ČR

V ČR je ambulantná starostlivosť poskytovaná lekármi primárnej starostlivosti (praktickí lekári) a špecialistami. Praktickí lekári v ČR nepredstavujú „gatekeeping“ alebo akúsi vstupnú bránu, cez ktorú sa pacienti dostávajú následne k sekundárnej, a teda špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Je teda na samotnom pacientovi, či najskôr navštívi svojho praktického lekára alebo rovno špecialistu.

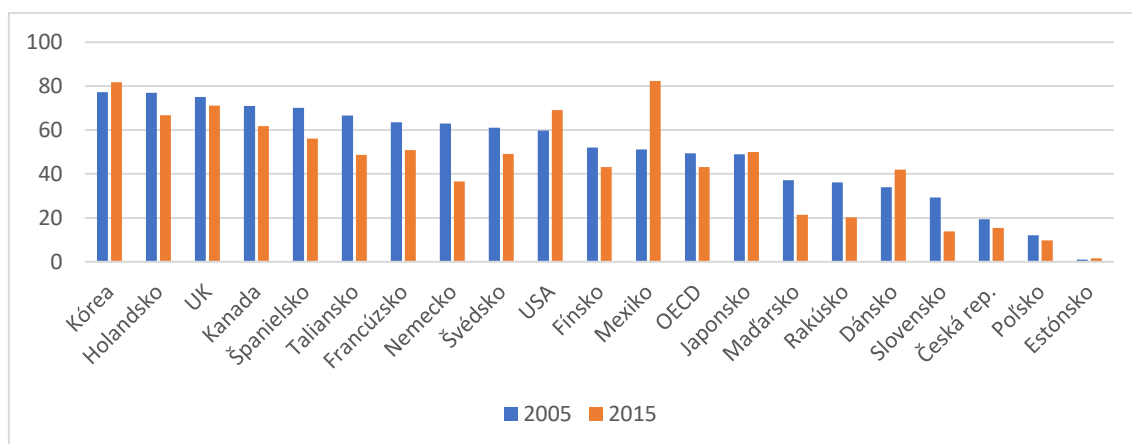
5.3.1.1 Návštevnosť ambulantných lekárov a prevencia

Ako už bolo popísané v predchádzajúcej časti, v medzinárodnom porovnaní ČR dosahuje nadpriemerný počet lekárov v pomere k obyvateľstvu. Nadpriemerný počet však

dlhodobo dosahuje aj v rámci návštev na jedného pacienta, čo je zobrazené v Príloha 5. Na grafe je možné vidieť, že kým priemer OECD bol v roku 2004 6,8, v ČR to bolo až 13,1, čiže takmer dvojnásobok. Veľmi vysoký počet má rovnako aj Slovensko, čo môže poukazovať na spojitosť vysokého množstva návštev s kultúrnymi a spoločenskými zvykmi, zmýšľaním ľudí a určitým prežitkom z čias socialistického režimu. Keď sú ľudia naučení chodiť k lekárom v priemere 13 krát do roka, tak značná záťaž si vyžaduje aj odpovedajúce personálne zabezpečenie. Keďže však u mnohých krajín bol počet návštev na jedného pacienta značne nižší, ponúka sa možnosť nadužívania zdravotnej starostlivosti v ČR. Práve toto viedlo k zavedeniu regulačných poplatkov, ktoré sú bližšie popísané v časti 3.3.

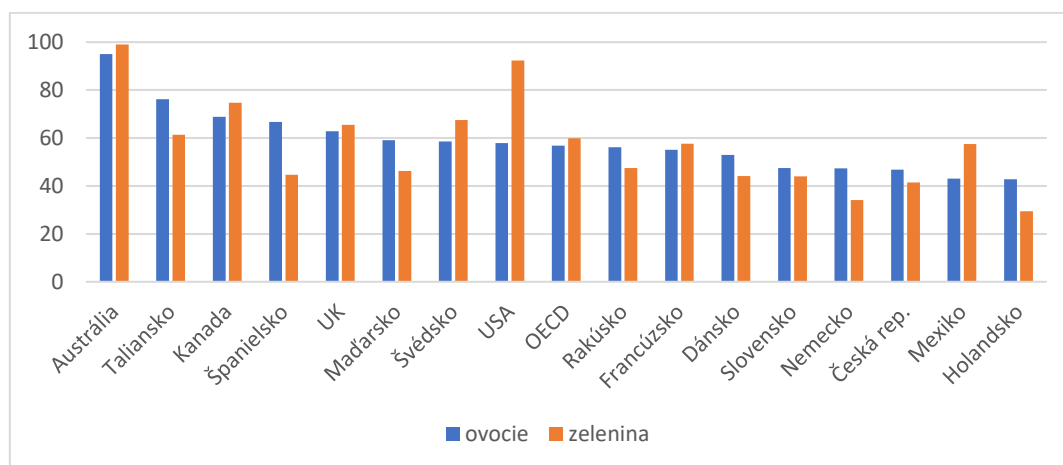
Vysoký počet návštev lekára však nemusí byť iba znakom nadužívania zdravotnej starostlivosti, resp. jej zbytočného využívania, ale jednoducho odrazom zdravotného stavu populácie a jej životného štýlu. Určitým ochoreniam je však možné predchádzať vhodnou prevenciou. V ČR sú dané povinné očkovania proti určitým chorobám ako sú tetanus, osýpky alebo žltáčka. (ČVS ČLS JEP, 2019) Naproti tomu sú očkovania, ktoré povinné nie sú, ale sú príslušnými autoritami odporúčané ako napr. očkovanie proti chrípke. Chrápka je rozšírené, avšak značne podceňované ochorenie, pri ktorom pravidelne sezónne dochádza k epidémii, kedy sa vo zvýšenej miere plnia čakárne u lekára. V ČR je prevencia formou očkovania proti chrípke na veľmi nízkej úrovni, kedy je očkovaných asi 5-7% populácie. (Avenier, 2019) Medzi ohrozené skupiny patria predovšetkým deti a seniori. Ako zobrazuje Graf 19 v ČR je oproti iným krajinám OECD výrazne nižšia očkovanosť ľudí starších ako 65 rokov a medzi rokmi 2005 a 2015 sa daná hodnota ešte znížila. Ako všeobecne vhodná prevencia sa odporúča zdravý životný štýl, ktorého súčasťou býva dostatočné prijímanie ovocia a zeleniny. Avšak aj v tomto parametri v porovnaní s inými krajinami patrí ČR k podpriemeru, ako je to zobrazené v Graf 20. Ešte nižšie sú hodnoty u detí, kedy v populácii 15 ročných prijíma každý deň ovocie alebo zeleninu iba 30%, resp. 24%. (OECD, 2017) Pri nízkej úrovni prevencie a vyššej pravdepodobnosti ochorenia sa samozrejme zvyšuje aj potenciál využívania zdravotníckych služieb a tým potreba zvyšovania personálnych kapacít poskytujúcich zdravotnú starostlivosť.

Graf 19: Podiel ľudí starších ako 65 rokov zaočkovaných proti chrípke vo vybraných krajinách v rokoch 2005 a 2015



Zdroj: OECD (2017), vlastné spracovanie

Graf 20: Pomer obyvateľov nad 15 rokov, ktorí každý deňedia zeleninu a ovocie vo vybraných krajinách v roku 2014



Zdroj: OECD (2017), vlastné spracovanie

ČR pritom vydáva na prevenciu, pomerom k celkovým výdajom na zdravotníctvo, prostriedky na úrovni priemeru krajín OECD. V roku 2015 bol totiž priemer OECD na úrovni 2,8% celkových výdajov zdravotného systému, v ČR to bolo 2,7%. Rozdiel medzi krajinami je ale v tom, aký pomer nákladov využívajú na aký typ prevencie⁵. Keď sa pozrieme na tabuľku v Príloha 6, ktorá zobrazuje počet úmrtí podľa príčiny smrti na 100 000 obyvateľov vo vybraných krajinách, vidíme, že napr. Island má výrazne nižšiu

⁵ OECD uvádza nasledujúce kategórie: informačné, vzdelávacie a poradenské programy; imunizačné programy; programy včasného odhalenia chorôb; monitorovanie zdravotného stavu; epidemiologický dohľad a programy na kontrolu chorôb; programy na prípravu v prípade katastrofy. Gmeinder, Morgan, Mueller, 2017)

úmrtnosť na vybrané choroby než ČR. Kým obe krajiny v rámci prevencie vynakladajú približne rovnaký pomer nákladov na včasné odhalenia chorôb (približne 20%), Island vynakladá viac ako dvojnásobný pomer (30,5%) na imunizačné programy než ČR (14%). UK má taktiež nižšiu úmrtnosť než ČR, predovšetkým čo sa týka obehovej sústavy. Naopak UK vynakladá na imunizačné programy nižší pomer než ČR (9%) a rovnako aj na programy včasného odhaľovania chorôb, kde dosahuje 6%, kým ČR necelých 20%. V čom sa však UK od ČR v rámci pomeru nákladov na prevenčné programy líši sú informačné, vzdelávacie a poradenské programy. Kým v UK na ne ide takmer 30% nákladov, v ČR je to iba necelých 10%, pričom priemer OECD je 27%. Vyšší pomer tohto typu prevencie je síce prevažne u západných a severských krajín, z čoho môže vyplývať aj schopnosť ľudí prijímať takýto druh prevencie, či už na základe určitých kultúrnych alebo spoločenských predispozícií obyvateľov danej krajiny. (Gmeinder, Morgan, Mueller, 2017)

5.3.1.2 Ambulantní lékaři

Ako je možné vidieť na Graf 21 počet ošetrení na jedného ambulantného lekára sa postupne medzi rokmi 2005-2007 znižoval, išlo však o zníženie na úrovni 2%. Po zavedení regulačných poplatkov došlo k rapídneho zníženiu, a to o 8,2%, čo lekárom znížilo priemerný počet návštev ročne o takmer 500. Klesajúci trend, aj keď už v zníženej miere, pretrvával aj ďalšie roky. Pri znížení počtu návštev sa nemusí automaticky znížiť zaťaženie lekárov, no minimálne sa skvalitní poskytovaná zdravotná starostlivosť, keďže lekári majú viac času na svojich pacientov a to predovšetkým tých, ktorí to skutočne potrebujú.

Pri pohľade na Graf 21 je ťažké určiť či sa jedná o vysoké hodnoty alebo nie. Ako vypovedajúci ukazovateľ sa v takomto prípade javí ako najvhodnejšie porovnanie s inými krajinami, čo znázorňuje Graf 22. Zobrazené sú počty návštev na jedného lekára za rok 2015 v rámci krajín OECD. Na prvý pohľad je vidno, že hodnota ČR sa líši s tým, čo je zobrazené v Graf 21. OECD síce pri danom ukazovateli uvádza, že sa jedná o návštevy ambulantných lekárov, kedy sú započítaní ako praktickí lekári, tak aj špecialisti, pri bližšom preskúmaní je však vidieť, že ako počet lekárov v tomto ukazovateli uvádzajú celkový počet lekárov v systéme, nie len tých ambulantných, čo daný parameter môže skresľovať. (OECD, 2017) Ukazovateľ je tu napriek tomu zahrnutý, keďže poukazuje minimálne na trend v danej krajine a pomer personálnych kapacít k počtu ambulantných

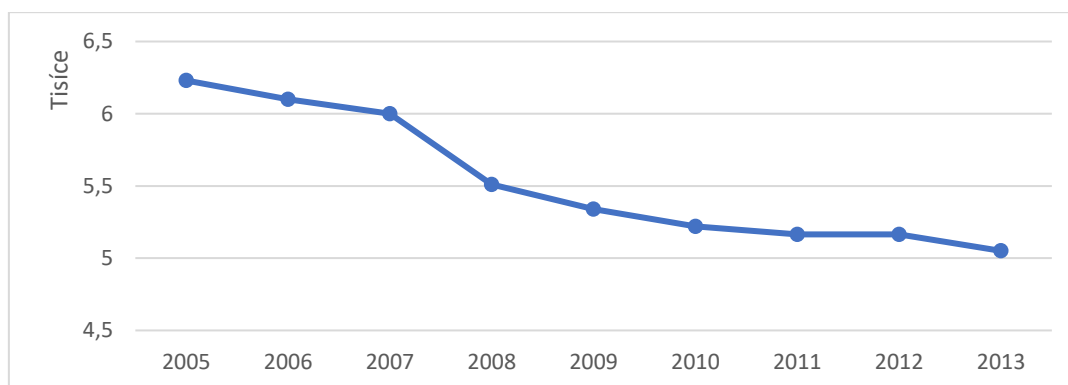
vyšetření, aj keď odhliada od ich alokácie. Na grafe je vidieť, že ČR patrí stále k nadpriemeru, hoci sa daný ukazovateľ podarilo medzi rokmi 2005 a 2015 znížiť, predovšetkým vďaka regulačným poplatkom a rovnako aj nárastu počtu lekárov. Rozdiely medzi krajinami môžu byť ovplyvnené aj spôsobom hradenia zdravotnej starostlivosti, ktoré sú popísané v časti 2.2. V krajinách ako ČR alebo Japonsko, kde sú lekári platení za výkon, sa zvyšuje tendencia a motivácia k zvyšovaniu počtu výkonov, u lekárov, ktorí dostávajú mzdu ako napr. vo Švédsku alebo Mexiku, je to opačne. Na druhú stranu pri platbe za výkon, kedy je vysoká spoluúčasť pacienta ako napr. v USA je návštevnosť lekárov taktiež nižšia práve kvôli týmto nákladom. (Barták, 2010) Z medzinárodného porovnania je teda jasné, že lekári v ČR sú, aspoň čo sa množstva návštev týka, viac zaťažení, než lekári vo väčšine ostatných krajín v rámci OECD. Samozrejme, že napr. vo Švédsku, kde je počet návštev nízky môžu byť lekári taktiež časovo rovnako zaťažení, nie však kvôli počtu vyšetrení ale kvôli kvalite poskytovanej starostlivosti.

Pri analyzovaní a hodnotení vývoja personálnych kapacít ambulantných lekárov, je veľmi podstatné rozdeliť ich na praktických lekárov a ambulantných špecialistov, ako to znázorňuje Graf 23. Kým počet špecialistov bol v danom období relatívne stabilne rastúci s výnimkou mierneho poklesu v roku 2008, u praktických lekárov došlo k poklesu v roku 2006 a 2007. Daný pokles môže byť spôsobený protestami praktických lekárov, ktorí neboli spokojní s financovaním nákladov liečby pacientov zo strany VZP. (ČTK, 2007) Keď sa pozrieme na náklady zdravotných poisťovní na jednotlivé segmenty zdravotnej starostlivosti, tak medzi rokmi 2004-2007 boli medziročné prírastky u praktických lekárov značne nižšie než to bolo v prípade špecialistov alebo ústavnej starostlivosti. Kým napríklad medziročná zmena u praktických lekárov v roku 2007 bola 4,8%, u ambulantných špecialistov to bolo 13,7% a u ústavnej starostlivosti 10,4%. Kompletné údaje k rokom 2004-2013 sú priložené v Príloha 7. Po protestoch dostali praktickí lekári viac, a to v roku 2008 medziročne o 18,2%. Od roku 2010 sa ale náklady zdravotných poisťovní výrazne znížili vo všetkých segmentoch, čo môže byť spôsobené dopadmi hospodárskej krízy, ktorá začala v roku 2007 a ktorá vplývala na príjmy zdravotných poisťovní. Od roku 2008 už však počet praktických lekárov postupne rástol.

Ako už bolo uvedené vyššie, po zavedení regulačných poplatkov v roku 2008 klesol počet návštev, a tým sa znížila zaťaženosť ambulantných lekárov. Keď však aj v tomto

ukazovateli rozdelíme ambulantných lekárov na praktických a špecializovaných, ako to znázorňuje Graf 24, je vidieť že ich vývoj v sledovanom období sa od určitého bodu rozchádza. Pred rokom 2008 bol trend v oboch prípadoch klesajúci, pričom u praktických lekárov bol pokles výraznejší, a to o 2-3%, kým u špecialistov približne o 1%. . Zásadná zmena prišla so zavedením regulačných poplatkov, kedy sa počet vyšetrení značne znížil ako u praktických lekárov, tak aj u špecialistov. Kým u praktických lekárov sa jednalo o zníženie až o 11,4%, u špecialistov to bolo 4,6%. V roku zavedenia regulačné poplatky splnili svoje očakávania a návštevnosť výrazne znížili, čím minimálne do určitej miery poukázali na to, koľko zdravotnej starostlivosti bolo nadužívanej a zbytočnej. Po roku 2008 sa už ale vývoj špecialistov oproti praktickým lekárom rozchádza. Kým totiž počet vyšetrení u praktických lekárov stále klesal, u špecialistov sa počet opäť zvyšoval. V takomto prípade mohlo ísť po zavedení regulačných poplatkov o prvotný šok, kedy ľudia neboli zvyknutí za zdravotnú starostlivosť platiť, a preto ju obmedzili. Už po roku sa však mohli adaptovať a jednoducho prijať fakt, že tento poplatok platiť budú, čo by dokazovalo zmiernený pokles u praktických lekárov. Ďalší scenár, ktorý mohol nastať je ten, že po zavedení poplatkov niektorí pacienti v snahe ušetriť nenavštevovali prvotne praktického lekára, ale navštívili rovno špecialistu. V takomto prípade sa k špecialistom môžu dostávať banálne prípady, ktorým by postačila starostlivosť praktických lekárov a pri zvýšenej časovej náročnosti môže dochádzať k zníženiu kvality poskytovanej starostlivosti.

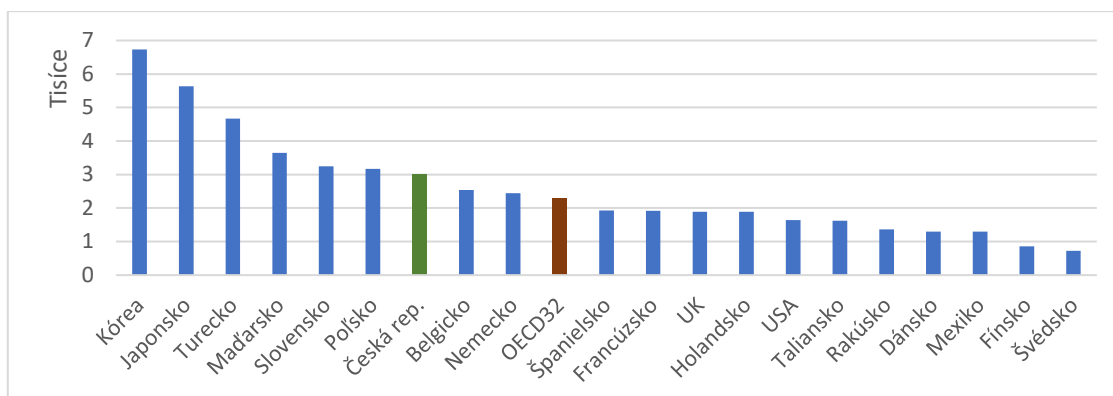
Graf 21: Počet ošetrení na jedného ambulantného lekára (prepočítaný počet) v rokoch 2005-2013⁶ (TP Y)



Zdroj: ÚZIS (2006-2014b), vlastné spracovanie

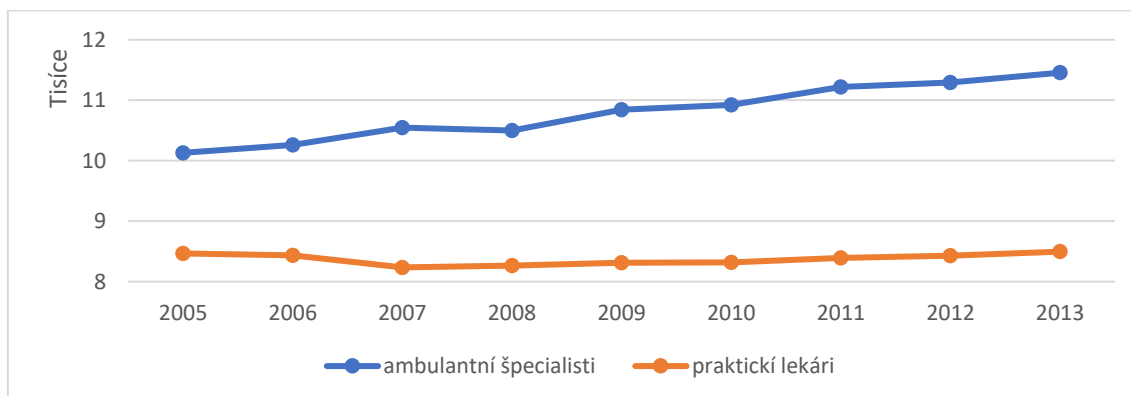
⁶ Ukazovateľ zahŕňa aj zubných lekárov.

Graf 22: Počet návštev (konzultácií) na 1 lekára vo vybraných krajinách v roku 2013



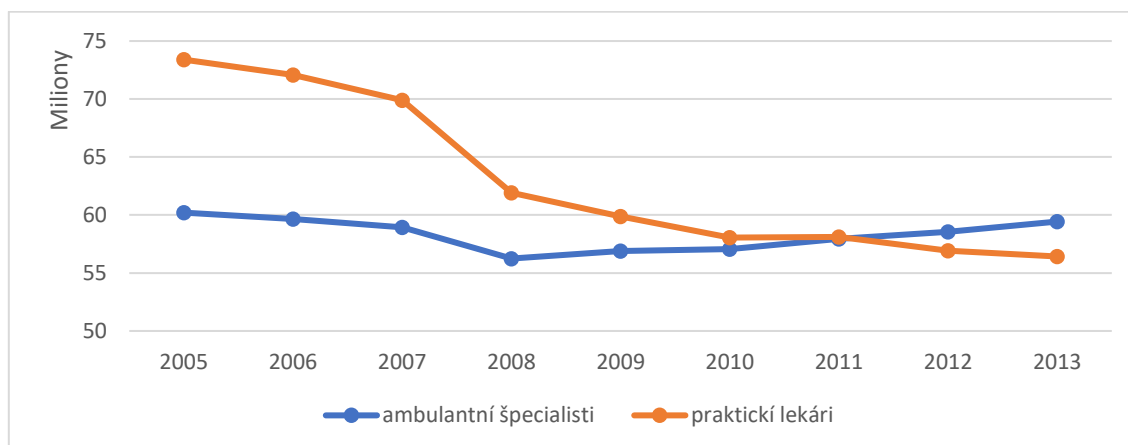
Zdroj: OECD (2015), vlastné spracovanie

Graf 23: Počet ambulantných lekárov (prepočítaný počet) v rokoch 2005-2013 (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2006-2014b), vlastné spracovanie

Graf 24: Počet vyšetrení ambulantných lekárov v rokoch 2005-2013



Zdroj: ÚZIS (2006-2014b), vlastné spracovanie

Keďže v sledovanom období počet lekárskeho úväzkov rástol, s poklesom návštev v roku 2008 poklesol aj počet návštev na jedného lekára. Príslušné hodnoty daného parametra

sú obsiahnuté v Príloha 8. Medziročný pokles v roku 2008 u praktických lekárov bol 12%, kým u špecialistov to bolo 4,2%, čo je čiastočne spôsobené miernym poklesom lekárskeho úväzku v danom roku. Hodnota v roku 2013 bola oproti roku 2007 u špecialistov nižšia o 7,2%, kým u praktických lekárov došlo k poklesu až o 21,8%. Z daných údajov je možno hodnotiť, že regulačné poplatky značne znížili záťaž praktických lekárov, avšak u špecialistov vzhľadom aj na ich rýchlejší rast úväzku sa ich záťažnosť nijako výrazne nezmenila. Je otázne, ako sa daný ukazovateľ vyvíja v ďalších rokoch, a to predovšetkým od roku 2015, kedy bol príslušný regulačný poplatok zrušený. Dáta v tejto podobe v súčasnosti k dispozícii nie sú. Sú však dostupné napríklad hodnoty v rámci návštevnosti praktických lekárov pre dospelých do roku 2017. V tomto prípade došlo v roku 2015 k medziročnému poklesu o 3%, v roku 2016 k nárastu o 4,7% a následne v roku 2017 opäť k poklesu a to o 2%. Z takéhoto vývoja je teda značne náročné určovať nejaké predikcie a treba počkať na dlhšie časové obdobie a predovšetkým kompletné dáta. (ÚZIS, 2018g)

5.3.2 Praktickí lekári v ČR a v jednotlivých krajinách

Praktickí lekári už síce boli zahrnutí v predchádzajúcej časti v rámci ambulantnej starostlivosti, no pre ich vysoké personálne zastúpenie a ako predstaviteľov primárnej zdravotnej starostlivosti im je venovaná aj samostatná časť. Keďže je veľmi dôležitá ich alokácia v rámci ČR, ich analýza je zameraná aj na jednotlivé krajiny ČR a rozdiely medzi nimi.

Pred samotným skúmaním a analyzovaním jednotlivých krajín ČR je potrebné pozrieť sa aj na to, ako je na tom ČR v porovnaní s inými krajinami a aké sú odporúčania k vybraným ukazovateľom. Graf 25 predstavuje vývoj počtu registrovaných pacientov na jedného lekára. Kým v roku 2004 pripadalo na jedného PL pre dospelých v ČR 1 557 registrovaných pacientov, v roku 2013 to bolo 1 623. Podľa odporúčaní a zistení *European Union of General Practitioners* je optimálne množstvo 1 600 pacientov, kedy sa aj samotní lekári necítia pod stresom. (McCarthy, 2016) Z tohto je možné konštatovať, že aj keď sa priemerný počet pacientov na PL pre dospelých v ČR zvyšuje, počet bol v roku 2013 stále prijateľný. V porovnaní napríklad s USA, kde bol tento počet v roku 2016 1 328 a v UK v roku 2014 išlo o 1 577 pacientov. Aj v týchto krajinách sú však značné rozdiely medzi jednotlivými regiónmi, alebo v prípade USA jednotlivými štátmi. Tak napríklad v rámci USA bol najnižší počet 850 v District of Columbia, kým v štáte Mississippi

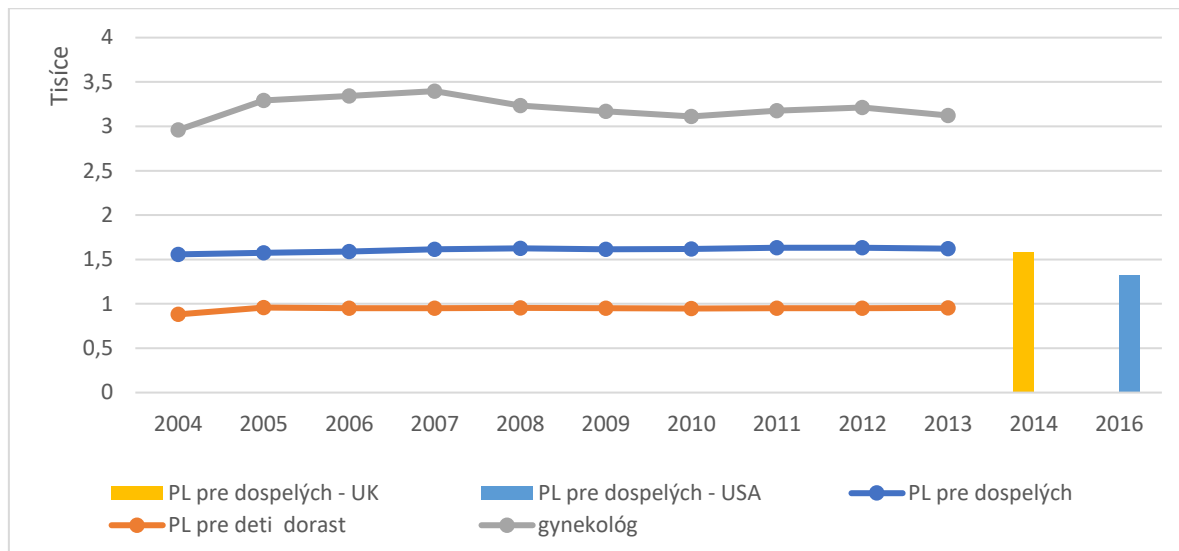
to bolo 1900 pacientov. (Country Health Rankings and Roadmaps, 2019) V UK boli tieto hodnoty ešte vyššie a to v rozpätí od 1 167 v meste Gateshead, až po 2 237 v meste Kent. (Bostock, 2014) Ako vhodný a udržateľný počet pre lekára sa odporúča a považuje ošetrovanie na úrovni 25 pacientov za deň, pri čom tento ukazovateľ sa v rámci krajín EÚ značne rozchádza v rozpätí 10-50, keďže niektoré krajiny započítavajú aj telefonické konzultácie. (McCarthy, 2016) Keď priemerný počet vyšetrení na jedného lekára v ČR v roku 2013, ktorý bol 7 244,2 vydáme počtom pracovných dní v danom roku, čo predstavuje 252 dní, vychádza priemerná hodnota 28,7 vyšetrení na jedného lekára za deň.

V prípade PL pre deti a dospelých došlo taktiež k nárastu pacientov na jedného lekára z 881 v roku 2004 na 955 v roku 2013. Tento obor je náročné a obtiažne porovnávať s inými krajinami, keďže detské obory sú rôzne evidované, často všetky pod jeden obor pediatria. Na jedného praktického lekára gynekológa v roku 2004 pripadalo v ČR 2 959 pacientiek. Vývoj ukazovateľa nebol v tomto prípade taký stabilný ako u predchádzajúcich dvoch oborov, čo môže byť spôsobené tým, že pacientky k tomu nepristupujú ako k všeobecnému lekárovi a neregistrujú sa automaticky, ale napr. až keď im vzniknú zdravotné problémy. Dáta OECD z roku 2011 uvádzajú ČR ako krajinu s najvyšším počtom gynekológov a pôrodníc na 100 000 žien v rámci krajín OECD, treba však uviesť, že v tomto prípade sa nejedná iba o praktických lekárov, ale aj špecialistov a nemocničných lekárov. Keď odhliadneme od ich možnej alokácie v rámci zdravotného systému, ČR minimálne v roku 2011 disponovala vysoko nadpriemernými personálnymi kapacitami v tomto obore s hodnotou 49,5 lekárov na 100 000 žien, kým priemer OECD bol 27,3. (OECD, 2011)

V nasledujúcej časti sú popísané a analyzované regionálne rozdiely medzi jednotlivými krajinami a to u praktických lekárov pre dospelých, praktických lekárov pre deti a dospelých a u praktických lekárov – gynekológov. Pre prehľadnosť sú dáta vzťahované k rokom 2008, 2011 a 2013. Sledované obdobie v tomto prípade začína rokom 2008, pretože od roku 2008 sa zmenila metodika vykazovania úväzkov týchto lekárov v publikáciách ÚZISu, čo by mohlo s pridaním predchádzajúcich rokov pôsobiť skreslene. Rovnako aj ostatné ukazovatele ako počet registrovaných pacientov na jedného lekára a počet vyšetrení na jedného lekára sú vzťahované k týmto úväzkom. V tomto prípade je daný ukazovateľ uvádzaný ako priemerný prepočítaný ročný počet pracovníkov, čo znamená

súčet prepočítaného počtu pracovníkov (úväzky) za jednotlivé mesiace a vydelený počtom týchto mesiacov.

Graf 25: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP Z)



Zdroj: ÚZIS (2005-2014b), Baird a kol. (2016) a Country Health Rankings and Roadmaps (2019), vlastné spracovanie

5.3.2.1 Praktickí lekári pre dospelých

Keď sa pozrieme na počet úväzkov praktických lekárov pre dospelých, čo zobrazuje Tabuľka 5, tak v tomto prípade ich mala vo všetkých rokoch najviac so značným odstupom Hl. m. Počet úväzkov PL pre dospelých medzi rokmi 2008 a 2013 vzrástol o takmer 80, čo predstavuje nárast o 11,5%. Samozrejme, že automaticky sa k tomu ponúka argument, že je to hlavné mesto, a teda k značnému počtu obyvateľov je potrebný vyšší počet lekárov. V tomto prípade je ale podstatné pozrieť sa aj na ďalšie ukazovatele, ktoré sú zobrazené v Tabuľka 6 a Tabuľka 7, kde môžeme vidieť, že lekári v tomto kraji sú v priemere najmenej zaťažení počtom registrovaných pacientov na jeden úväzok a rovnako aj počtom ošetrení na jeden úväzok. Znižujúci sa počet vyšetrení na jedného pacienta je v sledovanom období zapríčinený predovšetkým zavedenými regulačnými poplatkami v roku 2008. Keď si však prepočítame počet návštev na jedného registrovaného pacienta, v Hl. m. Praha to v roku 2013 bolo 3,8 návštevy, pričom národný priemer bol 4,5. Možno by sa dalo povedať, že pacienti v tomto kraji sú zdravší a ako ukazuje Graf 26 v rámci vybraných chronických ochorení sa radí skôr k národnému podpriemeru, príčinou však môže byť aj širšia sieť a dostupnosť ambulantných

špecialistov, kedy pacienti priamo vyhľadajú ich a to bez predchádzajúcej konzultácie s praktickým lekárom. V roku 2013 tu lekári starší ako 60 rokov predstavovali 35% podiel, avšak na rozdiel od iných krajov sa počet lekárov mladších ako 60 rokov od roku 2004 takmer nezmenil, za čím stojí predovšetkým značný nárast úväzkov.

Tabuľka 5: Priemerný ročný prepočítaný počet úväzkov praktických lekárov pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	683,42	470,19	305,96	271,98	117,49	354,64	203,09
2011	735,91	469,01	320,35	263,88	127,16	353,09	190,29
2013	761,64	478,23	307,27	260,94	133,79	360,92	204,01
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	279,11	212,56	212,62	567,87	341,93	278,65	566,91
2011	267,29	218,95	221,47	578,39	351,8	295,84	581,55
2013	257,75	218,08	224,39	583,4	365,04	297,3	589,6

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Tabuľka 6: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	1 474	1 790	1 577	1 596	1 776	1 762	1 644
2011	1 462	1 804	1 521	1 661	1 691	1 772	1 776
2013	1 410	1 819	1 565	1 638	1 657	1 744	1 714
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	1 590	1 760	1 757	1 560	1 471	1 646	1 663
2011	1 665	1 794	1 722	1 601	1 454	1 597	1 655
2013	1 708	1 787	1 744	1 631	1 412	1 578	1 651

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Tabuľka 7: Počet vyšetrení na jedného praktického lekára pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	6 424	8 944	8 499	7 850	8 541	9 349	8 748
2011	5 705	8 132	7 712	7 172	7 650	8 519	8 435
2013	5 357	7 867	7 630	6 631	6 951	8 208	7 950
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	8 480	9 223	8 856	8 609	7 987	8 990	8 284
2011	8 337	8 253	8 100	7 842	7 067	8 179	7 255
2013	8 312	8 114	7 526	7 647	6 985	7 817	7 057

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

V Stredočeském kraji došlo v danom období k miernemu nárastu úväzkov, avšak keď sa pozrieme na počet registrovaných pacientov na jedného lekára, je vidieť nárast oproti predchádzajúcim rokom. Stredočeský kraj dlhodobo vykazuje vysoký prírastok obyvateľstva, rovnako prirodzený prírastok aj prírastok sťahovaním. Napr. v roku 2013

tu bol celkový prírastok 10 520 obyvateľov, pričom druhý najvyšší v rámci krajov v ČR bol v Jihomoravskom kraji a to 1 428, takže ten rozdiel je badateľný. Podstatnú časť tohto prírastku tvorilo sťahovanie, keďže čistý prírastok sťahovaním bol až 9 226 obyvateľov, pričom druhý najvyšší počet bol v Plzeňskom kraji, a to 1 333 obyvateľov. (ČSÚ, 2014) Práve v spojitosti s nárastom obyvateľstva a prírastkom sťahovaním v tomto kraji nastávajú dva zásadné problémy. Prvým je, že vyšší počet obyvateľov si vyžaduje pomerovo vyšší počet lekárov, a to predovšetkým práve tých praktických. Druhým problémom je blízkosť Prahy, ktorá môže byť pre lekárov atraktívnejšou lokalitou ako pre pracovný, tak aj pre súkromný život, resp. títo lekári môžu v Stredočeskom kraji využívať menej nákladné bývanie a do práce do Prahy dochádzať. Takýto býva príznačný predovšetkým pre mladších ľudí, čo by odzrkadľovalo rastúci demografický problém lekárov v tomto kraji. Ako je vidieť na Graf 27, medzi rokmi 2004 a 2013 mal Stredočeský kraj najvyšší pokles lekárov do 60 rokov a značný nárast lekárov nad 60 rokov. Keď porovnáваме počet pacientov na jedného lekára s odporúčaným počtom, ktorý je cca 1 600, tak lekári v tomto kraji v roku 2013 boli s priemerným počtom 1 819 pacientov značne preťažení. Počet vyšetrení na jedného lekára síce naproti tomu nie je v rámci republiky najvyšší, keďže z tohto pohľadu môžu pacienti viac využívať starostlivosť špecialistov v neďalekej Prahe. Ako zobrazuje Graf 26, praktickí lekári pre dospelých sú v tomto kraji navyše aj značne zaťažení pacientami s chronickými chorobami. Aj v tomto kraji lekári medzi rokmi 2004 a 2013 podstatne zostarli a podiel tých nad 60 rokov sa zmenil z 17% v roku 2004 na 37% v roku 2013.

Pohraničné a odľahlejšie časti Jihočeského kraja dlhodobejšie bojujú s nedostatkom lekárov. Napr. medzi rokmi 2012 a 2013 prišli v Jihočeskom kraji o 10 úväzkov, čo je značný počet a problém predovšetkým ak sa jednalo práve o tieto menej atraktívne časti. V roku 2014 sa preto snažil kraj spolu so VZP situáciu riešiť motivovaním nových doktorov vytvorením atraktívnejších podmienok, než aké by mali v iných regiónoch. (Pfeiferová, 2014) Počet pacientov na jeden úväzok sa výrazne nemenil a bol relatívne stabilný. Keď tento kraj porovnáваме so Stredočeským môžeme vidieť, že hoci bol medzi nimi v roku 2013 výrazný rozdiel čo sa týka počtu registrovaných pacientov na jeden úväzok, počet návštev vykazoval rozdiel minimálny. V Jihočeskom kraji bol v tomto roku počet návštev na 1 registrovaného pacienta 4,9 čo je nad celoštátnym priemerom. Či sú ľudia v tomto kraji náchylnejší na ochorenia je ťažké povedať, keďže počet pacientov s vybranými chronickými ochoreniami je porovnateľný napr. so spomínaným

Středočeským krajom. Tento rozdiel môže spôsobovať dobrá dostupnosť špecialistov v Prahe pre ľudí zo Středočeského kraja, a naopak ľudia z odľahlejších častí Jihočeského kraja môžu mať prístup k odbornejším lekárom vzdialenejší a viac využívať lekára praktického. Samozrejme, ponúka sa aj možnosť nadužívania zdravotnej starostlivosti primárneho lekára v tomto kraji, to však bolo do značnej miery v rámci možného sledovaného obdobia eliminované už spomínanými regulačnými poplatkami platnými v rokoch 2008-2015.

Vysoký počet návštev na jeden úväzok PL pre dospelých v roku 2013 bol v Královéhradeckém, Ústeckém, Libereckém a Pardubickém kraji, čo môže súvisieť s ich geografickou blízkosťou. Tieto kraje mali rovnako aj podobný počet registrovaných pacientov na jeden lekárske úväzok a v sledovanom období zaznamenaný pokles úväzkov lekárov, okrem Libereckého kraja, kde bol ich počet takmer bez zmeny. U všetkých týchto krajov bol počet registrovaných pacientov viac ako 1 700, čo je viac než odporúčané optimálne množstvo. Pri pohľade na Graf 26 je vidieť, že všetky tieto kraje patria medzi nadpriemer v rámci hypertenzných ochorení, pričom nárast medzi rokmi 2008 a 2013 je značný. V Ústeckém a Libereckém kraji bol počet pacientov s ischemickými ochoreniami srdca takmer bez zmeny, avšak rástli prípady obezity. Naopak v Královéhradeckém a Pardubickém kraji sa znížil ako počet ischemických ochorení srdca na 1 000 registrovaných pacientov, tak aj tých trpiacich obezitou, u ktorej bol pokles zaznamenaný iba v rámci štyroch krajov ČR. V tomto prípade išlo skôr o výnimku, keďže celosvetový trend bol a stále je rastúci. Kým priemer EÚ v roku 2014 bol 15,7% populácie, tak v ČR to bolo 18,7%. Veľmi vysoký bol aj počet ľudí s nadváhou, ktorá taktiež spôsobuje značné zdravotné problémy a môže viesť práve k obezite. Pomer ľudí s nadváhou bol v roku 2014 v ČR 49,2%, kým EÚ priemer bol 44,7. (Eurostat, 2019)

Práve ľudia s chronickými chorobami potrebujú značnú pozornosť lekára a jeho starostlivosť, keďže tieto choroby môžu následne viesť k ďalším a mnohé z nich sa dajú vhodnou liečbou, primeraným životným štýlom a životosprávou eliminovať. Keď si však ako príklad vezmeme Královéhradecký kraj, kde bol v roku 2013 počet návštev na jeden úväzok lekára 8 312 a vydelíme to počtom pracovných dní v danom roku (252) vyjde nám, že lekár na jeden úväzok v tomto kraji v priemere ošetril 33 pacientov za deň, čo by pri ordinovaní 8 hod. denne znamenalo približne ošetrovanie 4 pacientov za hodinu. Preto

je v tomto prípade otázne ako kvalitná je takto poskytnutá zdravotná starostlivosť, predovšetkým u dispenzarizovaných pacientov, ktorých počet stále narastá, a preto sa ponúka predpoklad zvýšenej potreby využívania služieb praktického lekára a tým aj potreba ich vyššieho alebo minimálne stabilného a udržateľného počtu.

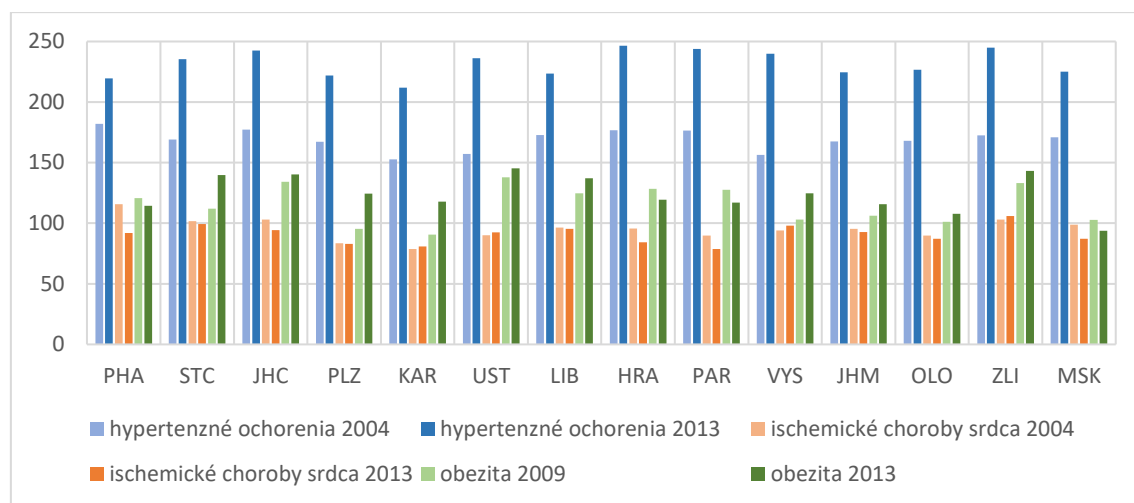
K poklesu úväzkov PL pre dospelých medzi rokmi 2008 a 2013 došlo aj v Plzeňskom kraji, a to o 10 úväzkov, čo predstavuje 4% a čo viedlo k nárastu počtu registrovaných pacientov na jeden úväzok. V tomto kraji ako pohraničnej oblasti sa do určitej miery prejavuje blízkosť Nemecka, ktoré láka za prácou ľudí z rôznych oborov. Prispel k tomu vstup ČR do EÚ v roku 2004, ale predovšetkým otvorenie pracovného trhu v Nemecku pre občanov ČR v roku 2011. (MPSV, 2011) O záujme Nemecka o českých zamestnancov svedčí aj zriadenie pobočky nemeckého úradu práce v Plzni v roku 2012. (ČT 24, 2012) Je teda viac ako pravdepodobné, že niektorí lekári z pohraničia dochádzajú za prácou do neďalekého Bavorska, kedy sú pre nich nemecký plat a české náklady na život veľmi výhodné.

Veľmi vysoký počet registrovaných pacientov na jedného lekára a rovnako aj počet ošetrovateľov dosahoval v roku 2008 Karlovarský kraj. Počet úväzkov bol nízky a problematické boli predovšetkým odľahlejšie a pohraničné oblasti. Postupne sa však počet úväzkov zvyšoval a v roku 2013 bol oproti roku 2008 vyšší o necelých 14%. Za týmto nárastom môžu byť motivačné programy a príspevky, ktoré kraj pre lekárov pripravil. (Strohmaierová, 2011) Dlhodobým problémom tohto kraja je ale predovšetkým vekové zloženie lekárov, ktorí tu pracujú, keďže pomer lekárov nad 60 rokov patrí medzi najvyššie v rámci ČR, pričom už v roku 2004 bol na úrovni 21% a do roku 2013 sa zvýšil na 35,7%. Z vekového zloženia je zrejmé, že mladí lekári nemajú príliš záujem pracovať v tomto kraji a predovšetkým v tých odľahlejších častiach je život pre nich neatraktívny a dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti tým pádom pre pacientov komplikovanejšia. Napriek značným problémom však v porovnaní s ostatnými kraji v sledovaných rokoch možno pri pohľade na ďalšie sledované parametre konštatovať, že sa situácia zlepšila, keďže sa znížil počet registrovaných pacientov na jedného lekára a rovnako aj počet návštev.

V Olomouckém kraji došlo medzi rokmi 2008 a 2013 k nárastu úväzkov PL pre dospelých o 6,7%. Zásluhu na tom môžu mať podporné programy zamerané predovšetkým na časti kraja so sťaženou dostupnosťou. (Jansová, 2009) V tomto kraji

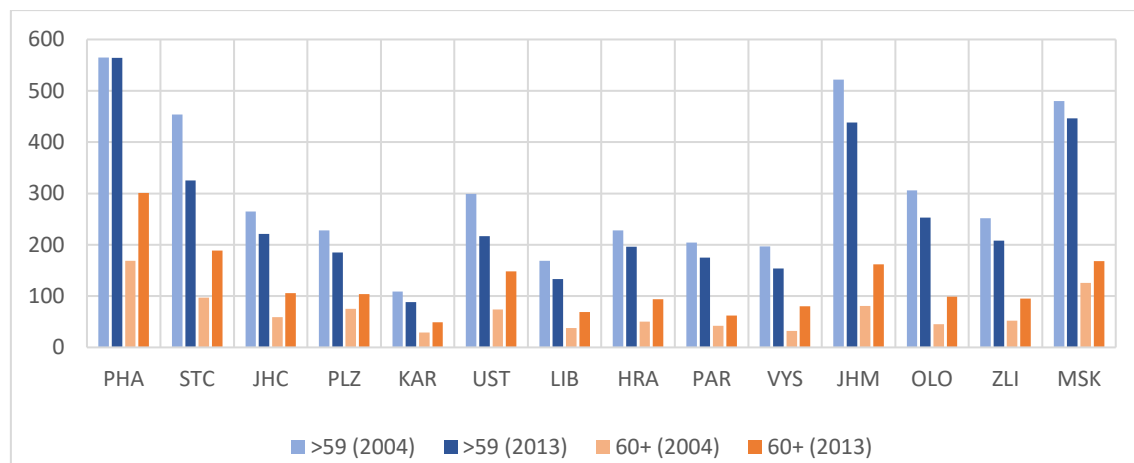
pripadal na jedného lekára podobný počet pacientov ako v Hl. m. Praha, avšak počet vyšetrení tu bol značne vyšší. Počet pacientov s chronickými ochoreniami je v tomto kraji skôr podpriemerný, takže zvýšenú návštevnosť nevysvetľuje, môže teda ísť o nadužívanie služieb praktického lekára. Podiel lekárov starších ako 60 síce oproti ostatným krajom v roku nebol na tom s hodnotou 28% až tak kriticky, avšak proti roku 2004 išlo o podstatný nárast, kedy bol ich podiel 12,8%.

Graf 26: Počet pacientov s chronickými chorobami na 1 000 registrovaných pacientov sledovaných praktickým lekárom pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004/2009 a 2013



Zdroj: ÚZIS (2005b, 2010b, 2014b), vlastné spracovanie

Graf 27: Veková štruktúra praktických lekárov pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005h, 2014h), vlastné spracovanie

V Jihomoravském a Moravskoslezském kraji pripadal v jedného lekára v roku 2013 podobný počet pacientov, pričom nárast úväzkov od roku 2008 bol v Jihomoravském

kraji 2,7% a v Moravskoslezském kraji 4%. Napriek tomu však mali rozličný počet vyšetrení na jedného lekára, kedy v Jihomoravskom kraji to bolo 7 647 a Moravskoslezskom 7 057, takže ten rozdiel je badateľný. V prípade chronických ochorení sú taktiež na podobnej úrovni, iba miera obezity bola v roku 2013 vyššia v Jihomoravskom kraji. V oboch prípadoch sa jedná o pohraničné oblasti, pričom zvýšená návštevnosť môže znamenať ich lepšie rozloženie v tých odľahlejších oblastiach, kedy to majú pacienti ďalej k odbornejšej starostlivosti, a preto viac využívajú praktických lekárov. Negatívny demografický vývoj sa prejavuje aj v týchto krajoch, pričom u oboch v roku 2013 predstavoval podiel lekárov starších ako 60 rokov 27%. Kým však v roku 2004 to bolo v prípade Moravskoslezského kraja 20,7, čiže už vtedy disponovali pomerne staršími lekármi, v Jihomoravskom kraji to bolo 13,4%, takže došlo k výraznej zmene.

V Zlínskom kraji a Kraji Vysočina došlo medzi rokmi 2008 a 2013 k nárastu úväzkov o 5,5%, resp. 6,7%. Zaujímavé však je, že kým v roku 2013 pripadalo na jedného lekára v Kraji Vysočina 1 744 a v Zlínskom kraji 1 578, čo je značne menej, počet vyšetrení na jedného lekára bol však vyšší práve v Zlínskom kraji s počtom 7 817, kým v Kraji Vysočina to bolo 7 647. V Zlínskom kraji v danom roku totiž pripadal aj najvyšší počet vyšetrení na jedného lekára v rámci celej ČR, ktorý bol 5, zatiaľ čo priemer ČR bol 4,5. Počet chronických pacientov je v daných krajoch približne podobný, iba v rámci obezity je značne väčší počet prípadov v Zlínskom kraji. Aj v týchto dvoch krajoch došlo medzi rokmi 2004 a 2013 k zvýšeniu pomeru lekárov starších ako 60 rokov, pričom v Kraji Vysočina sa pomer zvýšil z 14% na 34,2% a v Zlínskom kraji z 17,1% na 31,4%.

5.3.2.2 Praktickí lekári pre deti a dorast

Ďalším typom lekára v rámci primárnej starostlivosti a analyzovaným v tejto práci je praktický lekár pre deti a dorast. V Hl. m. Praha sa medzi rokmi 2008 a 2013 zvýšil nie len počet úväzkov, ale aj počet pacientov na jedného lekára, čo značí o náraste detskej populácie v tomto kraji. Čo je v tomto prípade na Prahe zaujímavé je to, že na rozdiel od iných lekárskejších oborov, nemá v tomto ani zďaleka takú dominanciu oproti ostatným krajom. Napriek tomu však v tomto kraji na jedného lekára v sledovanom období vždy pripadal podpriemerný počet pacientov v porovnaní s ostatnými krajmami. Hoci v roku 2013 pripadal na jedného lekára druhý najnižší počet pacientov (882) v celorepublikovom zrovnaní, keďže v Olomouckém kraji to bolo 876, v rámci počtu vyšetrení na jedného lekára to bol až piaty najnižší počet, čo znamená, že pomoc PL pre deti a dorast tu pacienti

vyhľadávali častejšie. Spôsobené to môže byť predovšetkým ich lepšou dostupnosťou, vďaka čomu ich ľudia môžu využívať častejšie. Z pohľadu dispenzarizovaných ochorení na 1 000 registrovaných pacientov, tak ako znázorňuje Graf 28, v Hl. m. Praha ich síce v roku 2004 bol v rámci ČR nadpriemer, do roku 2013 však ich počet stúpol v porovnaní s inými krajmi značne menej, a v roku 2013 predstavoval skôr podpriemer. Hoci sa personálna obsadenosť daného oboru v Prahe javí v porovnaní s inými krajmi ako veľmi dobre zabezpečená a bezproblémová, treba sa ešte pozrieť na vekovú štruktúru týchto lekárov. Ako zobrazuje Graf 29, až 45% PL pre deti a dorast v roku 2013 bolo v Hl. m. Praha vo veku 60 a viac. Z tohto je možné jasne usúdiť, že tento obor by pri odchode lekárov v dôchodkovom veku v Prahe skolaboval, minimálne čo sa týka roku 2013.

Kým v Hl. m. Praha sa v sledovanom období počet PL pre deti a dorast zvyšoval, v Stredočeském kraji to bolo naopak. Ako už bolo spomenuté pri PL pre dospelých, tento kraj je ovplyvnený predovšetkým blízkosťou Prahy. Na jedného lekára tu dlhodobo pripadá nadpriemerne vysoký počet pacientov, a hoci sa tento počet medzi rokmi 2011 a 2013 takmer vôbec nezmenil, počet vyšetrení na jedného lekára poklesol o viac ako 200. Pokles je do určitej miery spôsobený regulačnými poplatkami, môže však aj signalizovať nižšiu potrebu využívania zdravotnej starostlivosti, čo je ale minimálne čiastočne v rozpore s faktom, že počet dispenzarizovaných ochorení u deti a dorastu v tomto kraji rastie. Aj v Stredočeském kraji sa prejavuje nepriaznivý demografický vývoj, v porovnaní s Prahou je však minimálne pomer o niečo prijateľnejší, čo je spôsobené už východiskovou situáciou v roku 2004. Samotný vývoj je však rovnako znepokojujúci, keďže sa podiel PL pre deti a dorast vo veku 60+ zvýšil z 11,5% v roku 2004, na 38% v roku 2013.

V Karlovarskom kraji sa medzi rokmi 2008 a 2013 počet úväzkov takmer vôbec nezmenil, avšak počet pacientov na jedného lekára sa značne zvýšil. Počet návštev na jedného lekára sa aj napriek tomu postupne znižoval, hoci sa počet dispenzarizovaných ochorení zvyšoval, kedy medzi rokmi 2004 a 2013 stúpol až o 75%. V tomto prípade by to mohlo znamenať, že sa zvyšuje počet pacientov, ktorí trpia naraz viacerými ochoreniami a tým by štatisticky lekár pri jednom vyšetrení ošetril naraz viac ochorení. Pri pohľade na Graf 29 je vidieť, že aj v tomto kraji sa medzi rokmi 2004 a 2013 značne zvýšil pomer starších lekárov, čo v pohraničných oblastiach vytvára zásadný problém, keďže sa tam mladí lekári príliš nehrnú.

Tabuľka 8: Priemerný ročný prepočítaný počet úväzkov praktických lekárov pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	246,81	230,31	127,68	105,3	62,75	163,9	85,59
2011	251,7	222,41	127,77	105,47	63,33	163,41	79,83
2013	259,32	219,96	124,04	99,3	62,02	158,5	81,11
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	115,47	99,47	105,35	221,12	136,02	112,71	240,14
2011	114,41	95,68	102,95	232,07	135,11	113,46	231,06
2013	116,62	94,68	104,5	238,55	130,9	109,71	226,13

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Tabuľka 9: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	835	971	976	959	897	1 014	1 006
2011	864	1 021	928	966	885	1 003	1 007
2013	882	1 023	935	1 000	966	1 020	995
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	948	996	981	927	907	984	1 019
2011	931	1 003	964	905	884	969	1 014
2013	930	1 036	947	900	876	955	989

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Tabuľka 10: Počet vyšetrení na jedného praktického lekára pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

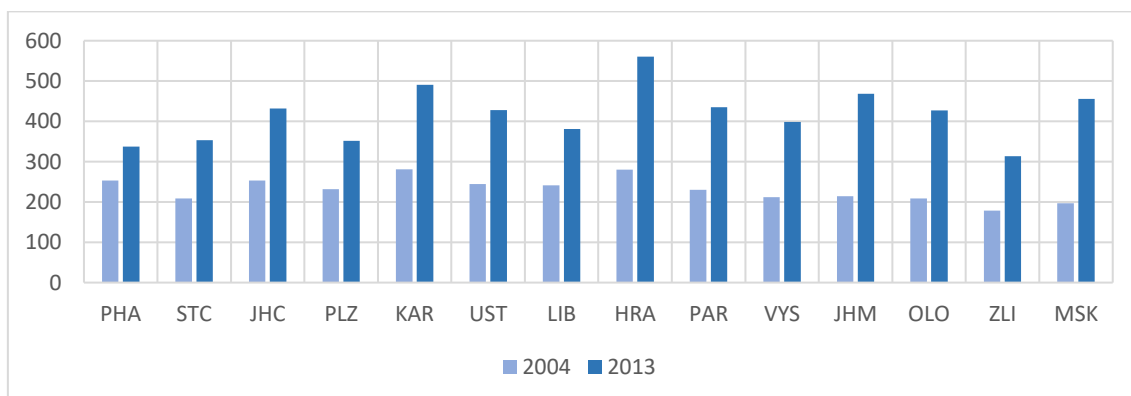
	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	5 419	5 729	6 523	5 775	5 452	6 407	6 378
2011	5 519	5 917	6 427	5 711	5 020	6 163	6 092
2013	5 358	5 709	6 008	5 515	4 968	5 762	5 845
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	5 590	6 074	5 911	6 090	5 775	5 803	6 188
2011	5 596	6 412	5 602	6 035	5 788	5 851	6 226
2013	5 175	6 150	5 400	5 630	5 334	5 317	5 688

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Jihočeský, Liberecký, Olomoucký, Zlínský, Moravskoslezský a Kraj Vysočina majú spoločné, že počet úväzkov bol v roku 2013 nižší než v roku 2008, ale rovnako bol nižší aj počet registrovaných pacientov na jedného lekára a počet návštev. Z tohto pohľadu by to znamenalo, že zníženie počtu úväzkov nevedlo k žiadnemu problému a nedostatku. Na druhú stranu pri pohľade na Graf 28 je vidieť značný nárast dispenzarizovaných ochorení vo všetkých krajoch, dokonca o viac ako 100% nárast sa jednalo v Olomouckom a Moravskoslezskom kraji. Pri náraste takýchto pacientov síce nemusí rásť počet návštev, avšak určite je potrebná dôkladná starostlivosť a dostatočne sa takýmto pacientom

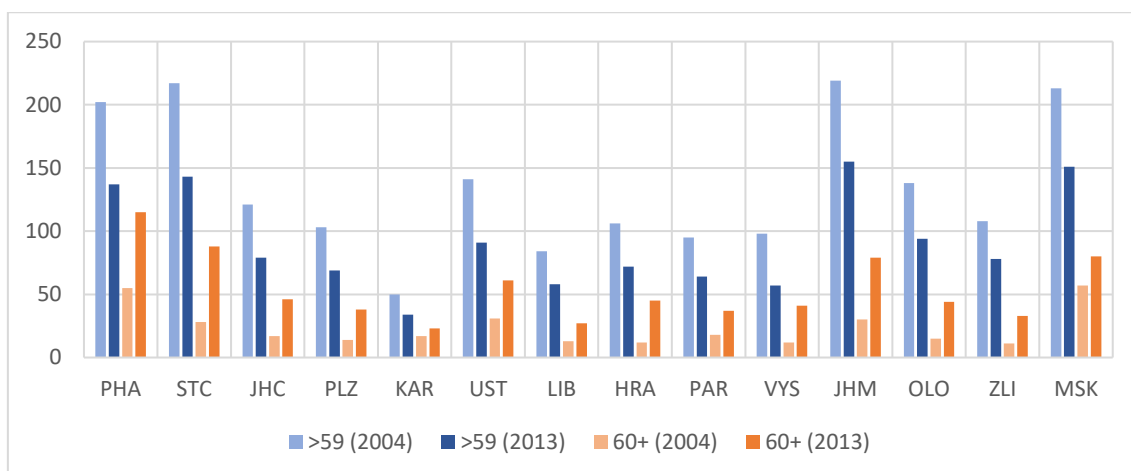
venovať, čiže sa môže zvyšovať časová náročnosť týchto vyšetrení. Kraj Vysočina a Jihočeský mali v roku 2013 približne rovnaký počet registrovaných pacientov na jedného lekára, počet návštev v Kraji Vysočina bol však výrazne nižší. Pri Jihočeskom kraji môže teda platiť to, čo už bolo popísané pri PL pre dospelých. Oba tieto kraje však mali už v roku 2013 vysoký podiel lekárov starších ako 60 rokov (JHC: 36,8%; VYS: 41,8%), čo je pri znižujúcom sa počte úväzkov značný problém. Naproti tomu Liberecký, Olomoucký a Zlínsky kraj mali podiel týchto lekárov približne 30%.

Graf 28: Počet dispenzarizovaných chorôb na 1 000 registrovaných pacientov u praktického lekára pre deti a dospelých v kraji ČR v rokoch 2004 a 2013



Zdroj: ÚZIS (2005b, 2014b), vlastné spracovanie

Graf 29: Veková štruktúra praktických lekárov pre deti a dospelých v kraji ČR v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)



Zdroj: ÚZIS (2005h, 2014h), vlastné spracovanie

V Plzeňském a Pardubickém kraji zas počet úväzkov klesol a počet registrovaných pacientov na jedného lekára sa výrazne zvýšil. Kým však v Plzeňském kraji v sledovaných rokoch počet návštev na jedného lekára klesal, v Pardubickém kraji

najskôr rástol a následne postupne klesal. Tento kraj mal v roku 2013 v rámci ČR najvyšší počet registrovaných pacientov a rovnako aj počet návštev na jedného lekára. Keď ho porovnáme so Stredočeským krajom, ktorý mal približne rovnaký počet pacientov na jedného lekára, tak kým v Stredočeském kraji vychádzalo na jedného pacienta 5,5 vyšetrení, v Pardubickém kraji to bolo 5,9 vyšetrení. V Pardubickom kraji však už v roku 2004 bol vyšší počet dispenzarizovaných pacientov, čo môže byť dôvodom vyššieho počtu návštev, a do roku 2013 sa ich počet zvýšil výraznejšie než v kraji Stredočeském.

V Jihomoravskom kraji sa v danom období podarilo počet úväzkov zvyšovať a pomerne úmerne k tomu znižovať počet registrovaných pacientov na jedného lekára a aj počet návštev. Keď však počet návštev na jedného lekára porovnáme napr. s Královéhradeckým krajom, ktorý má podobný počet pacientov na jedného lekára, tak v Jihomoravskom kraji bolo týchto návštev v roku 2013 podstatne viac. Kým totiž v Královéhradeckém kraji navštívil pacient PL pre deti a dospelých v priemere 5,5 krát, v prípade Jihomoravského kraja to bolo 6,2 krát. Dispenzarizovaných ochorení na 1 000 pacientov je značne vyšší počet v Královéhradeckém kraji než v kraji Jihomoravském. Vysvetlením rozdielu však môže byť vyšší počet pacientov s viacerými ochoreniami zároveň v Královéhradeckém kraji, čím by sa vysvetľoval nižší počet návštev, alebo horšia dostupnosť pacientov v Jihomoravském kraji k zdravotnej starostlivosti špecialistov, čím by viac využívali práve PL. V prípade veku lekárov sú kraje na tom približne podobne, kedy v roku 2013 v oboch tvorili lekári starší ako 60 rokov viac ako tretinu lekárov. Oba kraje majú výhodu v tom, že v nich sídlia lekárske fakulty a tak majú možnosť budúcich lekárov ešte počas štúdií motivovať a presvedčiť, aby aj po absolvovaní naďalej ostali v danom kraji.

Ako posledný ostáva Ústecký kraj, ktorý bol v danom období z pohľadu úväzkov a počtu pacientov na jedného lekára pozoruhodne stabilný, spomedzi všetkých krajov však vykazuje nadpriemerne vysoké hodnoty. Z daných ukazovateľov a rovnako nárastu dispenzarizovaných ochorení je značné vyššie zaťaženie lekárov a pri pohľade na vekové zloženie lekárov v tomto kraji, kedy 40% je starších než 60 rokov. Zvýšenie kapacít v tomto kraji by bolo potrebné už v sledovanom období, takže ak nedôjde k zvýšeniu predovšetkým lekármi v nižšom veku, pri postupnom odchádzaní lekárov do dôchodku sa bude už aj tak dosť veľká zaťaženosť lekárov ešte zvyšovať.

5.3.2.3 Praktickí lékaři – gynekologovia

Posledním lékařským oborom analyzovaným v rámci primární starostlivosti v tejto časti práce sú praktickí lékaři – gynekológovia. Ako je už popísané v časti 5.3.2, predovšetkým v medzinárodnom zrovnaní má ČR veľmi vysoké a nadpriemerné personálne kapacity v tomto obore. Nie všetky časti republiky však dosahujú také hodnoty a aj v tomto prípade sú badateľné regionálne rozdiely.

Viditeľne dominantná bola v tomto prípade v sledovanom období opäť Praha, so značne najvyšším počtom úväzkov, ale aj najnižším počtom registrovaných pacientiek na jedného lekára a počtom návštev. Po roku 2008 dochádzalo k znižovaniu úväzkov, avšak v roku 2013 sa ich podarilo dostať na úroveň roku 2008. Nepriek odbobnému počtu úväzkov v rokoch 2008 a 2013 je v týchto rokoch badateľný rozdiel v počte registrovaných pacientiek na jedného lekára čo znamená, že došlo celkovému zníženiu registrovaných pacientiek. Na druhú stranu tu však v roku 2013 praktickí lékaři gynekológovia prijali 16,2% zo všetkých tehotných žien v ČR. (ÚZIS, 2014b) Ako možno vidieť na Graf 30, počet žien s prekancerózou krčka maternice a zhubným nádorom prs na 10 000 obyvateľov v tomto kraji vykazujú dlhodobo nadpriemerné hodnoty. Môže to byť spôsobné lepšou dostupnosťou lekárov a možno aj väčšou zodpovednosťou pacientiek, ktoré chodia na preventívne prehliadky kedy sa ich ochorenia podarí odhaliť. V tomto kraji totiž navštívila každá pacientka daného lekára v priemere dvakrát, kým priemer ČR bol 1,6.

V Jihomoravském, Středočeském a Moravskoslezském kraji bol v roku 2013 k praktickým lekárom prijatý podobný počet tehotných pacientiek (JHM: 11 737; STC: 10 846; MSK: 11 748), počet lekárskeho úväzku sa však medzi kraji líšil. V Jihomoravském kraji bolo evidovaných 145,42 úväzkov s nárastom o 4,2% od roku 2008, v Středočeském kraji 138,11 úväzkov s nárastom o 1,3% a v Moravskoslezském kraji to bolo 172,21 úväzkov s nárastom o 9,9%. Nízky nárast v Středočeském kraji sa nezdá ako kritický, keďže z uvedených troch krajov vykazoval najnižšiu záťaž lekárov z pohľadu počtu registrovaných pacientiek a rovnako aj počtu vyšetrení. V Moravskoslezském kraji síce pripadá na jedného lekára vyšší počet pacientiek, avšak v Jihomoravském kraji značne viac ošetrení. Na Graf 30 je vidieť, že kým prípady zhubného nádoru prs boli v roku 2013 v oboch krajiach na podobnej úrovni, prípadov

prekancerózy krčka maternice vykazoval Jihomoravský kraj 132 na 10 000 žien, zatiaľ čo Moravskoslezský kraj 50,6.

Tabuľka 11: Priemerný ročný prepočítaný počet úväzkov praktických lekárov - gynekológov v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	250,39	136,27	79,76	65,29	37,2	105,78	42,65
2011	230,73	134,07	75,76	65,99	33,4	104,94	46,7
2013	251,1	138,11	74,42	67,97	34,6	108,6	45,3
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	60,53	46,09	52,76	138,87	90,1	61,11	156,6
2011	64,45	47,69	49,36	144,8	89,15	64,75	161,28
2013	67,76	48,3	53,57	145,42	87,82	64,77	172,21

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Tabuľka 12: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára - gynekológa v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	2 560	3 274	3 404	3 381	3 198	3 434	3 680
2011	2 510	3 158	3 272	3 464	3 181	3 214	3 487
2013	2 250	3 167	3 370	3 374	3 265	3 225	3 873
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	3 547	4 251	3 586	3 172	2 962	3 942	3 269
2011	3 363	3 691	3 993	3 150	3 017	3 651	3 327
2013	3 327	3 787	3 539	3 182	3 079	3 509	3 288

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Tabuľka 13: Počet vyšetrení na jedného praktického lekára - gynekológa v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)

	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB
2008	6 001	6 847	7 346	7 355	6 453	6 969	8 045
2011	5 516	6 426	6 962	7 030	6 432	6 251	8 103
2013	5 155	6 268	6 625	6 777	6 186	6 057	8 474
	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
2008	7 389	8 484	7 747	7 041	7 607	7 388	7 052
2011	6 847	7 406	7 249	6 482	7 270	6 142	6 770
2013	6 382	7 394	6 581	6 777	7 151	6 061	6 290

Zdroj: ÚZIS (2005b, 2009b, 2014b), vlastné spracovanie

Podobný počet úväzkov, ale predovšetkým registrovaných pacientiek na jedného lekára vykazovali v roku 2013 v Plzeňskom, Královéhradeckém a Jihočeském kraji, pričom v Jihočeském kraji, ako jedinom z nich, došlo v sledovanom období k poklesu úväzkov. Kým však v Jihočeském a Plzeňskom kraji pripadal v roku 2013 na jedného lekára podobný počet vyšetrení, v Královéhradeckém kraji to bolo značne menej. Pritom pri

pohľade na Graf 30 je vidieť, že najmenej príslušných ochorení sa vyskytuje v Jihočeskom kraji, pričom v Královéhradeckém kraji sú hodnoty, predovšetkým v rámci zhubného nádoru žien podstatne vyššie. Plzeňský kraj v rámci týchto troch krajov vykazoval najvyšší počet pacientiek na jedného lekára a aj počet vyšetrení, čo je pri úrovni daných ochorení opodstatnené, a preto môžu byť lekári v tomto kraji viac zaťažovaní.

V Karlovarskom kraji došlo v sledovanom období k poklesu úväzkov o 7%, keďže k poklesu pacientiek nedošlo, zvýšila sa záťaž lekárov počtom registrovaných pacientiek. Podobný počet pacientiek na jedného lekára ako Karlovarský kraj (3 265) v roku 2013 mal aj Ústecký kraj (3 225) a boli tak jemne nad celorepublikovým priemerom. V prípade vybraných ochorení boli v roku 2013 taktiež na podobnej úrovni, pričom v Karlovarskom kraji sa oproti roku 2004 výraznejšie zvýšili prípady zhubného nádoru prs, kým v Ústeckém kraji došlo k zvýšeniu prekancerózy krčka maternice.

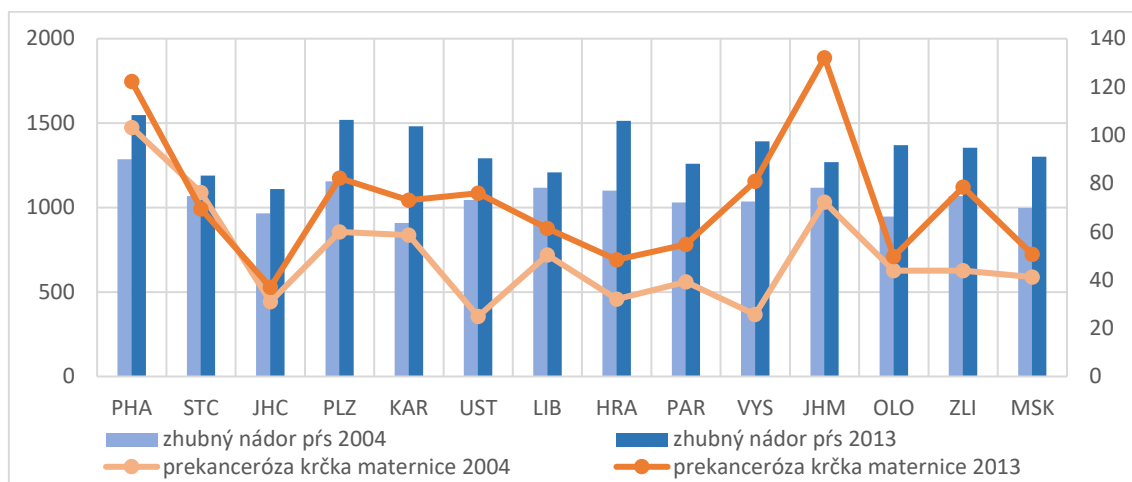
V Zlínskom kraji a Kraji Vysočina sa medzi rokmi 2008 a 2013 počet úväzkov nepatrne zvýšil. V roku 2013 v Kraji Vysočina pripadalo na jedného lekára 3 539 pacientiek a v Zlínskom kraji 3 509, avšak v Kraji Vysočina pripadal na jedného lekára značne vyšší počet vyšetrení (VYS: 6 581; ZLI: 6 061). Pritom počet vybraných ochorení na 10 000 žien je v oboch krajoch obdobný, čiže zvýšený počet v Kraji Vysočina môže byť spôsobený nadužívaním zdravotnej starostlivosti alebo zhoršenou dostupnosťou špecialistov.

Podobnú úroveň vybraných ochorení vykazovali v roku 2013 aj Pardubický a Liberecký kraj, pričom v rámci ČR išlo o podpriemerné až priemerné hodnoty. Kým počet registrovaných pacientiek na jedného lekára bol v týchto krajoch podobný (PAR: 3 787, LIB: 3 873), počet vyšetrení na jedného lekára sa značne líšil (PAR: 7 394, LIB: 8 474). V obidvoch ukazovateľoch vykazovali tieto kraje v roku 2013 najvyššie hodnoty v rámci ČR, čo svedčí o značnej záťaži lekárov v týchto krajoch, pričom v Libereckém kraji navštevujú pacientky gynekológa výrazne viac.

Hoci medzi rokmi 2008 a 2013 došlo v Olomouckém kraji k poklesu úväzkov o 2,6%, v roku 2013 pripadal na jedného lekára druhý najnižší počet registrovaných pacientiek na lekára v rámci ČR. Naproti tomu však čo sa počtu vyšetrení na jedného lekára týka mal daný kraj tretiu najvyššiu hodnotu. V priemere tu na jednu pacientku vychádzalo 2,19 vyšetrení, kým priemer ČR bol 2,03. Pri pohľade na vybrané ochorenia vidieť takmer

nezmenenú hodnotu prekancerózy krčka maternice v roku 2013 oproti roku 2004, avšak počet zhubných nádorov prs sa značne zvýšil. Zvýšený počet návštev lekára môže byť spôsobený aj tým, že v tomto kraji až 55,5% žien užívalo v roku 2013 antikoncepciu, pričom priemer ČR bol 46,1%. (ÚZIS, 2014b)

Graf 30: Počet žien s prekancerózou krčka maternice a zhubným nádorom prs na 10 000 žien v krajoch ČR v rokoch 2004 a 2013



Zdroj: ÚZIS (2005b, 2014b, 2005i, 2014i) vlastné spracovanie

5.4 Zhrnutie analýzy

V nasledujúcej časti práce sú zhrnuté zistené závery predchádzajúcej analýzy. Pre lepšiu prehľadnosť a jednoduchšiu orientáciu je táto časť rozdelená na tri menšie celky s obdobným pomenovaním ako tomu bolo v samotnej analýze.

5.4.1 Analýza vybraných ukazovateľov

Počet lekárov a rovnako aj lekárskeho úväzku v sledovaných rokoch rástol a keďže rýchlejšie rástol počet úväzkov než počet aktívnych lekárov vyplýva z toho, že lekári postupne v priemere pracovali na vyššie úväzky, pričom priemerný úväzok v roku 2013 bol 1,02. V medzinárodnom porovnaní disponuje ČR nadpriemerným počtom lekárov na 10 000 obyvateľov, avšak v rámci republiky dochádza k výrazným rozdielom medzi Prahou a ostatnými krajinami. V rámci analýzy pomeru jednotlivých pohlaví v povolani lekárov bol preukázaný zvyšujúci sa pomer žien, čo môže do budúcnosti spôsobovať problémy v oboroch kde prevažovali muži a rovnako v pomere aktívnych lekárov a počte úväzkov, kedy ženy na materskej dovolenke sa stávajú dočasne neaktívne alebo pracujú na výrazne kratší úväzok. Ďalším preukázaným problémom je nepriaznivý demografický

vývoj, kedy lekári výrazne starnú a prírastky v nižších vekových skupinách tvoria práve ženy, pričom môže opäť dochádzať k vyššie uvedenému problému. V časti zameranej na absolventov lekárske fakúlt a migráciu lekárov bolo poukázané na zvyšujúci sa pomer absolventov programu v anglickom jazyku na celkovom počte. Títo absolventi však kvôli jazykovej bariére nastupujú do českého systému len v obmedzenom množstve. Nie len absolventi, ale aj už pracujúci lekári každý rok opúšťajú ČR a rozhodnú sa pre prácu v zahraničí. Bolo preukázané, že najvyšší záujem o prácu v zahraničí bol po vstupe ČR do EÚ a počas protestnej akcie lekárov v roku 2010. V posledných troch rokoch však ich záujem postupne klesal. Do ČR však každý rok aj určitý počet lekárov prichádza a jedná sa predovšetkým o lekárov zo Slovenska, pričom sa v posledných rokoch výrazne zvyšuje počet lekárov z Ukrajiny. Niektorí lekári sa môžu taktiež po čase do ČR vracieť, to však nie je nijako overiteľné, keďže sa o nich nevedú žiadne štatistiky. Pri porovnaní počtu lekárov v jednotlivých vekových skupinách s hodnotami v nasledujúcej vekovej skupine o 5 rokov neskôr bolo zistené, že prírastky boli predovšetkým v nižších vekových skupinách, a práve tieto prírastky by mohli do určitej miery predstavovať vracajúcich sa lekárov a rovnako aj zahraničných lekárov.

5.4.2 Lekári lôžkovej starostlivosti

Príslušná časť analýzy bola zameraná na lekárov lôžkových častí nemocníc v ČR. Analýza preukázala stabilne sa znižujúcu záťaž lekárov z pohľadu počtu hospitalizácií na jedného lekára v rokoch 2004-2015. Bolo to spôsobené predovšetkým stabilne rastúcim trendom počtu lekárov, ale aj regulačným poplatkom za deň hospitalizácie hradeným v rokoch 2008-2014, ktorého efektom bolo výrazné zníženie počtu hospitalizácií, a rovnako aj zvýšený pokles ošetrovacej doby. Napriek postupnému znižovaniu daných ukazovateľov patrila ČR v roku 2015 ku krajinám OECD so značne nadpriemerným počtom hospitalizácií v pomere k počtu obyvateľov. V porovnaní s UK boli lekári v ČR viac zaťaženi počtom hospitalizácií, čo môže byť dôsledkom podstatne vyššieho počtu lôžok v pomere k obyvateľstvu v ČR. V piatich zo siedmich vybraných oborov bola záťaž lekárov počtom hospitalizácií v UK nižšia než v ČR, a rovnako v piatich oboroch vykazovali v UK kratšiu ošetrovaciu dobu. Vzhľadom k porovnaniu v rámci daných ukazovateľov je možné konštatovať, že aj napriek klesajúcemu trendu boli lekári v ČR v sledovanom období značne zaťaženi. Okrem navýšenia personálnych kapacít by však

bolo potrebné predovšetkým zlepšovať zdravotný status obyvateľstva, a tým eliminovať počet takých hospitalizácií, ktorým sa dá predchádzať.

5.4.3 Lekári ambulantnej starostlivosti

ČR dlhodobo dosahuje jednu z najvyšších návštevností lekárov v medzinárodnom porovnaní, čo môže byť do určitej miery spôsobené nedostatočnou prevenciou a zlou životosprávou populácie. V rámci sledovaného obdobia, ktoré bolo v tomto prípade v rokoch 2004-2013, sa počet návštev lekárov podarilo výrazne znížiť po zavedení príslušného regulačného poplatku v roku 2008. Analýza ukazuje, že kým u praktických lekárov počet klesal aj v ďalších rokoch, v prípade ambulantných špecialistov od roku 2009 rástol, čo však bolo zatiaľ kompenzované rastúcim trendom počtu týchto lekárov. Ak daný trend pokračoval aj v ďalších rokoch, je nevyhnutné naďalej zvyšovať počty špecialistov, prípadne alokovať určitú prácu na primárnych lekárov. Z medzinárodného porovnania vyťaženia lekárov počtom vyšetrení a návštev je možné konštatovať, že lekári v ČR boli v sledovanom období podstatne viac zaťažení.

V sledovanom období v prípade PL pre dospelých počet registrovaných pacientov na jedného lekára v ČR osciloval okolo odporúčaného počtu 1 600, v porovnaní s UK a USA však ČR vykazovala vyššie hodnoty. Pri analyzovaní regionálnych rozdielov bolo poukázané, že iba štyri kraje dosahovali hodnotu nižšiu než je odporúčaná, čiže z tohto pohľadu v drvivej väčšine krajov dochádzalo k nedostatku lekárov. Keď sa však pozrieme na vybrané ukazovatele, ktorými boli okrem počtu úväzkov a počtu registrovaných pacientov na jedného lekára aj počet vyšetrení na jedného lekára a miera vybraných ochorení, zistenia nie sú také dramatické. Na základe analýzy možno konštatovať, že navýšenie personálnych kapacít PL pre dospelých by bolo kvôli vysokému počtu registrovaných pacientov a vyšetrení na jedného lekára a aj vysokej miere chronických pacientov potrebné v Stredočeském, Ústeckém, Pardubickém a Libereckém kraji. Na druhú stranu Olomoucký kraj a Hl. m. Praha disponovali značne vyšším počtom lekárov, ktorý neodpovedal zvýšenej návštevnosti a ani chronickým pacientom, keďže v oboch krajoch dosahovali podpriemerné hodnoty. V Zlínskom a Jihočeském kraji pripadal na jedného lekára počet pacientov nižší ako 1 600, avšak zvýšená miera lekárov bola opodstatnená nadpriemerne vysokou mierou chronických pacientov. Naproti tomu Kraj Vysočina dosahoval rovnaký počet pacientov na jedného lekára ako Ústecký kraj, počet vyšetrení bol však výrazne nižší, čo dokazuje, že

odporúčaný počet registrovaných pacientov na jedného lekára nie je ako ukazovateľ zaťaženia lekára vypovedajúci.

Analýza s obdobnými ukazovateľmi bola prevedená aj v rámci PL pre deti a dospelých. Ako nedostatočné personálne zabezpečenie oboru možno označiť situáciu v Moravskoslezskom a Ústeckom kraji, kde boli všetky skúmané ukazovatele nadpriemerné a taktiež v Pardubickom kraji, kde boli lekári najviac zaťažení počtom pacientov a počtom vyšetrení v rámci celej ČR. V prípade Královéhradeckého a Karlovarského kraja sa ukázalo, že aj napriek najvyššej miere dispenzarizovaných ochorení a počtu pacientov boli lekári v týchto krajoch najmenej zaťažení počtom vyšetrení.

Posledným oborom v rámci praktických lekárov skúmaným v tejto práci bola gynekológia. Priemerná návštevnosť na jednu pacientku býva u tohto lekára výrazne nižšia než u predchádzajúcich, čo odráža možnosť väčšieho počtu pacientiek na jedného lekára. Z pohľadu počtu pacientiek a počtu návštev na jedného lekára boli na tom značne nepriaznivo Pardubický a Liberecký kraj. V Libereckom kraji v roku 2013 vykonal lekár v priemere o 64% viac vyšetrení než lekár v Hl. m. Praha. Navýšenie lekárskeho úväzku by bolo rovnako žiaduce v Kraji Vysočina a Zlínskom kraji, kde okrem vysokého počtu pacientiek a počtu ošetrení bola miera skúmaných ochorení v rámci ČR nadpriemerná. Hl. m. Praha disponovala najnižším počtom pacientiek a vyšetrení na jedného lekára, avšak miera vybraných ochorení bola výrazne nadpriemerná. Na druhú stranu v Olomouckom kraji pripadal na jedného lekára druhý najnižší počet pacientiek na lekára, počet návštev bol však tretí najvyšší, pričom miera vybraných ochorení je podpriemerná.

6 Predikcia a odporúčania

V predchádzajúcej kapitole boli analyzované vybrané parametre spojené s personálnymi kapacitami lekárov v ČR. V nadväznosti na danú analýzu sa ponúkajú určité možnosti daného vývoja do ďalších rokov, a preto je v tejto časti predstavená možná predikcia a rovnako aj odporúčania.

6.1 Možná predikcia

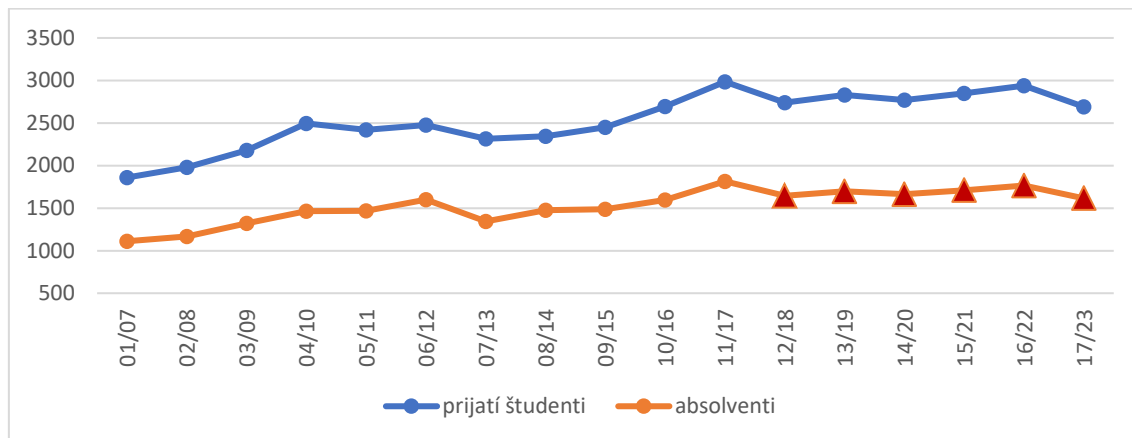
Časť 5.1.5 bola venovaná absolventom lekárskeho fakúlt, ktorí sú každoročne nevyhnutní pre zdravotný systém. Bolo analyzované ich zloženie a rovnako poukázané na ich rastúci trend, ktorý prebieha od poklesu v roku 2013. Vývoj absolventov je ešte raz znázornený aj v tejto časti na

Graf 31, a to z dôvodu možnej predikcie vývoja v nasledujúcich rokoch. Graf znázorňuje prijatých študentov v určitom roku a následne je tento počet porovnaný s hodnotou absolventov o 6 rokov (čo predstavuje dĺžku štúdia). Pri takomto porovnaní ročníkov 2001/2007 až 2011/2017 vychádza, že približne 60% študentov prijatých na LF v určitom roku o 6 rokov štúdium ukončí. Znamená to, že počet absolventov na nasledujúcich 6 rokov sa dá celkom spoľahlivo určiť práve na základe počtu prijatých študentov. Z grafu je teda vidieť, že počet absolventov mal v roku 2018 medziročne poklesnúť o 10%. Od roku 2018 do roku 2022 by však mal byť vývoj relatívne stabilný s najnižšou hodnotou približne 1640 v roku 2018 až po hodnotu 1760 v roku 2022. Podľa daných prepočtov a vzhľadom k poklesu prijatých študentov v roku 2017, by malo dôjsť k poklesu aj v roku 2023. Keďže v roku 2018 vyčlenila vláda finančné prostriedky na navýšenie kapacít lekárskeho fakúlt so zvýšením prijímaných študentov o 15%, toto opatrenie by malo napomôcť k opäť rastúcemu trendu. (MZ ČR, 2018a) Efekt daného opatrenia sa však ukáže so značným časovým oneskorením.

Jedným z najaktuálnejších problémov, nie len českého zdravotníctva, je šíriaca sa epidémia osýpok. Počet nakazených ľudí od roku 2017 rapídne stúpa a dôvodom je znižujúca sa preočkovanosť populácie. Hranica udávajúca kolektívnu imunitu je v tomto prípade 95%, pričom ČR sa túto hranicu darilo dlhodobo udržiavať. Medzi rokmi 2007-2017 však táto hodnota poklesla z 98% na 83,5%, čo sa odráža na zvyšujúcom sa počte nakazených pacientov. Kým v roku 2016 bolo v ČR evidovaných 7 prípadov nákazy,

v roku 2017 to bolo 146, v roku 2018 už 207 a k 21.3.2019 až 326 pacientov. (MZ ČR, 2019)

Graf 31: Predikcia vývoja počtu absolventov do roku 2023



Zdroj: MŠMT ČR (2019a), vlastné spracovanie / vlastné výpočty

V súvislosti s týmto infekčným ochorením a prácou lekára nastáva niekoľko problémov. V prvom rade si takto nakazení pacienti vyžadujú patričnú zdravotnú starostlivosť a pri ďalšom náraste ich počtu bude nevyhnutné nie len rozširovať priestorové kapacity, ale rovnako aj tie personálne. Ako už bolo uvedené v časti 5.2.2, v roku 2015 bol v ČR lekár infekčného oddelenia až 3násobne viac zaťažený, čo sa počtu hospitalizácii týka, než lekár v UK. Znamená to, že ak bude pretrvávajúť rastúci trend daného ochorenia, prípadne aj iných, tak bude nie len dôležité, ale priam nevyhnutné zabezpečiť dostatočný počet lekárov špecializovaných na infekčné lekárstvo. Ďalším problémom je nedostatočná ochrana samotných lekárov kedy dochádza aj k ich nakazeniu. Z takéhoto dôvodu musela byť napr. uzatvorená časť urgentného príjmu Fakultní nemocnice Motol v apríli 2018 alebo obmedzená prevádzka kardiochirurgie Fakultní nemocnice v Ostravě v apríli 2019. (MZ ČR, 2018b; ČT24, 2019a) Podľa údajov MZ ČR bolo v roku 2018 dovezených 45 prípadov nákazy osýpkami, z čoho 32 bolo z Ukrajiny. (MZ ČR, 2019) V časti 5.1.5 bolo poukázané na jasne sa zvyšujúci počet zahraničných lekárov v ČR, z čoho značnú časť tvoria práve lekári z Ukrajiny.

Rovnako veľmi aktuálna, aj keď nie úplne spájaná so zdravotníctvom, je situácia okolo tzv. Brexitu. Jedným z bodov, ktoré sa musia medzi Spojeným kráľovstvom a EÚ stanoviť a dohodnúť je uznávanie odborných kvalifikácií, medzi ktoré sa práve radia aj tie lekárske. Podľa ČLK v roku 2015 pracovalo v UK 1 266 českých lekárov (pre

porovnanie v Nemecku: 1 014; v Rakúsku: 106), čo je značné množstvo. (Kubek, 2018) V prípade scenára, ktorý by neumožňoval automatické uznanie kvalifikácie, ako to je v rámci EÚ, môže dôjsť k poklesu odchodu českých lekárov, keďže podmienky ich uznania by sa im skomplikovali. Mohlo by teda dôjsť k zníženiu počtu českých lekárov, ktorí odchádzajú do zahraničia. Samozrejme, že môžu odísť do inej krajiny, avšak za predpokladu jazykovej bariéry, kedy daní lekári ovládajú iba anglický jazyk, sú ich možnosti v rámci EÚ značne obmedzené.

6.2 Odporúčania

V časti 5.1.3 bol preukázaný zvyšujúci sa pomer žien v povolání lekára a z toho plynúce možné ohrozenie odborov, kde prevládali muži predovšetkým kvôli zvýšenej fyzickej námahe. V týchto oboroch by preto do budúcnosti mohol nastať zásadný problém. Bolo by preto vhodné pomocou dôkladnej analýzy zistiť dôvody poklesu zastúpenia mužov v tomto povolaní a venovať im pozornosť. Taktiež by bola vhodná určitá podpora a program pre matky lekárek, kedy by sa im napr. prispôsobila výška pracovného úväzku.

Ako bolo predložené v časti 5.1.5, počet zahraničných lekárov v ČR sa zvyšuje. Okrem lekárov zo Slovenska je zrejmy nárast hlavne lekárov z Ukrajiny. Záujem ukrajinských lekárov je však niekoľkonásobne vyšší, keďže iba zlomok z nich úspešne vykoná aprobačnú skúšku. Títo lekári môžu v ČR pracovať na určité obdobie aj bez uznania odbornej spôsobilosti, vzniká však riziko kvality zdravotnej starostlivosti, keďže nie je overená ich odbornosť. Napr. namiesto projektov ako je „Projekt Ukrajina“ by sa mohli vytvoriť programy, ktoré by umožňovali a zjednodušili záujemcom z Ukrajiny priamo vyštudovať v ČR. Takýmto spôsobom by bola zaistená kvalita ich štúdia. Študovať by museli pochopiteľne v českom jazyku, pričom by mohli mať napr. k dispozícii nultý ročník, kedy by sa zameriavali iba na samotný český jazyk.

Od roku 2009 počet vyšetrení u praktických lekárov klesal, u špecialistov však začal rásť, ako bolo preukázané v časti 5.3.1.2. V tomto prípade by bola vhodná určitá forma regulácie, nenechávať pacientov prúdiť systémom ako sa sami rozhodnú, ale využiť napr. „gatekeeping“. Rovnako by sa mali posilniť kompetencie a možnosti liečby a vyšetrení zo strany praktických lekárov.

Pri analýze praktických lekárov v krajinách ČR v časti 5.3.2 boli preukázané výrazné rozdiely predovšetkým v počte registrovaných pacientov na jedného lekára. Keďže sa

jedná o priemerné počty v rámci jednotlivých krajov môžeme sa domnievať, že v mestách je tento počet nižší a vo vidieckych oblastiach zas vyšší. V ČR sa pravidelne robia podporné programy, ktoré majú dostať mladých praktických lekárov práve do takýchto častí. Väčšinou sa jedná o finančnú motiváciu alebo zvýhodnené bývanie. Prieskum medzi praktickými lekármi do 35 rokov v roku 2018 však ukázal, že mladých lekárov by pre prácu na vidieku presvedčila kvalifikovaná práca pre partnera alebo prístup k dobrému vzdelaniu pre ich deti. (ČT24, 2018) Preto by zdravotné poisťovne, MZ ČR alebo samotné regióny mali zvážiť vytvorenie programu v rámci ktorého by sa zamerali práve na takéto motivačné prvky.

Z prevedenej analýzy taktiež vyplynulo, že ľudia v ČR nevenujú dostatočnú pozornosť prevencii, ktorá by následne mohla znižovať počet návštev lekárov a tým ich pracovnú záťaž. Preto by bolo žiadúce zefektívniť prevenčné programy a motivovať ľudí k lepšej starostlivosti o svoje zdravie. Jednoznačne treba venovať viac pozornosti aj už spomínanej klesajúcej preočkovanosti obyvateľov ČR. Ponúkajú sa napr. opatrenia ako dokladať očkovací preukaz pri nástupe do práce alebo pri prijatí na vysokú školu. Vyššia miera prevencie a osvedy by sa mohla preniesť aj do lekární, kde by farmaceuti boli schopní vykonať nejaký základný monitoring, ako sa napr. už deje v prípade pľúcnych ochorení. (Alliance Healthcare, 2018) Pri zistení problému sú následne zaslaní na vyšetrenie k lekárovi. Takýto spôsob môže byť veľmi prijateľný aj pre samotných pacientov, ktorí sa môžu cítiť menej vystresovaní, než pri návšteve lekára.

Záver

Čím je spoločnosť vyspelejšia, tým väčší tlak a nároky vyvíja na kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti. S rozširujúcou sa globalizáciou a s ňou súvisiacou migráciou, ale aj s nepriaznivým demografickým vývojom, kedy populácia starne, sa vo viacerých krajinách čím ďalej tým viac skloňujú pojmy ako „personálna kríza v zdravotníctve“ alebo „nedostatok lekárov“, ČR nevynímajúc. Cieľom tejto diplomovej práce bolo zistiť, či bol v rokoch 2004-2017 v ČR nedostatok lekárov, a to so zameraním na jednotlivé kraje a vybrané lekárske obory. Sekundárnymi cieľmi práce bolo identifikovať problémy na trhu práce lekárov v ČR z pohľadu personálnych kapacít vyplývajúce z uskutočnenej analýzy a ponúknuť možnú predikciu vybraných ukazovateľov a aj možné riešenia či odporúčania.

V teoretickej časti práce boli vymedzené základné pojmy spojené s trhom zdravotnej starostlivosti a následne aj samotný dopyt a ponuka po zdravotnej starostlivosti z hľadiska ekonomickej teórie. V druhej kapitole boli predstavené modely financovania a rovnako i mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti. Tretia kapitola bola zameraná na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ČR vrátane definovania jej základných typov, popisu siete zdravotníckych zariadení v ČR a taktiež regulačných poplatkov, ktoré sa v minulosti za jej poskytovanie hradili. V štvrtej kapitole bol predstavený právny rámec, definujúci a upravujúci podmienky výkonu lekárskeho povolania na území ČR.

Analytická časť bola rozdelená na tri hlavné celky, pričom prvá bola zameraná na analýzu personálnych kapacít lekárov v ČR na základe vybraných parametrov. Druhá časť sa venovala lekárom lôžkovej starostlivosti v nemocniciach a tretia analyzovala lekárov ambulantnej starostlivosti s dôrazom na praktických lekárov v krajoch ČR. Na splnenie hlavného cieľa tejto práce boli v posledných dvoch častiach analyzované personálne kapacity lekárov pomocou ukazovateľov, ktoré odrážajú ich vyťaženosť.

Analýza preukázala, že aj napriek rastúcemu trendu počtu lekárov a lekárskeho úväzku v ČR dochádzalo k určitým problémom v rámci personálnych kapacít lekárov, ktoré sa môžu do budúcnosti ešte viac prehĺbovať. Postupne sa totiž mení pomer mužov a žien v tomto povolaní. V roku 2013 tvorili ženy 56,3%. S ich nárastom následne stúpa pomer dočasne neaktívnych lekárov, predovšetkým z dôvodu materskej a rodičovskej dovolenky. Nárast žien medzi lekármi môže spôsobovať personálne problémy v oboroch,

v ktorých prevládajú muži, čo však v sledovanom období preukázané nebolo. Jediný pokles, ktorý medzi mužskými obormi nastal v rámci chirurgie, bol dostatočne kompenzovaný nárastom počtu žien. Demografický vývoj lekárov bol v sledovanom období výrazne nepriaznivý a ich priemerný vek sústavne rástol. Pre zmiernenie takéhoto vývoja sú nevyhnutní absolventi lekárskeho fakúlt. Ich počet bol v roku 2017 výrazne vyšší než v roku 2004, avšak počas sledovaného obdobia stúpol pomer absolventov programu v anglickom jazyku, ktorí v ČR zostávajú len v malom množstve. Do zahraničia odchádzajú aj českí lekári, ich počet však od roku 2015 klesá. Od rovnakého roku navyše výrazne vzrástol počet zahraničných lekárov v ČR.

V rámci časti zameranej na lekárov lôžkovej starostlivosti v nemocniciach sa preukázalo znižovanie záťaže lekárov z pohľadu počtu hospitalizácií a ošetrovacej doby, na čo mal veľký vplyv regulačný poplatok, ktorý sa hradil v rokoch 2008-2014. V porovnaní so záťažou lekárov v UK boli aj napriek tomu lekári v ČR vyťažení viac, pričom išlo o tak významné obory ako chirurgia alebo gynekológia a pôrodníctvo. Zvýšená záťaž lekárov je zapríčinená vysokým počtom hospitalizácií. V tomto aspekte patrí ČR k nadpriemeru spomedzi krajín OECD, čo je spôsobené tiež horšou životosprávou populácie, ktorej zlepšením by sa dalo určitým hospitalizáciám predchádzať.

Taktiež v prípade ambulantných lekárov sa priemerný počet ošetrení v sledovanom období znižoval, pričom najväčší pokles bol zaznamenaný po zavedení regulačných poplatkov. Napriek danému poklesu ČR v roku 2015 vykazovala jedny z najvyšších hodnôt ako počtu návštev lekára na jedného pacienta, tak i počtu vyšetrení na jedného lekára spomedzi krajín OECD. Príčinou môže byť nízka prevencia obyvateľov ČR. Pri skúmaní praktických lekárov a ambulantných špecialistov oddelene bolo preukázané, že počet vyšetrení u praktických lekárov sa sústavne znižoval, na druhej strane počet návštev ambulantných špecialistov od roku 2009 rástol. Možno predpokladať, že namiesto využívania primárneho lekára začala časť pacientov navštevovať priamo špecialistu, čo opäť zvyšuje ich pracovnú vyťaženosť.

Značná časť práce sa sústredila na samotných praktických lekárov so zameraním na ich alokáciu v jednotlivých krajinách ČR. Ako odporúčaný počet pacientov na jedného praktického lekára sa uvádza 1 600, ale v príslušnej analýze bolo zdôraznené, že takéto odporúčanie bez prepojenia s inými ukazovateľmi nie je veľmi vypovedajúce a pracovné vyťaženie lekárov odzrkadľuje iba do určitej miery. Z analýzy vyplynulo, že hoci sú v ČR

kraje, kde toto odporúčanie splňajú, lekári v nich môžu byť i napriek tomu zaťažení viac. Dôvodom môže byť rôzna miera návštevnosti lekára v závislosti na jeho dostupnosti, resp. dostupnosti špecialistov. Časté návštevy lekárov sú v niektorých krajoch ovplyvnené taktiež vysokou mierou ochorení. V analýze bolo zistené, že v rámci primárnej starostlivosti bol na tom najhoršie Pardubický kraj, ktorý vykazoval zvýšenú záťaž vo všetkých oboroch praktického lekárstva. Stredočeský kraj vykazuje vysoký počet pacientov na jedného lekára a aj zvýšenú mieru ochorení, avšak počet návštev je podstatne nižší, keďže pacienti z tohto kraja do značnej miery využívajú služby lekárov v Hl. m. Praha. Podľa uskutočnenej analýzy by bolo potrebné navýšiť personálne kapacity praktických lekárov pre dospelých ešte v Ústeckém a Libereckém kraji, v prípade lekárov pre deti a dorast v Moravskoslezskom a Ústeckém kraji a praktických lekárov- gynekológov v Libereckém, Zlínskom a Kraji Vysočina.

U predikcie bolo poukázané na vývoj počtu absolventov v najbližších rokoch, ale aj epidémiu osýpok, ktorá zvyšuje počet hospitalizácií, vyťaženie infekčných oddelení a navyše ohrozuje aj samotných lekárov. Veľmi aktuálnou témou je Brexit, kedy je otázne následne nastavenie uznávania odborných kvalifikácií. V prípade ich sprísnenia by mohol klesnúť počet lekárov, ktorí z ČR odchádzajú. Už v sledovanom období sa preukázalo výrazné vyťaženie lekárov a ich nedostatok v niektorých oboroch a krajoch. V súvislosti s demografickým vývojom je možné predpokladať ešte väčší dopyt po zdravotníckych službách. ČR by sa mala zamerať na motivačné faktory, ktoré sú pre lekárov pri voľbe miesta práce dôležité, ako napr. kvalifikovaná práca pre ich partnera či možnosti spoločenského života. Okrem potrebného zvyšovania počtu lekárov je však potrebné klásť väčší dôraz na preventívne opatrenia a pestovať v ľuďoch zodpovednosť za vlastné zdravie.

Cieľom diplomovej práce bolo zistiť, či bol v rokoch 2004-2017 v ČR nedostatok lekárov, a to aj s dôrazom na jednotlivé kraje a vybrané lekárske obory. Daný cieľ možno označiť za splnený, i keď v obmedzenom rozsahu. Podarilo sa preukázať nedostatok lekárov v ČR, avšak kvôli nedostupnosti príslušných dát boli niektoré časti analýzy aplikované na kratšie obdobie. Práca taktiež v niektorých častiach porovnáva ukazovatele, ktoré boli získané rozdielnou metodikou, preto sa od seba odlišujú. V takom prípade však bolo vždy cieľom poukázať na trend a nie na samotnú hodnotu. V analýze došlo k identifikácii problémov v súvislosti s personálnymi kapacitami lekárov, k

predikcii vybraných ukazovateľov a k vysloveniu odporúčaní, čím boli dosiahnuté dielčie ciele tejto práce.

Diplomová práca priniesla komplexný pohľad na personálne kapacity lekárov v ČR a s ním súvisiace problémy. Práve komplexnosť práce bránila ešte hlbšiemu rozboru. Analýza by však mohla byť prevedená detailnejšie a to napr. so zameraním iba na praktických lekárov alebo ambulantných špecialistov. Ako prínosné sa javí skúmanie a zistenie príčin zvyšujúceho sa pomeru žien, resp. znižujúci sa pomer mužov v povolání lekára.

Zoznam obrázkov, tabuliek a grafov

Obrázky

Obrázok 1: Produkčná funkcia zdravia	5
Obrázok 2: Ukážka štruktúry DRG kódu v rámci systému CZ-DRG	15

Tabuľky

Tabuľka 1: Zdravotnícke zariadenia a lôžka v ČR v rokoch 2004 a 2017	19
Tabuľka 2: Počet lekárov podľa pohlavia a podľa ich hlavného oboru v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)	35
Tabuľka 3: Pomer v rámci jednotlivých vekových skupín v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)	38
Tabuľka 4: Porovnanie vekových skupín lekárov s hodnotami o 5 rokov neskôr (TYP X)	44
Tabuľka 5: Priemerný ročný prepočítaný počet úväzkov praktických lekárov pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	61
Tabuľka 6: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	61
Tabuľka 7: Počet vyšetrení na jedného praktického lekára pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	61
Tabuľka 8: Priemerný ročný prepočítaný počet úväzkov praktických lekárov pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	68
Tabuľka 9: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	68
Tabuľka 10: Počet vyšetrení na jedného praktického lekára pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	68
Tabuľka 11: Priemerný ročný prepočítaný počet úväzkov praktických lekárov - gynekológov v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	72
Tabuľka 12: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára - gynekológa v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	72
Tabuľka 13: Počet vyšetrení na jedného praktického lekára - gynekológa v krajoch ČR v rokoch 2004, 2008 a 2013 (TYP Z)	72

Grafy

Graf 1: Evidovaný počet lekárov v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP X).....	26
Graf 2: Evidovaný počet lekárov na 10 000 obyvateľov v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP X).....	26
Graf 3: Počet lekárov (prepočítaný počet) v rokoch 2004-2017 a medziročné zmeny (TYP Y).....	28
Graf 4: Počet lekárov (prepočítaný počet) v ČR na 10 000 obyvateľov v rokoch 2004-2017 a medziročné zmeny (TYP Y)	28
Graf 5: Počet lekárov (prepočítaný počet) v jednotlivých krajoch v ČR v rokoch 2004, 2010 a 2017 (TYP Y)	30
Graf 6: Počet lekárov (prepočítaný počet) na 10 000 obyvateľov v jednotlivých krajoch ČR v rokoch 2004, 2010 a 2017 (TYP Y).....	30
Graf 7: Počet lekárov v ČR v rokoch 2004-2013 podľa pohlavia (TYP X).....	34
Graf 8: Pomer mužov a žien vo vybraných oboroch v roku 2013 (TYP X).....	34
Graf 9: Priemerný vek lekárov v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP X)	37
Graf 10: Veková štruktúra lekárov v ČR v rokoch 2004 a 2013 (TYP X).....	37
Graf 11: Počet absolventov oboru všeobecné lekárstvo v ČR v rokoch 2004-2017	39
Graf 12: Počet lekárov žiadajúcich o potvrdenie o nečlenstve v ČLK v rokoch 2009-2017 a počet žiadostí o certifikát profesnej bezúhonnosti v rokoch 2002-2017	41
Graf 13: Lekári prijatí do ČLK v rokoch 2005-2017	41
Graf 14: Počet hospitalizácií na 10 000 obyvateľov a priemerná ošetrovacía doba (v dňoch) v ČR v rokoch 2004-2017	46
Graf 15: Počet lekárov (prepočítaný počet) v rámci lôžkovej časti nemocníc a priemerný počet hospitalizácií na jedného lekára (TYP Y).....	46
Graf 16: Počet hospitalizácií na jedného lekára (prepočítaný počet) v rámci daného oboru v nemocničnej starostlivosti v ČR v rokoch 2004-2015 (I.) (TYP Y)	50
Graf 17: Počet hospitalizácií na jedného lekára (prepočítaný počet) vo vybraných oboroch v ČR a v UK v roku 2015 (TYP Y).....	50
Graf 18: Priemerná ošetrovacía doba na vybraných oddeleniach nemocníc v ČR a UK v roku 2015.....	50
Graf 19: Podiel ľudí starších ako 65 rokov zaočkovaných proti chrípke vo vybraných krajinách v rokoch 2005 a 2015	53

Graf 20: Pomer obyvateľov nad 15 rokov, ktorí každý deň jedia zeleninu a ovocie vo vybraných krajinách v roku 2014	53
Graf 21: Počet ošetrení na jedného ambulantného lekára (prepočítaný počet) v rokoch 2005-2013 (TP Y).....	56
Graf 22: Počet návštev (konzultácií) na 1 lekára vo vybraných krajinách v roku 2013.	57
Graf 23: Počet ambulantných lekárov (prepočítaný počet) v rokoch 2005-2013 (TYP Y)	57
Graf 24: Počet vyšetrení ambulantných lekárov v rokoch 2005-2013	57
Graf 25: Počet registrovaných pacientov na jedného praktického lekára v ČR v rokoch 2004-2013 (TYP Z)	60
Graf 26: Počet pacientov s chronickými chorobami na 1 000 registrovaných pacientov sledovaných praktickým lekárom pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004/2009 a 2013	65
Graf 27: Veková štruktúra praktických lekárov pre dospelých v krajoch ČR v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)	65
Graf 28: Počet dispenzarizovaných chorôb na 1 000 registrovaných pacientov u praktického lekára pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004 a 2013.....	69
Graf 29: Veková štruktúra praktických lekárov pre deti a dorast v krajoch ČR v rokoch 2004 a 2013 (TYP X)	69
Graf 30: Počet žien s prekancerózou krčka maternice a zhubným nádorom prs na 10 000 žien v krajoch ČR v rokoch 2004 a 2013	74
Graf 31: Predikcia vývoja počtu absolventov do roku 2023	79

Použitá literatura

2. LF UK. *Charles University among the Worlds Top Two Hundreds for Medicine*. In: *lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. 2018-03-05 [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/en/faculty/press-and-media/faculty-in-the-media/charles-university-among-the-worlds-top-two-hundreds>

ALLIANCE HEALTHCARE. *Změření „plicního věku“ v lékárně může být prvním krokem k diagnostice časného stadia CHOPN*. In: *Národní screeningové centrum* [online]. 2018-08-06 [vid. 2019-05-08]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=30>

ARROW, Kenneth J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. *The American Economic Review* [online]. 1963, vol. 53, no. 5, s. 941-973 [vid. 2019-02-16]. Dostupné z: https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

AVENIER. *Chřipka*. In: *Avenier* [online]. 2019 [vid. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.ockovacentrum.cz/cz/chripka>

BALÍK, Peter. *Financovanie zdravotníctva – spôsoby a mechanizmy financovania*. In: *HPI* [online]. 2013-11-07 [vid. 2019-02-24]. Dostupné z: <http://www.hpi.sk/2013/11/financovanie-zdravotnictva-sposoby-a-mechanizmy-financovania/>

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

BARTUŇKOVÁ, Markéta. *Personální kapacity v českém zdravotnictví. Dostupné personální kapacity jako determinant hospitalizační péče* [online]. 2018 [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/bartunkova-99537.pdf

BAIRD, Beccy a kol. *Understanding pressures in general practice* [online]. 2016 [vid. 2019-04-04]. Dostupné z: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf

BOSTOCK, Nick. *Exclusive: Huge variation in GP-patient ratio across England revealed*. In: *GPonline* [online]. 2014-12-22 [vid. 2019-04-30]. Dostupné z:

<https://www.gponline.com/exclusive-huge-variation-gp-patient-ratio-across-england-revealed/article/1327390>

COUNTY HEALTH RANKINGS & ROADMAPS. *Primary care physicians*. In: *County Health Rankings & Roadmaps* [online]. 2019 [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: <http://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model/health-factors/clinical-care/access-to-care/primary-care-physicians>

ČSÚ. *Obyvatelstvo*. In: *Český statistický úřad* [online]. Vygenerované 10.03.2019 09:54:28 [vid. 2019-03-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide

ČSÚ. *Stav a pohyb obyvatelstva v ČR – 4. čtvrtletí 2013*. In: *Český statistický úřad* [online]. 2014-03-21 [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/stav-a-pohyb-obyvatelstva-v-cr-4-ctvrtleti-2013-yhgi1jfksk>

ČT24. *Lékaři ze zahraničí nezvládají náročné testy, ministerstvo chystá změny*. In: ČT24 [online]. 2018-06-09 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2505109-lekari-ze-zahranici-nezvladaji-testy-ministerstvo-chysta-zmeny>

ČT24. *Německý úřad práce otevřel v Plzni českou pobočku*. In: ČT24 [online]. 2012-05-02 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2505109-lekari-ze-zahranici-nezvladaji-testy-ministerstvo-chysta-zmeny>

ČT24. *Na ostravské kardiochirurgii je už devět případů spalniček*. In: ČT24 [online]. 2019-05-02 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/2803202-na-ostravske-kardiochirurgii-je-uz-sest-potvrzenych-pripadu-spalnicek>

ČTK. *Lékaři na protest zavřeli ordinace*. In: *Týden.cz* [online]. 2007-02-14 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/lekari-na-protest-zavreli-ordinace_3313.html

ČVS ČLS JEP. *Očkování v ČR*. In: *Česká vakcinologická společnost ČLS JEP* [online]. 2019 [vid. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, 228s. ISBN 978-802-4509-983.

EUROSTAT. *Overweight and obesity – BMI statistics*. In: *Eurostat* [online]. 2019-02-12 [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

FOLLAND, Sherman, GOODMAN, Allen a STANO, Miron. *The economics of health and health care*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2013. ISBN 978-0-13-277369-0. Dostupné z: http://www.ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/Daneshkadaha/dbehdasht/modiryat_khatamat_behdashti/kotob_farsi/The_economics_of_health_and_health_care-_Sherman_Folland.pdf

GMEINDER, Michael, MORGAN, David a MUELLER, Michael. *How much do OECD countries spend on prevention?. OECD Health Working Papers, No. 101* [online]. 2017 [vid. 2019-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/f19e803c-en>

GROSSMAN, Michael. *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. The Journal of Political Economy* [online]. 1972, vol. 80, no. 2, s. 223-255 [vid. 2019-02-16]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/e656/466bba4f898ad560498998639eb147f62396.pdf>

HAVLOVÁ, Květa. *Před pěti lety skončila protestní akce lékařů Děkujeme, odcházíme*. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2016-02-16 [vid. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/pred-peti-lety-skoncila-protestni-akce-lekaru-dekujeme-odchazime-481280>

JANSOVÁ, Lenka. *Kdo nahradí stárnoucí lékaře na venkově?. In: Radiožurnál* [online]. 2009-09-14 [vid. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://www.neural.org.uk/assets/pdfs/neuro-numbers-2019.pdf>

KOŽENÝ, Pavel. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada, 2010, 206s. ISBN 978-80-247-2701-1.

KUBEK, Milan. *Zdravotnictví – demografická katastrofa* [online]. 2018 [vid. 2019-04-12]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/kubek-99539.pdf

KUVÍKOVÁ, Helena, MURGAŠ, Milan a NEMEC, Juraj. *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix . 1995, 110s. ISBN 80-900563-1-8.

KUVÍKOVÁ, Helena., MURGAŠ, Milan. a NEMEC, Juraj. *Manažment zdravotníctva*. Banská Bystrica: Trian, 1998. ISBN 80-967730-2-X.

LF OU. *Historie Lékařské fakulty Ostravské univerzity*. In: *Lékařská fakulta Ostravské univerzity* [online]. 2018-02-01 [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://lf.osu.cz/historie-fakulty/>

MACEIRA, Daniel. *Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries* [online]. 1998 [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://www.phrplus.org/Pubs/m2wp2.pdf>

MAŠEK, Petr a kol. *Problémy s funkčností a optimalizací systému úhrad akutní lůžkové péče – projekt DRG Restart* [online]. 2015 [vid. 2019-04-04]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/24539178-Problemy-s-funkcnosti-a-optimalizaci-systemu-uhrad-akutni-luzkove-pece-projekt-drg-restart-petr-masek-a-tym-drg-restart.html>

MCCARTHY, Mary. *Sustainable general practice: looking across Europe*. *British Journal of General Practice* [online]. 2016, vol. 66(642), s. 36 [vid. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4684014/pdf/bjgpjan-2016-66-642-36.pdf>

MILLS, Anne a GILSON, Lucy. *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. *HEFP working paper 01/88, LSHTM* [online]. 1988 [vid. 2019-02-16]. Dostupné z: http://cphs.huph.edu.vn/uploads/tainguyen/sachvabaocao/First_Modiriat2.pdf

MPSV. *V květnu se zcela otevře pracovní trh v Němesku a Rakousku*. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2011-04-19 [vid. 2019-03-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/10710>

MŠMT ČR. *Přehled nově zapsaných, studentů a absolventů*. In: *MŠMT odbor školské statistiky, analýz a informační strategie* [online]. 2019a [vid. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://krakatau.uiv.cz/statistikyvs/bilance.aspx>

MZ ČR. *Druhy zdravotní péče*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2012-10-31 [vid. 2019-02-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

MZ ČR. *FN Motol omezí provoz urgentního příjmu. Pacienti budou přesměrováni do ostatních pražských nemocnic*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2018b-04-20

[vid. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/fn-motol-omezi-provoz-urgentniho-prijmupacienti-budou-presmerovani-do-ostatnic_15334_1.html

MZ ČR. *Informace k Pilotnímu projektu „Zvláštní postupy pro vysoce kvalifikované zaměstnance z Ukrajiny“*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2017a-03-02 [vid. 2019-03-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/informace-k-pilotnimu-projektu-%E2%80%9Ezvlastni-postupy-pro-vysoce-kvalifikovane-zamest_13497_952_3.html

MZ ČR. *Novela zákona zlepší podmínky postgraduálního vzdělávání lékařů*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2017b-01-31 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-zakona-zlepsi-podminky-postgradualniho-vzdelavani-lekaru_13351_3692_1.html

MZ ČR. *Rizika onemocnění spalničkami a možnosti prevence*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2019-04-08 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/rizika-onemocneni-spalnickami-a-moznosti-prevence_17081_4011_5.html

MZ ČR. *Ve Sbírce zákonů vyšla vyhláška o vzdělávání lékařů v základních kmenech*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2018c-10-11 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-vyhlaska-o-vzdelavani-lekaru-v%C2%A0zakladnich-kmenech_16109_3801_1.html

MZ ČR. *Vláda vyčlení na řešení nedostatku lékařů téměř 7 miliard korun*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2018a-09-04 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-vycleni-na-reseni-nedostatku-lekaru-temer-7-miliard-korun_15959_1.html

MZ ČR. *Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2013-12-12 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-_8532_2778_1.html

MZ ČR. *Zdravotní pojišťovny*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2014-07-02 [vid. 2019-02-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada, 2008, 240s. ISBN 978-80-247-2628-1.

NHS. *Hospital Admitted Patient Care Activity, 2015-2016*. In: NHS Digital [online]. 2016-11-09 [2019-04-26]. Dostupné z: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-admitted-patient-care-activity/2015-16>

NHS. *NHS Workforce Statistics – October 2015, Provisional statistics*. In: NHS Digital [online]. 2016-01-22 [2019-04-26]. Dostupné z: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-workforce-statistics/nhs-workforce-statistics-october-2015-provisional-statistics>

OECD. *Health at a Glance 2005-2017* [online]. 2005-2017a. [vid. 2019-03-20]. ISSN: 19991312. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/19991312>

ONDRUŠ, Peter. *Svetové zdravotnícké systémy v čase globalizácie*. Banská Bystrica: PRO, 2014. ISBN 978-80-89057-47-4.

PFEIFEROVÁ, Mária. *Jihočeský kraj a VZP budou řešit nedostatek lékařů*. In: *iRozhlas* [online]. 2014-08-15 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.irozhlas.cz/node/5945043>

REKTOŘÍK, Jaroslav a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. EKOPRESS, 2007. ISBN 978-80-86929-29-3.

STROHMAIEROVÁ, Andrea. *Karlovarský kraj láka lékaře na stipendia i náborové příspěvky*. In: *Český Rozhlas* [online]. 2011-10-05 [vid. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://vary.rozhlas.cz/karlovarsky-kraj-laka-lekare-na-stipendia-i-naborove-prispevky-6816302>

THE NEUROLOGICAL ALLIANCE. *Neuro Numbers 2019*. In: *County Health Rankings & Roadmaps* [online]. 2019 [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://www.neural.org.uk/assets/pdfs/neuro-numbers-2019.pdf>

THE WORLD BANK. Physicians (per 1,000 people). In: *The World Bank* [online]. 2019 [vid. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2013&locations=EU&start=2004&view=chart>

ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech 2004-2013*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2005-2014b. [vid. 2019-03-20]. ISSN: 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>

ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní 2017*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018d. [vid. 2019-03-20]. ISSN: 1210-8731, (0862-5654). Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

ÚZIS. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2004-2017*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2005-2018c. [vid. 2019-03-20]. ISSN: 1214-9888 (1211-8230). Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lekari-zubni-lekari-farmaceuti>

ÚZIS ČR. *Novotvary 2004, 2013*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2005, 2014i. [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/novotvary>

ÚZIS ČR. *Personální kapacity lékařů v rezortu zdravotnictví – predikce potřeb* [online]. 2015j [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/34488778-Personalni-kapacity-lekaru-v-rezortu-zdravotnictvi-predikce-potreb.html>

ÚZIS ČR. *Ročenky 2004-2013*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2005-2014h. [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/rocenky>

ÚZIS ČR. *Rodička a novorozenec 2005, 2015*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2006, 2016e. [vid. 2019-03-20]. ISSN: 1213-2683. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>

ÚZIS ČR. *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé za období 2007–2017*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018g. [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-prakticky-lekar-pro-dospele-za-obdobi-2007-2017>

ÚZIS ČR. *Stručný přehled činnosti oboru chirurgie za období 2007–2017*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018f. [vid. 2019-03-20]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-chirurgie-za-obdobi-2007-2017>

ÚZIS ČR. *Struktura systému CZ-DRG*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2019 [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://drg.uzis.cz/klasifikace-pripadu/web/klasifikacni-system/>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2004-2017*. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2005-2018a. [vid. 2019-03-20]. ISSN: 1210-9991, (0514-2431). Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>

Ústavní zákon č. 551/1991 Sb., Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

VLÁDA ČR. Výroční zpráva o drogách: Míra užívání alkoholu, tabáku a konopí zůstává vysoká, mezi Čechy došlo k nárůstu rizikového užívání. In: *Vláda ČR* [online]. 2017-12-12 [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/vyrocní-zprava-o-drogach-mira-uzivani-alkoholu--tabaku-a-konopi-zustava-vysoka--mezi-cechy-doslo-k-narustu-rizikoveho-uzivani-162221/>

Vyhláška 286/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/899-vyhlaska-c-286-2013-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-185-2009-sb.pdf>

Vyhláška 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/900-vyhlaska185-2009-361-2010.pdf>

VZP. *Informace pro plátce*. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. 2019a [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace>

VZP. *Regulační poplatky*. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. 2019b [vid. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace>

WAGSTAFF, Adam. *Social health insurance vs. tax-financed health systems - evidence from the OECD. Policy Research working paper no. WPS 4821* [online]. 2009 [vid. 2019-02-20]. Dostupné z:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/545121468028868365/Social-health-insurance-vs-tax-financed-health-systems-evidence-from-the-OECD>

WHO. *Health equity*. In: *World Health Organization* [online]. 2019 [vid. 2019-02-20]. Dostupné z: https://www.who.int/topics/health_equity/en/

WHO. *Preamble to the Constitution of World Health Organization* [online]. 1946-07-22 [vid. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

WHO. *Provider payment mechanisms*. In: *World Health Organization* [online]. 2019 [vid. 2019-03-02]. Dostupné z: https://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/payment-mechanisms/en/

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákon č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>

Zákon č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551>

Zákon č. 67/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 1998-04-22. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-67>

Prílohy

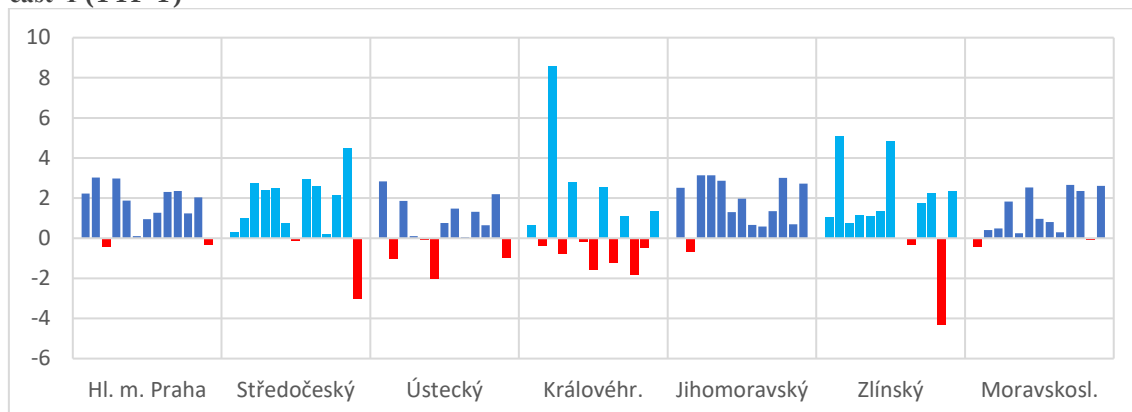
Príloha 1 – Špecializačné obory a dĺžka ich vzdelávania

Špecializačný obor	Minimálna dĺžka vzdelávania
1. alergologie a klinická imunologie	4,5
2. anesteziologie a intenzivní medicína	4,5
3. cévní chirurgie	5
4. dětská a dorostová psychiatrie	4,5
5. dětská chirurgie	5
6. dětská neurologie	4,5
7. dermatovenerologie	4,5
8. endokrinologie a diabetologie	5
9. gastroenterologie	5
10. geriatrie	4
11. gynekologie a porodnictví	4,5
12. hematologie a transfúzní lékařství	4,5
13. hygiena a epidemiologie	4
14. chirurgie	5
15. infekční lékařství	4
16. kardiochirurgie	6
17. kardiologie	5
18. klinická biochemie	4,5
19. klinická onkologie	5
20. radiační onkologie	5
21. lékařská genetika	4
22. lékařská mikrobiologie	4,5
23. maxilofaciální chirurgie	5
24. nefrologie	5
25. neurochirurgie	6
26. neurologie	4,5
27. nukleární medicína	4
28. oftalmologie	4,5
29. ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	5
30. otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	4,5
31. patologie	4,5
32. pediatrie	4,5
33. plastická chirurgie	5
34. pneumologie a ftizeologie	4
35. psychiatrie	4,5
36. radiologie a zobrazovací metody	4,5
37. rehabilitační a fyzikální medicína	4
38. revmatologie	5
39. soudní lékařství	4,5
40. urgentní medicína	5
41. urologie	5
42. vnitřní lékařství	5
43. všeobecné praktické lékařství	3

Zdroj: Zákon č. 67/2017 Sb.

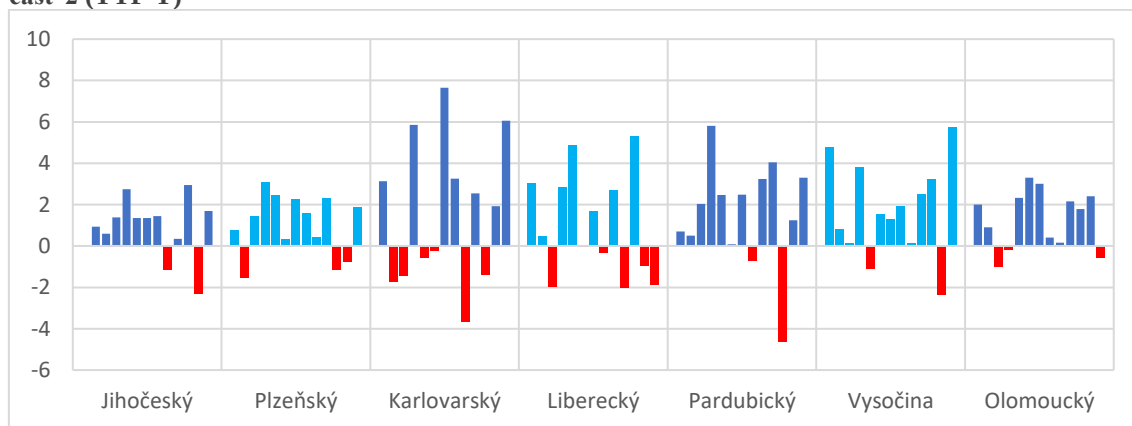
Príloha 2 – Medziročné zmeny počtu úväzkov lekárov v krajoch ČR

Graf : Medziročná zmena počtu úväzkov lekárov v rokoch 2005-2017 vo vybraných krajoch (%) – časť 1 (TYP Y)



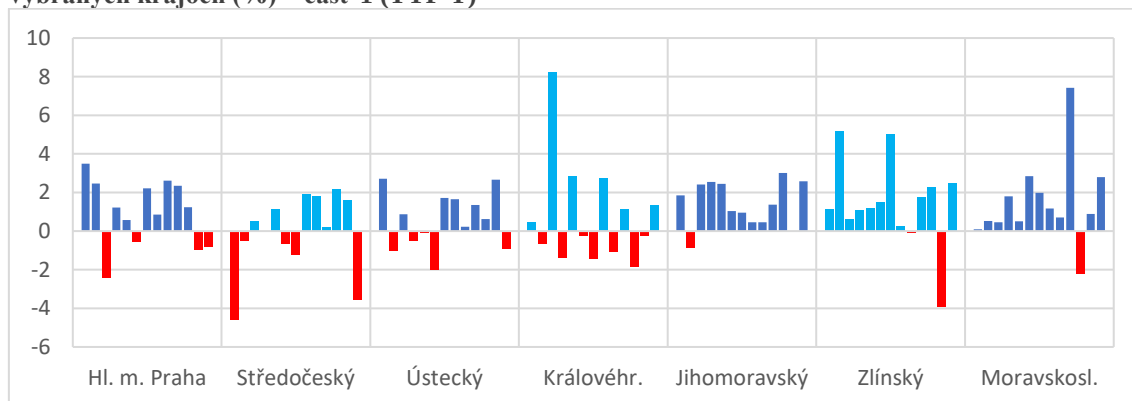
Zdroj: ÚZIS (2005-2018a), vlastné výpočty

Graf: Medziročná zmena počtu úväzkov lekárov v rokoch 2005-2017 vo vybraných krajoch (%) – časť 2 (TYP Y)



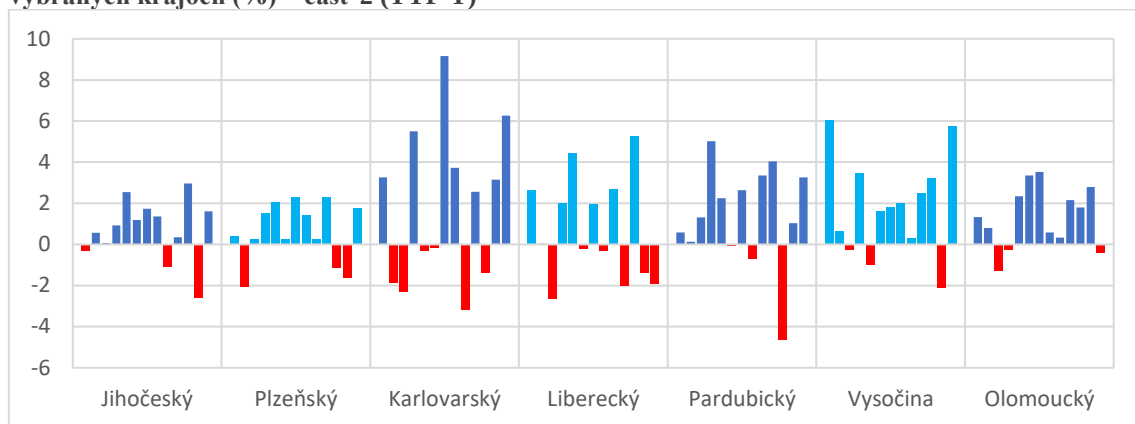
Zdroj: ÚZIS (2005-2018a), vlastné výpočty

Graf: Medziročná zmena počtu úväzkov lekárov na 10 000 obyvateľov v rokoch 2005-2017 vo vybraných krajoch (%) – časť 1 (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005-2018a), vlastné výpočty

Graf: Medziročná zmena počtu úväzkov lekárov na 10 000 obyvateľov v rokoch 2005-2017 vo vybraných krajinách (%) – časť 2 (TYP Y)



Zdroj: ÚZIS (2005-2018a), vlastné výpočty

Príloha 3 – Emailová komunikácia s ČLK

Přehled přijatých lékařů v letech 2005 - 2018							
Rok	celkem přijato lékařů	z toho					
		st. př. SR	LF SR	jiná státní příslušnost	zahraniční LF		
2005	1351	273	216	57	24	8x Ukrajina 7x Ruská federace 6x Polsko 3x Jordánsko, Palestina 2x Bělorusko, Benin, Írán 1x Bulharsko, Řecko, Ázerbájdžán, Peru, Ghana, Portugalsko, Yemen, Francie, Moldávie, Bolívie, Indie, Libanon, Nový Zéland, Kuvajt, Pákistán, Írák, Anglie, Bahrajn	6x Ruská federace 6x Ukrajina 4x Polsko 1x Yemen, Francie, Moldávie
2006	1182	243	149	37	13	6x Ukrajina 5x Ruská federace, Yemen 3x Německo 2x Palestina, Jordánsko, USA, Indie, Řecko 1x Bahrain, Kypr, Kanada, Švédsko, Sýrie, Bělorusko, Nigérie, Írán	5x Ukrajina 3x Německo 2x Ruská federace 1x Rakousko, Estonsko, Bělorusko
2007	1221	269	121	41	21	6x Ruská federace 6x Yemen 3x Bělorusko, Ukrajina, Írán 2x Německo, Kypr, Polsko 1x Řecko, USA, Írák, Arménie, Makedonie, Indie, Sýrie, Gruzie, Jordánsko, Israel, Uzbekistán, Francie, Švýcarsko, Libanon	8x Ruská federace 3x Ukrajina 2x Německo, Bělorusko, Polsko 1x Damašek, Rakousko, Gruzie, Uzbekistán
2008	1132	229	60	41	20	6x Ruská federace 4x Ukrajina, Kypr 2x Libanon, Keňa, Uzbekistán, Sýrie, Palestina 1x Bosna a Hercegovina, Yemen, Israel, Albánie, Tanzanie, Albánie, Sierra Leone, Bulharsko, Azebajdžán, Kyrgistán, Jordánsko, Indie, Řecko, Kazachstán, Uganda, Benin, Portugalsko	6x Ruská federace 4x Ukrajina 2x Německo, Uzbekistán 1x Bosna a Hercegovina, Sýrie, Kazachstán, Bulharsko, Indie, Kyrgistán
2009	1295	189	63	59	33	12x Ukrajina 9x Ruská federace 5x Polsko, Israel 3x Palestina 2x Lybie, Kypr 1x Rakousko, Srí Lanka, Bulharsko, Moldávie, Makedonie, Itálie, Německo, Bělorusko, Řecko, Mauritánie, Indie, Peru, Sýrie, Yemen, Libanon, Mongolsko, Kolumbie, Maledivy, Kazachstán, Chorvatsko, Nigérie	12x Ukrajina 8x Ruská federace 5x Polsko 2x Bulharsko, Kazachstán 1x Itálie, Bělorusko, Rakousko, Srbsko
2010	1219	184	57	55	45	24x Ukrajina 4x Ruská federace, Uzbekistán 3x Palestina 2x Německo, Makedonie 1x Bosna a Hercegovina, Indonésie, Kyrgistán, Nigérie, Bělorusko, Sýrie, Írák, Peru, Keňa, Řecko, USA, Kuwajt, Polsko, Egypt, Albánie, Yemen	22x Ukrajina 4x Uzbekistán 3x Ruská federace 2x Tádžikistán, Německo 1x Bosna a Hercegovina, Írák, Bělorusko, Makedonie, Rakousko, Indonésie, Bulharsko, Kyrgistán, Polsko, Egypt, Yemen, Arménie

2011	1343	283	113	67	18x Ukrajina 12x Ruská federace 4x Bulharsko, Israel, Bělorusko 2x Polsko, Kazachstán, Jordánsko, Vietnam, Uzbekistán, Kypr 1x Kongo, Nepál, Bahrajn, Saúdská Arábie, Čína, Moldávie, Portugalsko, Egypt, Kyrgistán, Libanon, Německo, Velká Británie, Řecko	45	18x Ukrajina 9x Ruská federace 4x Bulharsko, Bělorusko 2x Polsko, Kazachstán 1x Německo, Uzbekistán, Rumunsko, Švýcarsko, Kyrgistán, Moldávie,
2012	1413	273	125	96	43x Ukrajina 21x Ruská federace 2x Portugalsko, Uganda, Srbsko, Israel, Bělorusko, Ázerbájdžán, Bulharsko 1x Benin, Súdán, Německo, Korejská rep., Írán, Jordánsko, Maďarsko, Kypr, Libanon, Kanada, Sýrie, Indie, Etiopie, Keňa, Kyrgistán, Palestina, Botswana, Malajsie	67	38x Ukrajina 18x Ruská federace 2x Bulharsko, Bělorusko, 1x Moldávie, Rumunsko, Kazachstán, Mongolsko Maďarsko, Ázerbájdžán
2013	1294	256	124	116	50x Ukrajina 23x Ruská federace 5x Bělorusko 4x Sýrie, Uzbekistán, Jordánsko 3x Řecko, Palestina (Israel) 2x Bulharsko, Taiwan, Bosna a Hercegovina, Nigérie 1x Rumunsko, Kanada, Ghana, Rwanda, Vietnam, Portugalsko, Německo, Indie, Eritrea, Keňa, Polsko Malta	92	47x Ukrajina 23x Ruská federace 4x Uzbekistán, Bělorusko 3x Polsko 2x Bulharsko, Rumunsko, 1x Ázerbájdžán, Rakousko, Rumunsko, Malta, Bosna a Herc. Německo,
2014	1382	293	149	103	28x Ukrajina 24x Ruská federace 7x Bělorusko 4x Israel (z toho 1x Palestina) 3x Ghana, Jordánsko, Bulharsko 2x Vietnam, Polsko, Švédsko, Sýrie, Indie 1x Kyrgistán, Kypr, Chorvatsko, Řecko, Tanzánie, Írán, Maďarsko, Angola, Srbsko, Súdán, Litva, Keňa, Namibie, Německo, Portugalsko, Mongolsko, Gruzie, Kazachstán, Jemen, Etiopie, Uzbekistán	80	31x Ukrajina 26x Ruská federace 5x Bělorusko 4x Polsko 3x Sýrie 2x Bulharsko, Švédsko 1x Rumunsko, Gruzie, Německo, Afgánistán, Jugoslávie, Kyrgistán Srbsko,
2015	1363	284	150	116	58x Ukrajina 27x Ruská federace 8x Bělorusko 4x Kazachstán, Portugalsko 3x Maďarsko 2x Uzbekistán 1x Litva, Indie, Kypr, Ghana, Japonsko, Gruzie, Vietnam, Bulharsko, Afgánistán, Norsko	102	61x Ukrajina 23x Ruská federace 5x Bělorusko 3x Kazachstán 2x Uzbekistán 1x Německo, Litva, Sýrie, Gruzie, Mongolsko, Polsko, Afgánistán, Nizozemí
2016	1581	291	131	154	88x Ukrajina 24x Ruská federace 8x Bělorusko 4x Kazachstán, Polsko 3x Ghana 2x Itálie, Israel, Palestina, Sýrie, Indie, Rakousko, Maďarsko, Uzbekistán 1x Libanon, Německo, Jemen, Makedonie, Moldávie, Jordánsko, Guinea	129	89x Ukrajina 24x Ruská federace 4x Kazachstán 3x Bělorusko, Polsko 2x Rumunsko 1x Afgánistán, Itálie, Chile, Uzbekistán
2017	1682	337	135	221	138x Ukrajina 29x Ruská federace 5x Bělorusko, Botswana 3x Polsko, Israel, Německo, Velká Británie, Libanon 2x Keňa, Kazachstán, Bulharsko, Etiopie 1x Lybie, Kyrgistán, Bosna a Herc., Maďarsko, Írán, Rakousko, Ázerbájdžán, Portugalsko, Bolívie, Francie, Mongolsko, Albánie, Rumunsko, Egypt, Benin, Sýrie, Kongo, Jemen, Brazílie, Uzbekistán, Kypr	181	133x Ukrajina 26x Ruská federace 4x Bělorusko, Polsko 2x Bulharsko, Kazachstán 1x Německo, Maďarsko, Rakousko, Ázerbájdžán, Uzbekistán, Egypt, Mongolsko Bolívie, Bosna a Herc., Kyrgistán,
2018	1633	320	124	164	106x Ukrajina 10x Ruská federace 6x Polsko 4x Israel 3x Ázerbájdžán, Indie, Kazachstán 2x Kamerun, Jordánsko, Botswana, Itálie, Vietnam, Jemen, Keňa 1x Srbsko, Uzbekistán, Venezuela, Paraguay, Řecko, Mauricius, Ghana, Kypr, Albánie, Bělorusko, Libanon, Kolumbie, Ekvádor, Srí Lanka, Portugalsko	128	103x Ukrajina 8x Ruská federace 6x Polsko 2x Kazachstán, Rumunsko 1x Ázerbájdžán, Uzbekistán, Bulharsko, Velká Británie Itálie, Indie, Kolumbie

Diplomová práce

foreign@clkcr.cz <foreign@clkcr.cz>

25. marca 2019, 14:01

Komu: Eliška Matlaková <e.matlakova@gmail.com>

Kópia (Cc): Hana Kuchyňová <bezuhoonnost@clkcr.cz>, Romana Vlčková <registr@clkcr.cz>

Dobrý den,

Váš dotaz předávám kolegyni pí H. Kuchyňové z ČLK Olomouc, která má agendu na starosti a odd. centrálního registru ČLK. Vzhledem k tomu, že kolegyně není tento týden v kanceláři, odpověď očekávejte nejdříve v průběhu příštího týdne.

Za zahraniční odd. ČLK Vám mohu pouze sdělit údaje o počtu žadatelů o vystavení [Potvrzení o nečlenství v ČLK](#). Toto potvrzení se vystavuje na písemnou žádost lékařům - nečlenům ČLK, kteří vystudovali v ČR, ale nejsou a nikdy nebyli členy ČLK. Toto potvrzení nejčastěji žádají čerství absolventi studia na lékařské fakultě, kteří odcházejí za prací do zahraničí popř. lékaři, kteří nikdy nevykonávali lékařskou praxi na území ČR.

Počet žádajících lékařů o Potvrzení o nečlenství v ČLK v letech 2009 – 2017:

2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
152	180	209	199	193	207	169	131	62

** Počet žádajících lékařů o vystavení potvrzení o nečlenství v ČLK v letech 2005-2008 není k dispozici.*

Vystavování potvrzení o nečlenství v ČLK, ve formátu jako se vystavuje dnes, započal až rokem 2009.

S pozdravem,

Ivana Vašková

Zahraniční odd.

Česká lékařská komora

[Lékařská 2](#)

[150 00 Praha 5](#)

Tel: +420 234 760 702

Mob.: +420 777 941 701

Fax: +420 257 220 618

diplomová práce

bezuhomnost@ciker.cz <bezuhomnost@ciker.cz>
Kornu: Eliška Matláková <e.matlakova@gmail.com>

9. apríla 2019, 9:56

Dobrý den,

po dovolené jsem měla spousty dohánění, takže se ozývám až nyní.

Zde poskytnu tabulku vydaných prof. bezuhomností a k uvedeným šlům vydaných certifikátů uvádím následující:

- vydaný certifikát neznamená 100%, že lékař odešel za prací do zahraničí, je zde jen velká pravděpodobnost (není, jak tuto informaci získat, platnost certifikátu je uznávána pouze 3 měsíce, může si tedy zažádat i vícekrát, než se mu podaří někde zaregistrovat a lékař nemusí ani ukončovat činnost v ČLK, mohou zůstat i nadále členy, i když nepracují v ČR a také někteří lékaři, co v minulosti odešli za prací do zahraničí, už jsou zase zpět v ČR)
- lékař neuvedl, kam (do které země) odchází pracovat, nejvíce vydávám certifikáty v angličtině, pak němčině, francouzštině a potom v ostatních jazycích

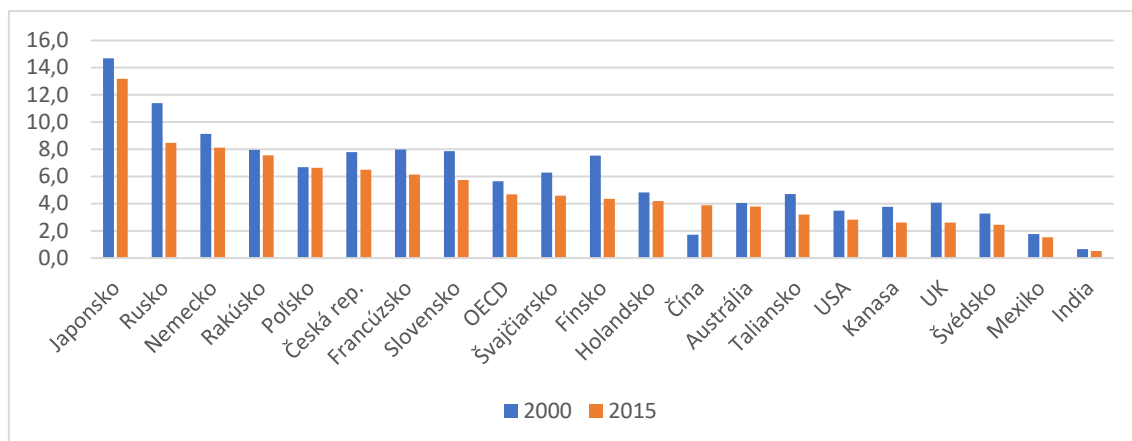
počty	rok	2019**	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
počet žadajících lékařů o certifikát prof. bezuhomnosti		67	236	227	298	354	361	330	339	501	557	272	263	339	348	467	472	87	15

Druhý dotaz na zahraniční lékaře v ČR – nespecifikujete dle čeho mám filtrovat, možnosti jsou dle státní příslušnosti (pak ale mohou studovat i na našich fakultách) anebo dle země, kde vystudovali a pak přišli pracovat k nám. Asi mi přijde pro vaše potřeby vhodnější dle st. příslušnosti (protože např. spousty Slováků studují u nás) a do jaké časové hloubky máte o údaje zájem? Já tyto údaje vedu od roku 2005 (po vstupu do EU).

S pozdravem

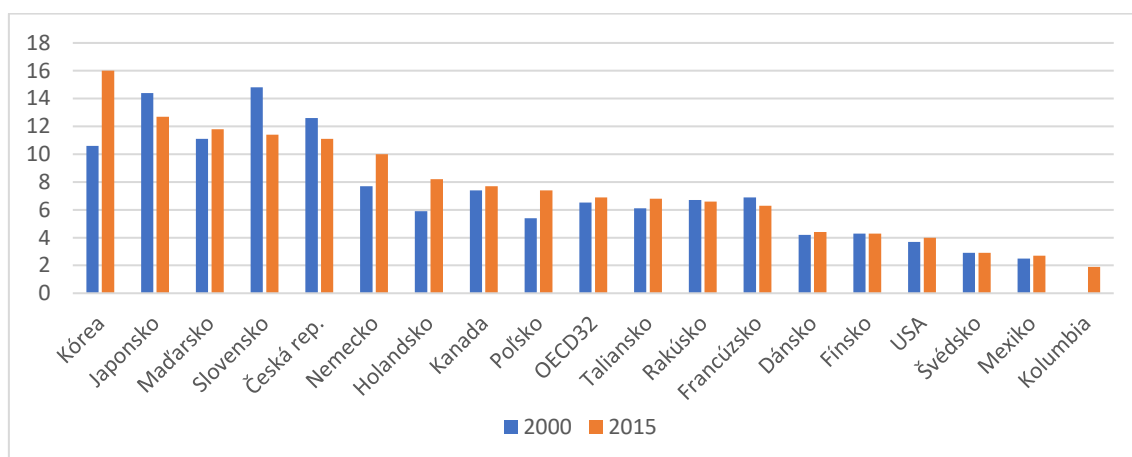
Hana Kuchyřová
Kancelář ČLK Olomouc
agenda přijetí a prof. bezuhomnosti
agenda řádkové inzerce ČLK
tel. 588 491 011
mobil +420 734 391 661
e-mail hana.kuchyřova@ciker.cz
[Otvorený text, je skrytý]

Príloha 4 - Počet lôžok na 1 000 obyvateľov vo vybraných krajinách v rokoch 2005 a 2015



Zdroj: OECD (2017), vlastné spracovanie

Príloha 5 - Graf: Počet návštev lekára na jedného pacienta vo vybraných krajinách v rokoch 2000 a 2015



Zdroj: OECD (2017), Vlastné spracovanie

Príloha 6 - Tabuľka: Počet úmrtí podľa príčiny smrti na 100 000 obyvateľov vo vybraných krajinách v roku 2015

	zhubné novotvary		obehová sústava		tráviaca sústava		výdaje na zdravotníctvo (% HDP)
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	x
ČR	373,27	216,28	748,86	541,21	62,24	37,69	7,2
Írsko	334,17	232,45	383,19	266,19	35,29	26,25	7,4
Maďarsko	471,75	267,25	936,01	677,75	94,41	46,25	7,1
Slovensko	453,32	237,5	784,44	571,89	92,99	47,9	6,9
EU	346,16	200,76	452,31	325,36	54,27	33,71	x
UK	336,85	231,73	325,74	215,13	52,85	42,64	9,8
Island	275,26	224,31	398,19	270,19	35,02	33,02	8,9
Řecko	345,12	174,13	426,64	337,52	33,44	21,84	8,2

Zdroj: ÚZIS (2016a), vlastné spracovanie

Príloha 7 - Tabuľka: medziročná zmena nákladov zdravotných poisťovní na zdravotnú starostlivosť

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ambulantná starostlivosť	6,7	4,5	4,6	9,7	10,9	12,9	2,1	4,5	1,3	2,2
praktickí lekári	1,5	1,8	7,8	4,8	18,2	17,6	5,1	2,7	1,6	2,2
špecializovaná ambulantná starostlivosť	9,5	6,7	12,9	13,7	12,1	7,5	5,9	7,2	1,4	2,2
ústavná starostlivosť	6,3	6	9,3	10,4	7,4	8,9	3,5	1,1	0,6	-0,9

Zdroj: ÚZIS (2005-2014a), vlastné spracovanie

Príloha 8 - Tabuľka: Počet vyšetrení na jedného ambulantného lekára v rokoch 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ambulant. špecialisti	5 942,9	5 812,5	5 588,7	5 356,1	5 249,2	5 223,2	5 165,8	5 183,8	5 187,8
praktickí lekári	8 670,1	8 545,2	8 485,7	7 494,2	7 201,3	6 977,9	6 924,9	6 751,7	6 640,9

Zdroj: ÚZIS (2006-2014b, vlastné výpočty)