Projekt založení ordinace praktického lékaře v obci Štěpánkovice jako soukromé zdravotnické zařízení

Bc. Jitka Gilarová

Diplomová práce
2010

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	Bc. Jitka GILAROVÁ
Studijní program:	N 6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor:	Veřejná správa a regionální rozvoj
Téma práce:	Projekt založení ordinace praktického lékaře v obci Štěpánkovice jako soukromé zdravotnické zařízení

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Prostudejte uvedenou literaturu se vztahem ke zvolenému tématu.
- Analyzujte vývoj a současný stav českého zdravotnictví.

II. Praktická část

- Navrhněte možnosti založení soukromého zdravotnického zařízení v právním prostředí ČR.
- Zhodnoťte problémy fungování soukromého zdravotnického zařízení.

Závěr

Rozsah práce: cca 70

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

[1] MAŠKOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P. České zdravotnictví vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
[2] NĚMEC, J. Principy zdravotního pojištění. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80247-2628-1.
[3] SOUČEK, Z., BURIAN, J. Strategické řízení zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2006. 196 s. ISBN 80-86946-18-5.
[4] WURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Libor Šnédar, Ph.D.
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva

Datum zadání diplomové práce: 29. března 2010

Termín odevzdání diplomové práce: 3. května 2010

Ve Zlíně dne 29. března 2010

L.S.

doc. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka

prof. RNDr. René Wokoun, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA
DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 29.4.10 .....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem této práce je vysvětlit jednotlivé kroky směřující k založení ordinace praktického lékaře pro dospělé v konkrétní obci tak, aby se daná obec mohla rozhodnout pro uskutečnění či neuskutečnění záměru zřídit ordinaci praktického lékaře pro občany obce. V teoretické části je popsán historický vývoj organizace zdravotnictví v ČR a dále jeho současný stav a působení jednotlivých aktérů v systému. Dále je blíže zmapována situace zabezpečení zdravotní péče v konkrétním regionu. Praktická část obsahuje vlastní postup vzniku nestátního zdravotnického zařízení ordinace praktického lékaře. Závěr tvoří charakteristika problémů ve zdravotnictví.

Klíčová slova: nestátní zdravotnické zařízení, zdravotnictví, ordinace praktického lékaře pro dospělé

ABSTRACT

The aim of this work is a decision, if to have an ordination of a general practitioner in the village Štěpánkovice, compare advantages and disadvantages of this decision.

In a theoretical part there is described a historical development of a health service, an organization of the health system and the structure of health system in present time.

In a following part there is shown a situation in a concrete region of the Czech republic.

A practional parts contains a process of rise a no-state health ordination of the general practitioner.

Keywords: a no-state health ordination, health service, an ordination of a general practitioner

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce JUDr.Liboru Šnédarovi, Ph.D. za přívětivý přístup a rady po dobu vypracování této práce.

Chtěla bych také poděkovat mé rodině za podporu po dobu mého studia.

Jitka Gilarová

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Jitka Gilarová

OBSAH

ÚVOD **9**

I TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 HISTORIE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH **12**

1.1 VÝVOJ PO VZNIKU ČESKOSLOVENSKÉ REPUBLIKY 13

1.2 POVÁLEČNÉ ZDRAVOTNICTVÍ 16

1.2.1 Organizace československého zdravotnictví 50. - 80 léta 16

1.2.2 Organizace československého zdravotnictví 90. léta 17

1.3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ 20

2 SOUČASNÁ CHARAKTERISTIKA A ORGANIZACE SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE **22**

2.1 SUBJEKTY PODÍLEJÍCÍ SE NA UTVÁŘENÍ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE 23

2.2 SOUSTAVA A CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ 28

2.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE DOSTUPNÁ OBČANŮM MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE 31

2.4 ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK 36

2.4.1 Profesní etika zdravotnického pracovníka 36

II PRAKTICKÁ ČÁST **38**

3 ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ **39**

3.1 ZŘÍZENÍ ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ 42

3.2 POŽADAVKY NA VYBAVENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ 43

3.3 ADMINISTRATIVNÍ POŽADAVKY NA ZŘÍZENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ 43

3.4 FINANČNÍ BILANCE PROVOZU ORDINACE SOUKROMÉHO LÉKAŘE 59

4 ZHODNOCENÍ MOŽNOSTI ZŘÍZENÍ ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V OBCI **65**

ZÁVĚR **67**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **73**

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK **76**

SEZNAM OBRÁZKŮ **77**

SEZNAM TABULEK **78**

SEZNAM PŘÍLOH **79**

ÚVOD

Zdraví je opravdu to nejcennější, co v životě máme. Ne každý, zejména mladí lidé, v plné síle života, si to dokáží uvědomit.

Vlastního zdraví a života si člověk obvykle začne vážit až ve chvíli, kdy ho postihne úraz nebo nemoc. V ten okamžik začne hledat pomoc lékařů.

Prvním lékařem, kterého můžeme navštívit při zdravotním problému je v České republice praktický lékař. Praktický lékař je základní článek v systému zdravotnických zařízení v ČR. Do skupiny praktický lékař řadíme: praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře a zubního lékaře. Tito lékaři provozují či jsou zaměstnanci převážně soukromých zdravotnických zařízení.

Nemoci trápily lidi od pradávna a vždy se je někdo pokoušel léčit či mírnit jejich průběh. Jak se měnilo obecné povědomí o podstatě člověka a měnil se přístup k přijímání nemoci jako Božího trestu, tak se měnila ochota přijmout vlastní chudobu a fakt, že nebude moci být léčen. Lidé začali více požadovat od společnosti, aby jim potřebnou péči pomohla zajistit.

To jaký zdravotní systém máme u nás dnes, je výsledkem vývoje společnosti a vědeckého poznání. Proto, pokud chci ve své diplomové práci zřídit zdravotnické zařízení, ordinaci praktického lékaře pro dospělé, musím popsat jednak vývoj zdravotnictví a péče o pacienty, ale také současný stav a aktéry, kteří postavení zdravotnického zařízení v systému ovlivňují. Nelze zřídit něco, co nemá kontinuitu s minulostí a s přítomností a nevidí své poslání v budoucnosti.

Systém popíši nejdříve jako systém zdravotnictví fungující v celé České republice a dále blíže v Moravskoslezském kraji se zaměřením na primární péči v oblasti praktického lékařství pro dospělé.

Obec Štěpánkovice leží v Moravskoslezském kraji ve správním obvodu obce s rozšířenou působností obce Kravaře. Štěpánkovice mají v areálu školy volné prostory k pronájmu a zvažují, zda-li je možné z různých právních aspektů v oblasti podnikání a zdravotnictví, zřídit ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

To bude náplní teoretické části mé práce.

V praktické části vysvětlím, jak založit soukromou ordinaci praktického lékaře pro dospělé a doporučím obci, zda realizovat či nerealizovat záměr, zřídit ordinaci.

Na závěr zhodnotím problémy současného zdravotnictví a budoucnost primární péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH

V 18. století, v době tzv. osvícenství, vznikají základy dnešní moderní medicíny. Lékaři se začínají vzdělávat též prakticky u nemocničních lůžek, vznikají nové obory, např. embryologie, epidemiologie a další. Je to doba prvních sociálně-medicínských opatření, např. vakcinace, očkování proti pravým neštovicím.

Významné ve své době bylo zdůraznění společenského (sociálního) charakteru lékařství – medicíny J. E. Purkyněm v roce 1823. Ve své disertační práci píše,"*že lékařství musí být učiněno zájmem veřejným*".

S rozvojem industriální společnosti dochází k výrazným změnám v celém zdravotnictví. Zřetelný je v té době zejména rozvoj nemocnic. Začíná se uplatňovat všeobecná zdravotní péče. Vzniká systém zdravotního pojištění. Nahrazuje se systém dobročinného zajištění zdravotnických služeb pro chudší společenské vrstvy.

Další rozvoj pak přináší pokroky výzkumu, vědy a úžasné urychlení přenosu informací a poznatků ze všech oborů. Dvacáté století je dobou velkého rozvoje všech oborů klinických i vlastního sociálního a veřejného zdravotnictví.

Termín veřejné zdravotnictví (Public Health) se začal prosazovat až ve 20. století okolo roku 1920. Poprvé byl definován Američanem A.Winstowem.[1]

Výraznou změnu do systému zdravotní péče o obyvatelstvo a také do postavení lékaře a lékárníka ve společnosti přineslo v 80. letech 19. století rakouské sociální zákonodárství. Roku 1887 byl přijat zákon o povinném úrazovém pojištění a roku 1888 o povinném nemocenském pojištění dělnictva. Podle zákona o povinném nemocenském pojištění z roku 1888 byli pro případ nemoci pojištěni zaměstnanci průmyslu, živností a obchodu. V případě nemoci měli po dobu dvaceti šesti týdnů zajištěno bezplatné ambulantní, případně nemocniční ošetření a léky a dostávali nemocenskou podporu ve výši 60 procent obvyklé mzdy. Celkově byly zákony o povinném nemocenském pojištění a jejich uplatňování výraznou součástí politických a sociálních přeměn evropské civilizace. Přesnou charakteristiku doby, v níž vzniklo a rozvíjelo se povinné nemocenské pojištění,

[1] WURM, a kol. 2007, s.16.

podal na všeslovanském sjezdu mediků v Praze roku 1932 nejvýznamnější z českých sociálních lékařů Hynek Pelc: "*Soukromé lékařské praxe, na nichž je budována celá ideologie lékařského stavu, tkví svými základy v liberalistické soustavě národohospodářské. Druhá polovina minulého století prodělala vzrůst vlivu hnutí socialistického, které nezůstalo bez vlivu na formy veškerého hospodářského života. Ve všech odvětvích lidské činnosti se ukázalo, že volná hra sil, tak jak si ji představovali fyziokraté, není v nové době možná a že je zapotřebí určitého usměrnění hospodářských sil s ohledem na kolektivum. Vyrovnání mezi oběma těmito směry prožíváme právě v dnešní době.*"

1.1 Vývoj po vzniku Československé republiky

Po říjnu 1918 se v samostatné Československé republice vytvořily nové podmínky pro řešení zdravotních a zdravotnických problémů občanské společnosti nového státu. Bylo otázkou, zda se v péči o zdraví podaří překonat přežívající zdravotně policejní systém veřejného zdravotnictví bývalé rakousko - uherské monarchie, které se sice opíralo o systematické zdravotnické zákonodárství, ale v praktických zdravotnických opatřeních se většinou nedostalo přes rámec represivního a pouze písemného zdůrazňování zákonů, nařízení a předpisů a vůbec již nepočítalo s jakoukoliv občanskou aktivitou. Závažným problémem se stal další vývoj sociálního pojištění, včetně pojištění nemocenského, které muselo reagovat jak na značně neuspokojivý zdravotní stav populace, tak hledat a rozšiřovat své vazby na další články systému péče o zdraví obyvatelstva Československa.[2]

Dědictví 1. světové války zanechalo i v nově vzniklém Československu jako následek válečných útrap a hladovění velkou újmu na zdravotním stavu obyvatelstva. Podvýživa uvolnila cestu pro tuberkulózu, která se tak stala sociální nemocí, a proto jí byla věnována zdravotní a sociální politikou státu mimořádná pozornost.

Přes půldruhého století se v českých zemích vytvářel členitý systém péče o zdraví populace, který v období první Československé republiky zahrnoval, kromě soukromých zdravotnických zařízení a lékařských praxí především veřejné zdravotnictví, které se roku 1918 vymanilo z područí ministerstva vnitra. V jeho čele bylo ministerstvo veřejného

[2] NIKLÍČEK, L. *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938* [online]. [cit 2010-03-04]. Dostupné z www:<http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm#6>

zdravotnictví a tělesné výchovy a jemu podřízené instituce zemské, okresní, městské a obecní. Kromě dohledu na výkon funkce všech zdravotníků a zdravotnických zařízení, mělo mnoho povinností v preventivní medicíně, hygieně, epidemiologii, v sociálně lékařské činnosti, legislativní iniciativě a v mnoha směrech ovlivňovalo také občanské aktivity v péči o zdraví.

V demokratické občanské společnosti se stále více prosazovala role samosprávy v péči o zdraví a funkčnost jejího základního článku na úrovni politického okresu. Od přelomu 19. a 20. století vznikaly v českých zemích sociálně lékařské spolky a organizace pro boj proti nejvíce rozšířeným nemocem a pro péči o matku a dítě. Byla budována vlastní zdravotnická zařízení (protituberkulózní sanatoria, dispenzáře, poradny pro matku a dítě aj.) a prosazovaly se moderní metody preventivní medicíny. Jejich význam v neposlední míře spočíval také v tom, že se v jejich činnosti výrazně angažovali nejenom zdravotníci (od univerzitních profesorů po praktické lékaře a lékárníky), ale i další občané, kterým nebyl lhostejný zdravotní stav společnosti.[3]

Významným aktem se stává také založení Státního zdravotního ústavu Československé republiky přímo řízeným ministerstvem zdravotnictví. Ústav se stal významnou vědeckou a odbornou institucí. Profilovalo se v něm také sociálně hygienické oddělení, které se zabývalo i zdravotnickou statistikou a moderním pojetím zdravotní výchovy. Díky činnosti Ústavu se do odborné i laické veřejnosti začaly prosazovat sociálně zdravotní a preventivní přístup k problematice zdraví a nemoci.

Dne 9. října 1924 přijalo Československé národní shromáždění zákon o pojištění zaměstnanců v případě nemoci, invalidity a stáří. Zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé museli platit vzniklým nemocenským pojišťovnám povinnou částku ve výši 6 % ze mzdy.

Základem systému nemocenského pojištění byly okresní nemocenské pojišťovny, dále pak pojišťovny závodní, spolkové a další. Tyto pojišťovny byly samosprávnými institucemi. V čele celého systému byla Ústřední sociální pojišťovna, řízená ministerstvem sociální péče.

---

[3] viz NIKLÍČEK, L. *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938* [online]. [cit 2010-03-04]. Dostupné z www:<http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm#6>

V nemocnicích byly stanoveny třídy. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli při základním pojištění nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě nemocnice. Státní zaměstnanci měli nárok na II. třídu, I. třída byla za příplatek.[4]

V době konjunktury v druhé polovině 20. let se povinné nemocenské pojištění přibližně vztahovalo na tři a půl miliónu pojištěnců. S jejich rodinnými příslušníky bylo povinně nemocensky pojištěno více než sedm miliónů obyvatel ČSR, tedy celkově asi jedna polovina obyvatel státu. Podíl povinně nemocensky pojištěných na celkovém počtu obyvatel byl v Čechách a v Zemi moravskoslezské vyšší než na Slovensku a Podkarpatské Rusi, což souviselo s celkovou průmyslovou a civilizační úrovní jednotlivých částí republiky. Soustava nemocenského a dalších součástí sociálního pojištění pozitivně - i když značné diferencované - ovlivnila sociální postavení dělníků a dalších lidí v pracovním poměru. V dané době a za daných historických okolností patřila Československá republika v rozsahu nemocenských dávek a v úrovni léčebné péče mezi přední státy Evropy 20. a 30. let.

Povinné nemocenské pojištění podstatným způsobem změnilo společenské postavení lékařů, lékárníků a dalších zdravotníků. Změny nastaly také v rozsahu jejich profesních funkcí, včetně vztahu mezi lékařem a pacientem. Lékaři se o problematice pojištění mohli vzdělávat díky existenci poměrně rozsáhlého okruhu literatury a širokého spektra časopisů.

Situaci komplikovala existence "krize medicíny" - což byla na přelomu 19. a 20. století především krize praktického lékaře. Závažnou otázkou kvality léčebné péče se totiž stávalo využívání neustále postupující úrovně lékařské vědy a její specializace i vstup dalších oborů vědy - včetně společenských věd - do medicíny. Nebyl to problém pouze lékařů, ale hlavně jejich pacientů. Problém, jak zajistit, aby se ve stále specializovanějších a na techniku a laboratoře náročnějších diagnostických a terapeutických postupech neztrácela osobnost pacienta a aby se pacient nestal pouhým "případem nemoci". A zároveň zdravotní stav evropské populace přelomu 19. a 20. století vyvracel velkou iluzi 19. století o tom, že pouze přírodovědecký pokrok v medicíně vyřeší všechny zdravotní a zdravotnické problémy.

---

[4] WURM a kol. 2007, s.18.

Vztah českých lékařů k povinnému nemocenskému pojištění byl hlavně v prvých desetiletích existence tohoto pojištění značně rozporuplný.[5]

1.2 Poválečné zdravotnictví

1.2.1 Organizace československého zdravotnictví (50. - 80 léta)

Během několika poválečných let prošlo československé zdravotnictví, spolu s celou společností, řadou zásadních koncepčních i strukturálních změn. Socialistické zdravotnictví bylo ovlivněno politickou propagandou, zvláště tou komunistickou. Těsně po válce plnilo zdravotnictví nejprve nejnaléhavější úkoly, zvládnutí infekčních nemocí, snižování kojenecké úmrtnosti, zajištění zdravotní služby zvláště v pohraničních oblastech a dorovnání úbytku počtu lékařů a dalších zdravotnických pracovníků (zřízením nových lékařských fakult) atd.

Došlo k rozšiřování sítě nemocnic, ambulatorií a poraden nebo v rozvoji odborných oddělení nemocnic. Po roce 1948 dochází k zavedení státního zdravotnictví, tehdy se změnil status lékaře, ze svobodného povolání se stal lékař zaměstnancem. A došlo k zestátnění nemocnic, léčebných a ošetřovacích ústavů, léčivých lázní a zřídel, dokončeno bylo i znárodnění zdravotnického průmyslu a distribuce léčiv.

Rok 1948 je počátek procesu likvidace stavovské organizace lékařů a jeho pohlcení jednotným odborovým hnutím (ROH). Soukromá lékařská ordinace byla nahrazena obvodním lékařem v obvodním zdravotním středisku a hierarchií okresních zdravotních středisek přidružených k nemocnici II. typu a oblastních zdravotních středisek přidružených k oblastní nemocnici. Zdravotní péče byla soustředěna do systému zdravotních středisek a dvou typu nemocnic – I. (oblastní) a II. (okresní) ve správě Národních výborů.[6]

Dosud však existovala roztříštěnost sítě zdravotnických zařízení do řady rezortů. Až v roce 1952 přešly veškeré zdravotnické služby s výjimkou péče o ozbrojené složky a zdravotnické školství pod Ministerstvo zdravotnictví.

---

[5] viz NIKLÍČEK, L. *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938* [online]. [cit 2010-03-04]. Dostupné z www:<http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm#6>

[6] MAŠOVÁ, KŘÍŽOVÁ, SVOBODNÝ 2005, 93 s.

Základním článkem soustavy zdravotnických služeb se stal od 50. let zdravotnický obvod, sdružující základní léčebně preventivní péči o dospělé, děti, ženy a péči stomatologickou. Vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ), které sdružovaly zdravotnická zařízení s odpovídající územní působností. Ve velkých závodech byly obdobně organizovány závodní ústavy národního zdraví. Současně se soustavou léčebně preventivních služeb byla budována soustava hygienických a epidemiologických služeb. Zdravotnické služby byly důsledně rajonizovány. Všichni občané byli podle místa bydliště přiděleni ke konkrétnímu praktickému lékaři, poliklinice a nemocnici, pokud nevyužívali závodní zdravotní péče. Legislativním podkladem pro integraci a rajonizaci zdravotnických služeb byl zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Osou integrované soustavy zdravotnických služeb se staly nemocnice s poliklinikou, členěné podle rozsahu poskytované specializované a úzce specializované léčebné péče na zařízení I., II. a III. typu.

Nové uspořádání sítě zdravotnických zařízení bylo legislativně stvrzeno vyhláškou č. 43/1966 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení, která byla novelizována v roce 1974 (vyhláška č. 121/1974 Sb.). Legislativní úprava státní zdravotní politiky byla dána zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který (sice s velkým počtem novel) platí dosud. Síť zdravotnických zařízení vybudovaná na přísně územní třístupňové struktuře (republika, kraj, okres) existovala až do roku 1990. Veškerá zdravotnická zařízení byla státní, léčebně preventivní péče byla poskytována (až na malé výjimky ve stomatologické péči) bez přímých plateb, financována byla státem ze všeobecných daní.

Finanční prostředky převádělo Ministerstvo financí na krajské a okresní národní výbory, které odpovídající rozpočtové částky distribuovaly ústavům národního zdraví ve své působnosti. Ministerstvo zdravotnictví řídilo zdravotnictví metodicky, prostřednictvím hlavních, krajských a okresních odborníků pro jednotlivé obory.

1.2.2 Organizace československého zdravotnictví (90. léta)

Ihned po politických změnách koncem roku 1989 byly pod patronací Ministerstva zdravotnictví (MZ) zahájeny práce na vypracování návrhu nového systému zdravotní péče.

Hlavními principy této koncepce byly:

- stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům
- zdravotní péče bude poskytována v konkurenčním prostředí

- občan bude mít právo svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení
- monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno. Zdravotní péče „pro veřejnost“ bude poskytována bez ohledu na typ vlastnictví zdravotnického zařízení - státní, obecní, církevní, privátní
- základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou, na rozdíl od bývalých OÚNZ
- těžištěm léčebné péče bude péče ambulantní (zejména primární)
- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění,prostředky obcí, podniků, obyvatel atd.)
- nedílnou součástí systému zdravotní péče bude povinné zdravotní pojištění

Koncem roku 1990 vláda tento návrh schválila a pověřila MZ jeho realizací. V souladu s vládním usnesením byly koncem roku 1990 zrušeny krajské ústavy národního zdraví a zařízení v nich sdružená přešla až na výjimky pod přímé vedení Ministerstva zdravotnictví. V roce 1991 vstoupila v platnost vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která legalizovala decentralizaci okresních ústavů národního zdraví v menší, ekonomicky samostatné celky (právní subjekty). Tento proces byl zhruba ukončen v 1. čtvrtletí roku 1992.

V souladu s návrhem nového systému zdravotní péče byl novelizován koncem roku 1991 zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (zákon č. 548/1991 Sb.). Od 1.1.1992 nabyl účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

S účinností od 1.7.1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, vnášející do zdravotního pojištění konkurenční prostředí. Přijetí nedokonalé legislativy se projevilo nejprve rychlým nárůstem počtu zdravotních pojišťoven až na 27, bez jakékoliv regulace a kontroly ze strany státu se však brzy ocitly ve značných finančních potížích. To vedlo ke krachu a následnému zániku některých pojišťoven, případně ke sloučení s jinými, finančně úspěšnějšími. Postupně se počet fungujících zdravotních pojišťoven zredukoval na současných devět.

V prvních třech letech existence zdravotních pojišťoven byla poskytnutá léčebná péče financována výkonovými platbami, což vedlo k honbě za body a ke značnému

plýtvání finančními prostředky. Od roku 1997 přešly zdravotní pojišťovny u praktických lékařů pro děti, dorost a dospělé na kapitační platby za každého registrovaného pacienta a na zálohové platby odvozené od minulého období v lůžkové péči. Výkonový (regulovaný) systém zůstal zachován jen u ambulantních specialistů.

Privatizace zdravotnictví byla v České republice zahájena v druhé polovině roku 1992 přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních. Rozbíhala se z počátku velmi nesměle a týkala se v první fázi jen malého počtu samostatných ambulantních ordinací, v lůžkové péči pak malých soukromých porodnic. K výraznějšímu posílení privátního sektoru došlo až v roce 1993. Zahájení privatizace vedlo k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. Zatímco v roce 1990 jich bylo v ČR evidováno necelých 6 700, do konce roku 1993 stoupl jejich počet nad 17 000, do roku 1995 téměř na 25 000. Po roce 1993 (od zahájení privatizace) se rozšířila nabídka ambulantních služeb v ČR i o tzv. domácí zdravotní péči, která umožňuje dlouhodobě nemocným pacientům, nebo akutním pacientům po kratší hospitalizaci léčit se v domácím prostředí. Dostupnost této péče je však dosud velmi nerovnoměrná.

V polovině padesátých let připadalo na 10 000 obyvatel České republiky méně než 8 ambulantních lékařů. Do roku 1990 vzrostla tato relace na 19,7 a v současné době připadá na 10 000 obyvatel zhruba 29 ambulantních lékařů (téměř 4x více).

Specializovaná ambulantní péče vázaná do té doby převážně na nemocnice se začala přelévat do samostatných ordinací lékařů specialistů, kteří částí úvazku zůstávali zaměstnáni v nemocnicích a současně zahájili provoz soukromé praxe. Docházelo tak ke zdvojování ambulantních služeb, duplicitnímu poskytování ambulantní péče včetně laboratorních vyšetření a v konečném výsledku ke zvyšování výdajů na ambulantní péči. Po změně financování léčebné péče ze strany zdravotních pojišťoven (kapitační a zálohové proplácení léčby) se podařilo nárůst soukromých praxí zpomalit. V současné době je ambulantní péče zprivatizována z více než 75 %, primární péče z více než 95 %.

V primární péči o děti, dorost a dospělé připadalo v roce 1960 na 1 lékaře 2 150 obyvatel, do roku 1990 klesl tento počet na méně než 1 400 a na této hodnotě se udržuje jen s malými výkyvy do současnosti. I když podíl primárních lékařů na počtu ambulantních lékařů dlouhodobě klesá ve prospěch ambulantních specialistů, zajištění primární péče je v České republice dlouhodobě stabilní, zhoršuje se však věkové složení lékařů.

1.3 Financování zdravotnictví

Od roku 1952 bylo zdravotnictví v ČSR financováno ze státního rozpočtu po linii Ministerstvo zdravotnictví - národní výbory, přičemž od roku 1966 došlo k faktickému rozdělení financování a řízení, na řízení odborné po linii ministerstva zdravotnictví a odborů zdravotnictví národních výborů a na řízení ekonomické po linii ministerstva financí a příslušných ekonomických odborů národních výborů. Prostřednictvím národních výborů byl financován provoz i investice.

Koncepční změnu ve financování zdravotnictví prodělal rezort v roce 1992. Změny v této linii lze charakterizovat jako přechod z financování z jediného zdroje (státního rozpočtu) k více zdrojovému způsobu financování, jehož největší nedílnou součástí je povinné veřejné zdravotní pojištění.

Po zrušení státního monopolu a rozpočtového financování bylo zavedeno veřejné pojištění, zkalkulovány nákladové ceny a uskutečněna privatizace podstatné části ambulantní činnosti. Tato primární reforma byla rychlá a úspěšná Československá socialistická republika byla spolu s Albánií jediným evropským státem, kde neexistovaly v osmdesátých letech ve zdravotnických službách žádné privátní subjekty a nepoužívaly se žádné ceny.

Již v roce 1990 byl schválen princip všeobecného zdravotního pojištění založený na široké sociální solidaritě, který byl zformulován a schválen v zákoně o všeobecném zdravotním pojištění. Pojištěnci v rámci zákonného veřejného zdravotního pojištění, které se vztahuje na všechny fyzické osoby s trvalým pobytem v ČR, mají nárok na zdravotní péči - v rozsahu stanoveném zákonnými předpisy - bez přímé úhrady.

Rozdělení republiky českému zdravotnictví prospělo. Kalkulace výše zdravotního pojištění probíhala ještě ve chvíli, kdy české ministerstvo zdravotnictví podporovalo ze svého rozpočtu část nákladů slovenského zdravotnictví, mimoto nárůst nominálních mezd byl v polovině devadesátých let rychlý, a umožnil tak přísun dalších prostředků. Toho využil stát a přestal valorizovat své platby za "státní"[7] pojištěnce, což spolu s opakovaným zpomalením růstu ekonomiky vedlo k opakovaným krizovým stavům ve financování

[7] Stát je plátcem zdravotního pojištění prostřednictvím státního rozpočtu ČR dle zák.č. 48/1997 Sb., např. za

veřejného systému pojištění. Většinou se tento problém řešil kombinací dotací a zesílením regulací cen či objemu služeb.

Zdrojem systému veřejného zdravotního pojištění jsou odvody zaměstnanců, zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných. Za definované skupiny obyvatel platí pojistné stát.

Dle zákona č. 551/1991 Sb. byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a dále podle zákona č. 280/1992 Sb. vznikala skupina rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Od roku 1992 byla zdravotní péče hrazena zdravotními pojišťovnami (ZP) na základě seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a stanovenou cenou bodu.

V roce 1997 byla oblast zdravotního pojištění upravena v tom smyslu, že zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními na ty druhy péče, které je příslušné zařízení oprávněno poskytovat. „Ceny“ poskytované péče jsou stanovovány v dohodovacím řízení mezi zástupci Svazu zdravotních pojišťoven, Všeobecné zdravotní pojišťovny a zástupci zdravotnických zařízení.

Kromě veřejného zdravotního pojištění se v ČR rozvíjí smluvní (soukromé) zdravotní pojištění a připojištění, převážně se však soustřeďuje na léčebné výlohy v zahraničí v rámci cestovního pojištění.

Dalším zdrojem financování zdravotnictví jsou přímé úhrady obyvatelstva. A to jednak přímá úhrada za výkony nehrazené z veřejného zdravotního pojištění a dále pak úhrada regulačního poplatku. Regulační poplatky je povinen , dle zákona. 48/1997 Sb. hradit pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce v souvislosti s poskytováním hrazené péče zdravotnickému zařízení.[8]

---

nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené,…..

[8] KOLEKTIV AUTORU, *Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR*, ÚZIS ČR, Praha, 2005,ISBN 80-7280-432-4,[online]. [cit 2010-03-04]. Dostupné z www< http://www.uzis.cz/download_file.php?file=1877>

2 SOUČASNÁ CHARAKTERISTIKA A ORGANIZACE SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotnictví je soustavou orgánů a institucí zajišťující právo na ochranu zdraví a zdravotní pojištění tvoří systém jejich financování.

Povinností každého demokratického státu s vysoce vyvinutým sociálním cítěním je zajistit každému právo, dle Listiny základních práv a svobod, na ochranu zdraví. Listina též zaručuje svým občanům na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči (bez přímé úhrady) a na zdravotní pomůcky za podmínek zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Zdravotní péče, její organizace a zdravotnictví jako celek se postupně staly závažným problémem. A to nejen problémem jednotlivých států, ale zdraví a zdravotnictví se staly velkým tématem světové politiky.

Péči státu o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů a aktivně tak přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce, jak vyplývá ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

To znamená pro jednotlivce mít jednak zákonem uznaná práva, ale rovněž i povinnosti ke svému zdraví a zdraví ostatních.

Zdravotnímu stavu obyvatelstva a ochraně veřejného zdraví se věnuje veřejné zdravotnictví, které se zabývá prevencí, podporou zdraví a prodlužováním života. Oblast veřejného zdravotnictví je upravena zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Ochranou a podporou veřejného zdraví se rozumí souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví.

Veřejné zdravotnictví je neodmyslitelnou součástí celého systému péče o zdraví populace.

2.1 Subjekty podílející se na utváření systému zdravotní péče

V systému zdravotní péče je poměrně rozsáhlý okruh subjektů podílejících se na jeho utváření. Navzájem se od sebe odlišují funkcí, cílovou skupinou v systému, mírou závislosti na veřejné správě, způsobem financování zdravotnictví, rozsahem pravomocí a zodpovědnosti v systému zdravotní péče a podobně.

Mezi tyto subjekty náleží především:

- Orgány veřejné správy

V oblasti zdravotnictví je resortním orgánem Ministerstvo zdravotnictví, v jehož kompetenci je řešení zásadních otázek zdravotní politiky. V souladu se zněním § 10 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů, je Ministerstvo zdravotnictví ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídící působnosti, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém.

Od roku 2003 bylo mnoho činností na úseku zdravotnictví přeneseno na krajskou úroveň. Krajské úřady zajišťují konání výběrových řízení na poskytování ambulantní péče, provádějí registrace nestátních zdravotnických zařízení, vydávají rozhodnutí ve správním řízení, organizují činnost územně znaleckých komisí, zpracovávají koncepce zdravotní péče v kraji atd.

Obce s rozšířenou působností v rámci přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví zabezpečují pouze výdej tzv. opiátových receptů.

- Zdravotní pojišťovny

Jedná se o subjekty, které provádějí nákup a organizaci zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny vytvářejí nabídky pojistných produktů občanům a organizují podle nich zdravotní péči, dále uzavírají kontrakty s poskytovateli zdravotní péče dle potřeb a zájmu pojištěnců. V souladu se zněním § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

V České republice je registrováno 9 zdravotních pojišťoven, a to:

1. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
2. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
3. Revírní bratrská pokladna, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna
4. Vojenská zdravotní pojišťovna
5. Všeobecná zdravotní pojišťovna
6. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
7. Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
8. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky
9. Media zdravotní pojišťovna

Pojištěnci, zaměstnavatelé a stát odvádějí na účet zdravotní pojišťovny pojistné v souladu s ustanoveními §20 a § 21 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Při Všeobecné zdravotní pojišťovně je zřízen zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. Zvláštní účet slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu, podle počtu pojištěnců násobeného koeficientem věkové struktury pojištěnců.

- Poskytovatelé zdravotní péče a příslušné profesní sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

V podstatě jde o všechny subjekty, které v systému zdravotní péče poskytují a prodávají zdravotní služby.

Zdravotní péče je zpravidla poskytována ve zdravotnických zařízeních nebo, je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout. Zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči v rozsahu své odborné způsobilosti.

Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře.

Zdravotní péče je pojištěnci poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní péče.

Ambulantní péči se rozumí:

- primární zdravotní péče
- specializovaná ambulantní zdravotní péče
- zvláštní ambulantní péče

Ošetřujícím lékařem se rozumí

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, ženský lékař
- lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní péči
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče

V České republice existují skupiny zastupující zájmy jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče.

Jedná se například o zástupce poskytovatelů:

- ústavní péče
- praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost
- ambulantní stomatologické péče
- mimoústavní ambulantní specializované péče a poskytovatelů vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví
- domácí zdravotní péče

- mimoústavní laboratorní a radiodiagnostické péče
- zdravotnické záchranné služby, dopravy raněných, nemocných a rodiček a lékařské služby první pomoci vyjma stomatologické
- lázeňské péče.

Některé z těchto subjektů v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů jsou oprávněny se účastnit i dohodovacího řízení, na základě kterého je sestavován seznam zdravotních výkonů s jejich bodovými hodnotami.

- Pojištěnci a zájmová sdružení pojištěnců a pacientů

Pojištěnci (občané) mají mezi všemi subjekty zdravotní péče poměrně výlučné postavení. Na straně jedné jsou „zákazníkem“ zdravotních pojišťoven a na straně druhé jsou objednatelem a uživatelem služeb poskytovatelů zdravotní péče.

Zájmy a práva pojištěnců, (pacientů) hájí mnohé organizace. Podílí se také mimo jiné na přípravě zákonů, vyhlášek a předpisů ve spolupráci s orgány veřejné správy.

Jako jsou např.:

- Českomoravská konfederace odborových svazů
- Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR
- Svaz tělesně postižených v ČR, o.s.
- Svaz pacientů ČR
- Mamma Help a jiné

Rovněž tyto subjekty v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů jsou oprávněny se účastnit i dohadovacího řízení, na základě kterého je sestavován seznam zdravotních výkonů s jejich bodovými hodnotami.

- Profesní organizace zřizované zákonem

Zákonem č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů (dále zákon č. 220/1991 Sb.) byla zřízena Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora (dále komory). Komory jsou právnickými osobami, jejichž úkolem je:

- dbát o to, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády jednotlivých komor
- zaručit odbornost svých členů a potvrzovat splnění podmínek k výkonu lékařského, stomatologického a lékárnického povolání podle zvláštních předpisů
- posuzovat a hájit práva a profesní zájmy svých členů
- chránit profesní čest svých členů
- vést seznam členů

Komory jsou mimo jiné oprávněny:

- účastnit se jednání při tvorbě sazebníků lékařských výkonů, při tvorbě cen léků, léčivých přípravků a sazebníků ostatních služeb poskytovaných lékárnami
- řešit stížnosti na výkon povolání svých členů
- uplatňovat disciplinární pravomoc v rozsahu, který je vymezen zákony
- vydávat pro členy komor závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu

Do seznamu příslušné komory je zapsán každý, kdo splňuje podmínky stanovené zákonem č. 220/1991 Sb. a dnem zápisu se stává členem příslušné profesní komory se všemi právy a povinnostmi.

Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK.

ČLK nejen garantuje odbornost svých členů, hájí je a poskytuje jim servis, ale zákon jí ukládá i povinnost plnění disciplinární pravomoci vůči svým členům.

2.2 Soustava a charakteristika zdravotnických zařízení

Současnou soustavu zdravotnických zařízení tvoří, dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění po provedených změnách podle stavu k 23.3. 2009 zařízení a organizace zdravotnické soustavy státu, kraje, obcí, fyzických a právnických osob a to v podobě zařízeních léčebně preventivní péče jako:

zařízení ambulantní péče a nemocnice

Zařízením ambulantní péče jsou ordinace praktických lékařů, popřípadě ordinace dalších odborných lékařů.

zařízení závodní preventivní péče

odborné léčebné ústavy

Odborné léčebné ústavy jsou léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy a další léčebny, ozdravovny a noční sanatoria, dále pak lázeňské léčebny.

lékárny

zvláštní dětská zařízení

Zvláštní dětská zařízení jsou kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle.

Zařízení ambulantní péče

Nyní je v ČR evidováno celkem 27 769 zdravotnických zařízení, z toho 19 681 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů.

- na jednoho lékaře připadá v průměru 236 obyvatel, na jednoho ambulantního lékaře 332 obyvatel
- 247 zařízení je státních - zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a ostatní centrální orgány
- 27 522 zařízení je nestátních (zřizovatel kraj - 161, zřizovatel město, obec - 183, zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba - 27 178)

V ambulantní péči pracuje 71 % všech lékařů (31 494) a 51 % všech samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů (53 636).

Měřeno úvazky lékařů je ambulantní péče již z 81 % poskytována v zařízeních soukromých. Přibližně 44,3 % ambulantních lékařů zajišťuje primární péči o děti, dorost a dospělé, gynekologickou a stomatologickou péči. Ambulantní specialisté tvoří 55,7 % (necelých 48 % z nich pracuje v ambulantních částech lůžkových zařízení). Na jednoho ambulantního lékaře (vč. diagnostických služeb) připadá v průměru 332 obyvatel.

Dostupnost primární péče o dospělé, děti a dorost je v jednotlivých krajích vyrovnaná, zajištění gynekologické a zejména stomatologické primární péče však vykazuje výrazné mezikrajové rozdíly.

- na jednoho primárního lékaře pro děti, dorost i dospělé připadá v ČR v průměru 1 415 obyvatel (*maximum - Středočeský kraj 1 641 osob, minimum Hl. m. Praha 1 259 osob).*
- na jednoho praktického pediatra připadá v průměru 985 osob (0 až 18 let) a na jednoho praktického lékaře pro dospělé pak připadá v průměru 1 591 osob starších 18 let.
- na jednoho praktického zubního lékaře připadá v průměru 1 708 obyvatel *(maximum Středočeský kraj 2 414 osob, minimum Hl. m. Praha 1 122 osob)*
- na jednoho praktického gynekologa připadá v ČR průměru 3 918 žen *(maximum Pardubický kraj 5 524 žen, minimum Hl. m. Praha 2 428 žen)*

Zařízení ústavní péče

Zařízení ústavní péče tvoří

- 192 nemocnic
- 154 odborných léčebných ústavů (vč. ozdravoven a hospiců, bez lázní)
- 84 lázeňských léčeben

Lázeňský lůžkový fond je téměř plně zprivatizován.

Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo koncem roku téměř 44 400 lékařů a 105 300 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů, zkr. ZPBD .

Pro srovnání po 2. světové válce připadalo v ČR na 10 000 obyvatel méně než 9 lékařů (1 160 obyvatel na jednoho lékaře), do roku 1960 se tato relace zdvojnásobila a

v roce 1990 již představovala čtyřnásobek poválečného stavu. Vývoj počtu lékařů (bez ohledu na oborové zaměření) si zachovává rostoucí trend, i když v posledních letech výrazně zpomalil. V současnosti v průměru připadá v ČR na jednoho lékaře 236 obyvatel.

Ve státních zařízeních (zřizovatel MZ a ostatní centrální orgány) pracuje něco málo přes 20 % všech lékařů a přes 26 % všech ZPBD. V krajských zařízeních pracuje nyní necelých 8 % všech lékařů a asi 11,5 % ZPBD.

Kraje (jako zřizovatelé) spravují 57 lůžkových zařízení.

V soukromých zařízeních (zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba vč. obchodních společností vlastněných výlučně krajem, městem nebo obcí) pracuje přes 69 % všech lékařů, 58 % ZPBD a vlastní 53 % všech lůžek.

Struktura sítě zdravotnických zařízení je v České republice již stabilizovaná. Prudký nárůst počtu zdravotnických zařízení v důsledku rozvolňování velkých právních subjektů a vyčleňování samostatných ordinací ambulantních specialistů mimo nemocnice se téměř zastavil. Dlouhodobě stagnuje primární ambulantní péče, výrazně zpomalil i každoroční nárůst zařízení lékárenské péče. Až na malé výjimky mají všechna soukromá zdravotnická zařízení smlouvy se zdravotními pojišťovnami. [9]

[9] *Zdravotnická zařízení v ČR v roce 2008 ve statistických údajích*, ÚZIS ČR, Praha 2009, Aktuální informace č.20/2009,[online].[cit2010-03-04].Dostupné z www:< http:// www.uzis.cz/download_file.php?file=3541>

2.3 Zdravotní péče dostupná občanům Moravskoslezského kraje

Definice zdravotní péče v sobě zahrnuje péči o akutně a chronicky nemocné osoby či osoby postižené úrazem nebo vrozenou vadou a také prevenci nemocí a úrazů, jejich včasná diagnóza a účelné léčení, dále komplexní rehabilitaci a opatření k udržení zdraví i zdravotní výchovu.

Základní formou zdravotní péče je péče primární, jejímž úkolem je zabezpečení komplexního, dlouhodobého a soustavného sledování vývoje zdravotního stavu pacienta, se zohledněním všech informací o jeho zdravotním stavu. Součástí je také sledování a koordinace návaznosti poskytování primární zdravotní péče na péči sekundární. Cílem této péče je poskytovat ji co nejblíže sociálnímu prostředí pacienta, popřípadě zajištění její návaznosti na péči sociální.

Ambulantní péče

Primární péče je poskytována jako ambulantní péče, jejíž součástí je i návštěvní služba. Zajišťují ji praktičtí lékaři v jednotlivých ordinacích a sdružených ambulantních zařízeních. Kvalita a dostupnost primární péče je zásadní pro další vývoj onemocnění a úrazů, stejně jako péče poskytovaná pacientům po propuštění z lůžkových zařízení nebo po předání pacienta specialistou zpět do péče zvolenému lékaři.
Primární péče je u nás zachovávána ve čtyřech odbornostech praktického lékaře:

- praktický lékař pro děti a dorost
- praktický lékař pro dospělé
- praktický lékař gynekolog
- praktický lékař stomatolog

Ústavní péče

Základními obory akutní lůžkové péče, která je poskytována v ústavních zdravotnických zařízeních, jsou:

- vnitřní lékařství *(zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, posudkovou činností i výzkumem vnitřních nemocí postihujících jeden nebo více vnitřních orgánů)*

- chirurgie *(náplní je diagnostika, prevence a léčba chirurgických onemocněn, charakteristickým rysem odlišujícím chirurgii od ostatních medicínských disciplín, je užívání chirurgických metod (operací), a to jak v diagnostice, tak především v léčbě, základním oborem chirurgie je všeobecná chirurgie, na kterou navazuje celá řada specializací např. hrudní chirurgie, traumatologie, cévní chirurgie, dětská chirurgie, kardiochirurgie, atd.)*
- pediatrie *(zabývá se dítětem a dospívajícím do 19 let, prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím, ve kterém dítě a dospívající žije, sociálně právní ochranou dítěte)*
- gynekologie a porodnictví *(náplní oboru je prevence, diagnostika, léčba, dispenzarizace, posudková činnost a výzkum nemocí a poruch funkcí ženského pohlavního ústrojí a prsu, péče o ženu a plod v těhotenství, za porodu, v šestinedělí.)*

Specializovaná péče v ambulancích nebo v ústavních zařízeních

Specializovaná péče je péče, která je poskytována v rozsahu příslušné způsobilosti, včetně lůžkové péče. Je součástí sekundární péče, tj. zdravotní péče poskytovaná zpravidla na vyžádání praktického lékaře, popřípadě jiného ošetřujícího lékaře, a to převážně v návaznosti na primární péči.

Specializovaná ambulantní péče je poskytována pacientům v případech, kdy výkon zdravotní péče nenáleží do způsobilosti praktického lékaře, nebo se nejedná o ošetřovatelskou nebo lékárenskou péči. Specializovaná ambulantní péče je poskytována v ambulancích nemocnic nebo sdružených ambulantních zařízeních, jako konziliární činnost pro lékaře primární péče v oblasti specializovaných oborů a dále jako zdravotní péče bezprostředně po ukončení hospitalizace, vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta. Ke specializovaným oborům lůžkové péče poskytované v nemocnicích patří:

- neurologie *(zabývá se diagnostikou, prevencí a nechirurgickou léčbou onemocnění centrálního a periferního nervového systému a dále velkou částí onemocnění páteře a svalů)*
- infekce *(předmětem je diagnostika, léčení a výzkum nemocí, v jejichž patogenezi hraje rozhodující úlohu infekční proces)*

- ortopedie *(zabývá se vyšetřením, diagnostikou, prevencí, léčením a rehabilitací vrozených nebo získaných onemocnění, deformacemi a funkčními problémy úrazovými nebo neúrazovým pohybového aparátu)*
- oftalmologie *(náplní je prevence, diagnostika, léčení, rehabilitace, posuzování a výzkum onemocnění oka a jeho přídatných orgánů a celková problematika zraku, ve svých postupech uplatňuje kromě konzervativních metod podstatnou měrou i metody chirurgické, vyžadující zcela specifickou operační techniku a vybavení)*
- TRN *(předmětem je vyhledávání, prevence, epidemiologie, diagnostika, léčba, dispenzarizace, rehabilitace, posudková činnost, výzkum chorob dýchacího ústrojí)*
- urologie *(převážně operační obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou onemocnění nadledvin, ledvin, močových cest, mužského pohlavního ústrojí)*
- ORL *(obor vykonávající diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, preventivní a posudkovou péči o onemocnění a úrazy uší, nosu a krku)*
- dermatovenerologie *(zabývá se prevencí, diagnostikou, léčením, dispenzarizací, epidemiologickým šetřením, posudkovou činností, edukací a výzkumem nemocí kůže)*
- ARO *(zabývá se poskytováním, organizováním a zkoumáním anesteziologické, resuscitační a intenzívní péče, při tom úzce spolupracuje s dalšími operačními i neoperačními obory)*

Vysoce specializovaná péče

Vysoce specializovaná péče je poskytována ve specializovaných nemocnicích a nemocnicích univerzitního typu.

Vysoce specializovanými obory lůžkové péče jsou například:

- kardiologie *(vyšetřování, léčení a sledování nemocných s chorobami srdce a cév, v péči o nemocné s chronickými formami srdečních chorob připadá klíčová role spolupráci praktického lékaře, internisty a kardiologa)*
- nefrologie *(zabývá se prevencí, diagnostikou a léčbou akutních i chronických onemocnění ledvin a močových cest, která postihují tyto orgány primárně nebo sekundárně v důsledku postižení jiných orgánů a náhradou funkce ledvin*)

- geriatrie *(plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory)*
- klinická onkologie *(zabývá se sekundární prevencí, diagnostikou, komplexní léčbou a dispenzarizací nemocných s maligním nádorovým onemocněním a před nádorovými stavy)*
- plastická chirurgie *(zabývá se specializovanou diagnostickou a léčebnou péčí o vrozené a získané vady, poškození a deformity, léčbou čerstvých poranění a jejich následků, pokud vyžadují speciální výkony plastické chirurgie)*
- nemoci z povolání
- léčba metabolických onemocnění
- dětské specializované obory a jiné

K oborům s nejvyšší specializací, poskytovaných ve specializovaných nemocnicích, které nezajišťují komplexní spektrum odborností, ale zaměřují se pouze na některé z těchto oborů, se řadí například:

- neurochirurgie
- kardiochirurgie
- úrazová chirurgie
- transplantace orgánové
- transplantace kostní dřeně
- popáleninová medicína
- perinatologie a další

Tab. 1. *Přehled zdravotnických zařízení k 31. 12.2008 v Moravskoslezském kraji (MSK) a v okrese Opava*

Celkový přehled zdravotnických zařízení	Počet za MSK	Počet za okr. Opava
Nemocnice (lůžková a ambulantní část)	**19**	**1**
nemocnice následné péče	18	1
fakultní nemocnice	1	0
Odborné léčebné ústavy	**20**	**5**
léčebny pro dlouhodobě nemocné	11	3
léčebny TBC a respir. nemocí pro dospělé -	2	0
psychiatrické léčebny pro dospělé	1	1
rehabilitační ústavy pro dospělé	1	1
ostatní odborné léčebné ústavy pro dospělé	1	0
dětské psychiatrické léčebny	0	0
ostatní dětské odborné léčebné ústavy	1	0
ozdravovny	0	0
hospice	1	0
další lůžková zařízení	0	0
Lázeňské léčebny	**5**	**3**
lázeňské léčebny pro dospělé	3	2
dětské lázeňské léčebny	2	0
Samostatná ambulantní zařízení	**2715**	**359**
polikliniky, sdružená ambulantní zařízení	***18***	***3***
zdravotnická střediska	***8***	***3***
primární péče - samostatné ordinace	***1509***	***206***
praktického lékaře pro dospělé	529	75
praktického lékaře pro děti a dorost	235	30
zubního lékaře	613	82
ženského lékaře	132	19
samostatné ordinace lékaře specialisty	***712***	***97***
ostatní ambulantní zařízení	***468***	***50***
Zvláštní zdravotnická zařízení	**53**	**5**
kojenecké ústavy a dětské domovy	4	1
dětské stacionáře a dětská centra	8	0
jesle a další dětská zařízení	4	0
stacionáře	18	1
dopravní a záchranná zdravotnická služba	16	3
ostatní	3	0
Zařízení lékárenské služby	**322**	**38**
lékárny vč. odloučených odd. výdeje léčiv	288	34
výdejny zdravotnických prostředků	29	4
ostatní	5	0
Orgány ochrany veřejného zdraví	**2**	0
Ostatní	0	0
Zdravotnická zařízení CELKEM	**3133**	**408**

2.4 Zdravotnický pracovník

Zdravotnictví a sociální služby dnes zaměstnávají v České republice zhruba 7 % práceschopného obyvatelstva, průměr v západoevropských zemích je dokonce více než 10 % a lze počítat s tím, že se tento podíl bude dále zvyšovat.

Ve zdravotnických službách existuje mnoho profesí jak lékařských tak i nelékařských, vyžadujících pro úspěšnou profesní činnost určitou odbornost, ale zároveň i respektování mravních norem a morálních vlastností pracovníka.

Zvláště povolání, v jejichž centru zájmu je člověk, a to člověk v nějaké tíživé či znevýhodněné situaci, klade na mravní profil svých pracovníků zvýšené etické nároky.

2.4.1 Profesní etika zdravotnického pracovníka

Známé a nejstarší vyjádření základních morálních a etických povinností lékaře je Hippokratova přísaha. Text Hippokratovy přísahy nelze v současné době považovat za závazný doslovně, ale základní principy jsou závazné i nyní:

- princip nonmaleficence (neškození), který zavazuje zdravotníka volit takové postupy, aby nemocného nepoškodil. V medicíně se hovoří o postupech konaných „lege artis“ (lat. Podle pravidel umění)
- princip beneficence (dobřečinění), který zavazuje zdravotníka aktivně jednat v zájmu života a zdraví pacienta. Tradičně je tato zásada vyjadřována latinským „Salus aegroti suprema lex“ (Zdraví nemocného je nejvyšší zákon.)

K těmto dvou tradičním principům přistupují dva nové:

- princip autonomie nemocného, který odráží právo informovaného pacienta na sebeurčení, právo svobodně volit diagnostický, léčebný postup nebo takový postup odmítnout
- princip spravedlnosti, který souvisí zejména s rozdělováním prostředků a s požadavkem rovného přístupu k pacientům bez ohledu na věk, rasu, národ, pohlaví, sexuální orientaci, společenskou pozici či náboženské vyznání[10]

[10]WURM, a kol. 2007, s.95.

Etické rozhodování v oblastí zdravotní péče s sebou často přináší konflikty těchto principů.

Každá lékařská komora má svůj etický kodex, který jasně vymezuje povinnosti lékaře vůči pacientům.

V oblasti etiky zdravotní péče je na prvním místě významný dokument Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, zkráceně Bioetické konvence či Konvence o biomedicíně. Jedná se o celoevropský platný dokument, v ČR ratifikován roku 2002 a je ze své podstaty nadřazen českým zákonům.

Také pacienti mají svá práva definovaná v Etickém kodexu práv pacientů. Kodex byl v České republice schválen Centrální etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví roku 1992. Práva pacientu jsou však platná morálně nikoli právně.

Etické kodexy, které zakotvují práva pacientů ve vztahu k lékaři a zdravotnickému personálu, obsahují především zásady upravující vztah lékaře a pacienta. Je profesní ctí zdravotníka tyto etické kodexy dodržovat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ

Primární péče o zdraví obyvatelstva je zajišťována praktickými lékaři.

Praktický lékař pro dospělé poskytuje soustavnou péči registrovaným pacientům a neodkladnou péči všem obyvatelům bez ohledu na trvalé bydliště, věk, pohlaví, rasu či vyznání. Provádí v potřebném rozsahu základní vyšetření a ošetření, diagnostiku, léčbu, prevenci a posudkovou činnost u všech onemocnění a stavů. Péči poskytuje ve standardních podmínkách v ordinaci, v domácím prostředí pacienta nebo v místě náhlé poruchy zdraví či úrazu. Určuje, která onemocnění může léčit sám, která vyžadují konziliární vyšetření, nebo předání ke sledování specialistou a která je nutno hospitalizovat. Následně zabezpečuje péči o pacienta po hospitalizaci.

Je to kontinuální komplexní individuální celoživotní péče v prostředí, které, jak charakterizují soukromí praktici, není jednoduché svou právní jistotou a složitostí systému zdravotnictví.

Každý praktický lékař je odpovědný za kvalitu poskytované péče. Odborné zázemí pro nezávisle pečující praktiky poskytuje Společnost všeobecného lékařství Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP).

Ve věcech zajišťování podmínek poskytování péče a vztahu k pojišťovnám a institucím hraje tuto roli Sdružení praktických lékařů ČR. Obě společnosti, k zajištění potřeb regionu, vytvořily Krajská centra primární péče. Na regionální úrovni spolupracují s příslušnou regionální administrativou ve tvorbě sítě zdravotnických zařízení, připravují a poskytují podněty ke zlepšení zdravotní péče. Na centrální úrovni obě společnosti vytvářejí koncepce, předkládají připomínky a poskytují odborné poradenství státní administrativě a zdravotním pojišťovnám. Prostřednictvím svých periodik, webových stránek zajišťují informovanost praktických lékařů v otázkách odborných i profesních.

Praktický lékař může do své péče registrovat klienty od 14 let, ale převážně dochází k registracím až počátkem devatenáctého roku věku.

Praktický lékař pro dospělé je tzv. registrujícím lékařem. A jako registrující lékař je povinen zajišťovat zdravotní péči o registrované pojištěnce, zajišťovat návštěvní službu. Při převzetí pacienta do péče je s ním vypsán registrační list a pacient je seznámen s plánem preventivních prohlídek. Preventivní prohlídky slouží k včasnému zjištění ohrožení nebo poruch zdraví a jsou v rámci hrazené péče.

Primární péči o dospělou populaci zajišťovalo k 31. 12. 2008 v České republice 5 250 praktických lékařů, v Moravskoslezském kraji (MSK) to bylo 618 praktických lékařů pro dospělé.

Na jednoho lékaře pro dospělé připadalo v republikovém průměru 1 626 registrovaných pacientů (v MSK 1663 pacientů). Bylo provedeno 40,5 milionu ošetření-vyšetření. Počet ošetření-vyšetření na jednoho lékaře v ČR 8314 (v MSK 8284 ošetření) a počet ošetření na jednoho registrovaného pacienta je v ČR 5 (v MSK 5,1 ošetření).

Zajištění primární péče o dospělou populaci se dlouhodobě výrazně nemění, nepříznivě se však vyvíjí věkové složení praktických lékařů pro dospělé. I nadále dochází ke stárnutí praktických lékařů pro dospělé.

Věkové složení (podle údajů z Registru lékařů, zubních lékařů a farmaceutů k 31. 12. 2007) bylo následující:[11]

do 34 let	3,7 %
35–44 let	14,7 %
45–54 let	41,6 %
55–64 let	28,9 %
65 let a více	11,1 %

[11] *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2008*, ÚZIS ČR, Praha 2009, Aktuální informace č.28/2009,[online].[cit2010-03-04].Dostupné z www:< http:// www.uzis.cz/download_file.php?file=3549>

3.1 Zřízení ordinace praktického lékaře pro dospělé

V obci Štěpánkovice v loňském roce proběhla rekonstrukce místní základní školy a v jejím areálu vznikl prostor pro poskytování služby občanům.

Jedním z návrhů z řad občanů ohledně služby, kterou by v nově vzniklých prostorách uvítali, je zřízení ordinace praktického lékaře pro dospělé.

Je-li tento návrh možný a uskutečnitelný, je podnětem mé studie, ve které zvážím nutné kroky podmiňující vznik a chod takového zařízení.

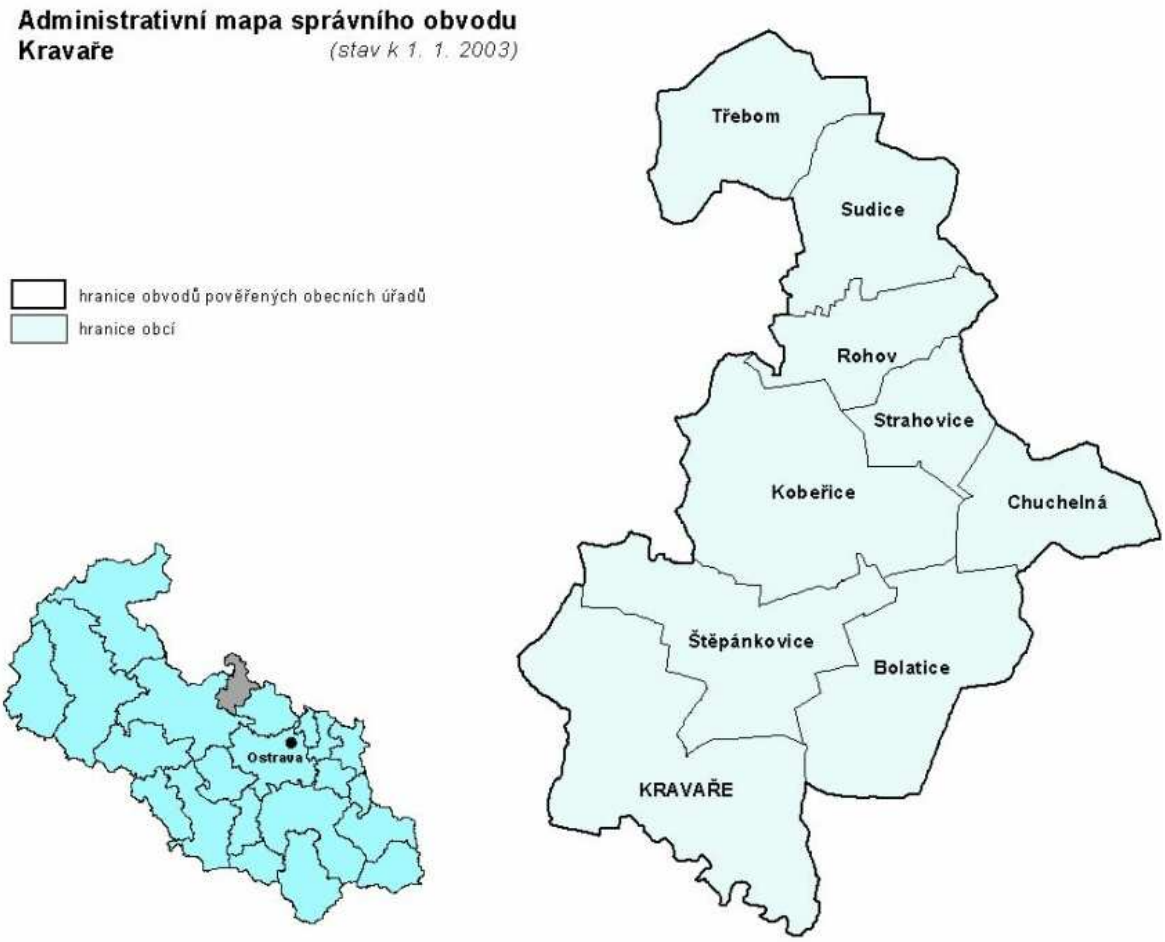
Obec Štěpánkovice se nachází v Moravskoslezském kraji ve správním obvodu obce s rozšířenou působností obce Kravaře (obr.č.1). V obvodu je evidováno 21 276 obyvatel (k 1.1.2009) a z toho je cca 17 600 obyvatel starších 19 let.[12][13]

Obec má zajištěnou primární péči pro svých 3114 obyvatel jednou praktickou lékařkou pro dospělé a jednou praktickou lékařkou pro děti a dorost.

Obec nemá zájem být zřizovatelem nestátního zdravotnického zařízení. Zvažuje pouze pronájem volných nebytových prostor.

[12]Správní obvody obcí s rozšířenou působností – Moravskoslezský kraj 2004,ČSÚ 2005, [online].[cit19.4.2010].Dostupné z www: < http://www.czso.cz/xt/edicniplan.nsf/t/B0002667CE/>

[13] Od 19 let zpravidla dochází k registraci klientů u praktického lékaře pro dospělé



Obr. č. 1. *Administrativní mapa správního obvodu Kravaře*

3.2 Požadavky na vybavení zdravotnického zařízení

Dle technických a věcných požadavků na vybavení zdravotnického zařízení, vyplývajících z vyhlášky č. 49/1993 Sb., Ministerstva zdravotnictví České republiky o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, jsou prostory v místní škole pro ordinaci praktického lékaře vhodné, bez dalších nákladných úprav.

Prostor zařízení se skládá z místnosti pro čekárnu pacientů, WC s umyvadlem a tekoucí vodou a samotnou ordinací, jako společné pracoviště sestry a lékaře.

Je splněn požadavek zejména:

- na minimální plochu ordinace 15 m² v nebytových prostorech se zdravotně nezávadným provozem
- na provozně uzavřený celek se systémem vytápění
- na snadný přístup pacientů a příjezd motorových vozidel, bezbariérový přístup
- na dodávku pitné vody a odvod odpadních vod
- na dostupnou telefonní linkou

Ordinace musí splňovat přísné hygienické normy (vybavení, čistota, jak je nakládáno s biologickým odpadem), které jsou pravidelně kontrolovány státními orgány.

3.3 Administrativní požadavky na zřízení zdravotnického zařízení

Stát nebude zřizovatelem tohoto zdravotnického zařízení, bude jím fyzická či právnická osoba, tudíž provoz takového nestátního zařízení se bude řídit zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Oprávnění k provozování nestátního zařízení vzniká rozhodnutím o registraci krajského úřadu příslušného podle místa provozování nestátního zařízení. Pro obec Štěpánkovice je příslušným úřadem Krajský úřad Moravskoslezského kraje.

Provozovat ordinaci v obci může lékař, jako fyzická osoba nebo jako právnická osoba. Pokud o lékařskou praxi bude mít zájem lékař, který ještě nepodnikal, měl by se rozhodnout, jakou formou a jaké kroky podniknout k založení firmy.

Právnická osoba

Nejčastější formou podnikání právnických osob v oblasti zdravotnictví je u větších zařízení akciová společnost a u menších ordinací, kde je lékař zaměstnancem a dalším zaměstnancem je zdravotní sestra nebo více lékařů, formou společnosti s ručením omezeným (s.r.o.).

Založení společnosti s ručením omezeným vlastními silami je poměrně zdlouhavý proces, který v současné době většinou vázne na rychlosti odbavování na úřadech. Pro založení společnosti s ručením omezeným je nutno vykonat zejména následujících úkony :

- uzavření společenské smlouvy formou notářského zápisu
- složení základního jmění společnosti nebo jeho části
- zápis společnosti do obchodního rejstříku
- registrace společnosti u finančního úřadu

Sepsání a podpis společenské smlouvy

Sepsáním a podpisem společenské smlouvy je založena společnost s ručením omezeným. Důležitým pojmem v předchozí větě výraz je "založena", který se výrazně liší od pojmu "vznik společnosti". Společenskou smlouvu je tak nutno dle § 57 Obchodního zákoníku (ObchoZ) nechat sepsat formou notářského zápisu.

Společenská smlouva musí obsahovat (§ 110 ObchZ):

- firmu a sídlo společnosti
- určení společníků uvedením firmy nebo názvu a sídla právnické osoby nebo jména a bydliště fyzické osoby
- předmět podnikání (činnosti)
- výši základního kapitálu a výši vkladu každého společníka včetně způsobu a lhůty splácení vkladu
- jména a bydliště prvních jednatelů společnosti a způsob, jakým jednají jménem společnosti
- jména a bydliště členů první dozorčí rady, pokud se zřizuje
- určení správce vkladu
- jiné údaje, které vyžaduje obchodní zákoník

Společenská smlouva může určit, že společnost vydá stanovy, které upraví vnitřní organizaci společnosti a podrobněji některé záležitosti obsažené ve společenské smlouvě.

Notářský zápis včetně potřebného počtu kopií vyhotoví každý notář.

Složení vkladů

Způsob složení vkladů stanoví společenská smlouva (§ 60 ObchZ). Vklady musí být složeny na bankovní účet. Založení společnosti s ručením omezeným (s.r.o) je relativně podrobně řešeno v obchodním zákoníku a to v § 105 až § 153e. Minimální výše základního kapitálu musí činit alespoň 200 000 Kč.

Nejjednodušší způsob (rejstříkovým soudem nejuznávanější) je založení nového bankovního účtu na jméno správce vkladů a složení vkladů na tento účet. Banka na vyžádání vydá potvrzení o složení vkladů a o jeho výši. K vydání tohoto potvrzení vyžaduje banka předložení společenské smlouvy nebo zakladatelské listiny. Potvrzení poté slouží jako jeden ze zakladatelských dokumentů a dokládá se při podání návrhu na zápis do obchodního rejstříku.

Vznikem společnosti (zápisem do obchodního rejstříku) se stávají vklady jejím majetkem a společnost s nimi může volně disponovat.

Návrh na zápis společnosti do obchodního rejstříku

Návrh na zápis do obchodního rejstříku se podává u příslušného rejstříkového soudu. Návrh na zápis podepisují všichni jednatelé, podpisy musí být úředně ověřeny.

Jako přílohy se k návrhu přikládají:

za společnost

- společenská smlouva nebo zakladatelská listina
- oprávnění k podnikatelské činnosti
- listina osvědčující právní důvod užívání místností, a to výpis z katastru nemovitostí ne starší 3 měsíců osvědčující vlastnické právo k prostorám, do nichž společnost umístila své sídlo, a pokud není vlastníkem, souhlas vlastníka těchto prostor
- doklad(y) o splnění vkladové povinnosti

za každého jednatele

- výpis z Rejstříku trestů ne starší 3 měsíců
- čestné prohlášení jednatele, že je plně způsobilý k právním úkonům a že splňuje podmínky provozování podnikání podle zvláštních předpisů

Podpis musí být úředně ověřen. V případě, že rejstříkový soud zjistí formální chyby návrhu na zápis společnosti, vyžádá si opravu nebo doplnění tohoto návrhu.

Zápis společnosti do obchodního rejstříku

O zapsání společnosti do obchodního rejstříku vydává rejstříkový soud Rozhodnutí o zápisu, které je doporučeně zasláno do sídla zakládané společnosti.

Zápisem do obchodního rejstříku fakticky vzniká společnost s ručením omezením a tímto dnem nastává povinnost vést (podvojné) účetnictví.

První z povinností nově vzniklé společnosti je její registrace u místně příslušného finančního úřadu.

Fyzická osoba

Lékař provozující lékařskou praxi jako fyzická osoba nemá povinnost registrace na živnostenském úřadě neboť dle zákona č.455/1991 Sb., o živnostenském podnikání živností není v rozsahu zvláštních zákonů činnost fyzických osob (lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče a přírodních léčitelů).

Fyzická osoba, v našem případě lékař, nezapsaný v obchodním ani živnostenském rejstříku, je oprávněn podnikat za podmínek stanovených v zákoně č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Tento zákon se vztahuje na uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta, který hodlá vykonávat povolání na území České republiky jako osoba samostatně výdělečně činná nebo jako zaměstnanec.

Způsobilý k výkonu povolání lékaře je ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý, bezúhonný.

Lékař je povinen doložit zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékařským posudkem.

Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů nebo obdobného rejstříku, který nesmí být starší 90 dnů.

Odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství.

Tato odborná způsobilost umožňuje výkon povolání lékaře pouze pod odborným dohledem. Pro výkon povolání lékaře, jako osoby samostatně výdělečně činné, je nutné získání specializované způsobilosti. Specializovaná způsobilost lékaře se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je lékaři vydán ministerstvem diplom o specializaci v příslušném specializačním oboru. Součástí specializačního vzdělávání je absolvování základního kmene příslušného

specializačního oboru. Pro výkon povolání praktického lékaře pro dospělé je nutné vzdělání ve specializačním vzdělání v oboru všeobecné praktické lékařství.

Odlišnosti obou typů provozovatelů (právnické, fyzické osoby)

Ručení

Právnická osoba, v našem případě předpokládané s. r. o., ručí výhradně majetkem společnosti. Nepřichází proto v naprosté většině případů v úvahu možnost ztráty osobního majetku při neúspěchu v podnikání. Naopak fyzická osoba ručí veškerým svým majetkem, tedy i osobním majetkem, který není zařazen do obchodního majetku provozovatele praxe. V případě neúspěchu v podnikání hrozí i možnost ztráty osobního majetku.

Dědění

V případě úmrtí společníka s. r. o. je jeho obchodní podíl na společnosti, který v našem případě představuje 100 %, předmětem dědického řízení. Nesmírně důležitou skutečností oproti provozování praxe fyzickou osobou je, že nezaniká registrace NZZ (nestátního zdravotnického zařízení). Dědicové mohou proto s. r. o. prodat nebo jej dále provozovat prostřednictvím odborného zástupce (lékaře jako zaměstnance).

Lékařská praxe vedená fyzickou osobou není předmětem dědického řízení. Úmrtím provozovatele praxe zaniká registrace NZZ a předmětem dědického řízení se stává pouze hmotný majetek, nacházející se v ordinaci.

Účetnictví

Právnické osoby jsou povinny vést účetnictví dle zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví.

Fyzická osoba vede zpravidla daňovou evidenci dle § 7b zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů. Tato daňová evidence jejíž forma není závazně stanovena, zajišťuje zjištění základu daně z příjmů a obsahuje údaje o příjmech a výdajích, v členění potřebném pro zjištění základu daně, majetku a závazcích.

Vedení účetnictví je časově i odborně náročnější než vedení daňové evidence a z toho vyplývají i vyšší finanční částky, které jsou za vedení účetnictví zpracovatelem požadovány.

Zdanění

Počínaje zdaňovacím obdobím kalendářního roku 2008 platí pro fyzické osoby jednotná sazba daně ve výši 15% z daňového základu, který lze zjednodušeně charakterizovat jako částku o kterou zdanitelné příjmy ve zdaňovacím období (kalendářním roce) převyšují výdaje prokazatelně vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení.

Fyzická osoba má možnost neuplatnit výdaje v prokázané výši ale procentem z dosažených příjmů. U provozovatelů lékařských praxí je to 40% z dosažených zdanitelných příjmů.

U společnosti s ručením omezeným je zisk po zdanění ziskem společnosti a je nutno rozhodnout o jeho dalším použití. V případě, že bude použit např. na nákup zdravotnické techniky nebo převeden do fondů, z kterých budou kryty finanční potřeby NZZ v budoucnu, bude zdanění ve výši 20 % konečné.

Pokud se však rozhodne provozovatel NZZ použít zisk po zdanění nebo jeho část pro svoji osobní spotřebu formou vyplacení podílu na dosaženém čistém zisku, výplata tohoto podílu podléhá další, tzv. srážkové dani ve výši 15 %.

Zveřejňování ekonomických výsledků

Naprostá většina provozovatelů NZZ se snaží uchovat ekonomické výsledky své podnikatelské činnosti v anonymitě. V případě vedení daňové evidence jsou ekonomické výsledky provozování NZZ neveřejné a objevují se pouze v daňovém přiznání za příslušné zdaňovací období, přičemž správce daně je vázán zákonnou mlčenlivostí.

V případě provozování NZZ formou právnické osoby (s. r. o.) platí povinnost zasílat krajskému soudu, u kterého je obchodní společnost vedena, za jednotlivá zdaňovací období výkaz zisku a ztrát, rozvahu a přílohu k účetní uzávěrce.

Přestože NZZ provozovaná formou právnické osoby nepodléhají v absolutní většině z důvodu dosahovaného obratu povinnému auditu a předkládají tak zmiňované výdaje pouze ve zjednodušeném rozsahu, lze z nich vyčíst minimálně dosažené roční tržby,

vyplacené mzdy, uhrazenou daň z příjmů, uplatněné odpisy hmotného majetku, dosažený roční zisk, stav dlouhodobého hmotného majetku a mnoho dalších zajímavých ekonomických údajů.

Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Provozovatel lékařské praxe - fyzická osoba nemůže dle stávající legislativy, při případném prodeji praxe, převést na kupujícího registraci NZZ a smlouvy se zdravotními pojišťovnami. I tyto dvě skutečnosti mají významnou váhu pro rozhodování jednotlivých provozovatelů, zda podnikat jako fyzická osoba nebo právnická osoba.

Žádost o registraci

Dalším krokem k provozování praxe je získání oprávnění k provozování nestátního zdravotnického zařízení (NZZ).

Každé nestátní zdravotnické zařízení může poskytovat zdravotní péči pouze v případě, že má oprávnění k provozování zdravotnického zařízení = rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení**.**

Nestátní zařízení musí být pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče personálně, věcně a technicky vybaveno a musí splňovat požadavky kladené na jeho provoz. Každé nestátní zdravotnické zařízení je ze zákona povinno poskytovat zdravotní péči jen toho druhu a v tom rozsahu, v jakém je poskytování zdravotní péče stanoveno v rozhodnutí o registraci a na jejím základě se v únosné míře podílet na zajištění potřebných zdravotnických služeb, zejména pohotovostní služby včetně lékařské služby první pomoci.

Je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba, musí být plně způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a mít odbornou způsobilost a zdravotní způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované nestátním zařízením. Tato „odborná způsobilost“ je právě odkazem na zákon č. 96/2004 Sb. a vyhlášku č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Oprávnění k provozování nestátního zařízení vzniká rozhodnutím o registraci krajského úřadu, v našem případě Moravskoslezského kraje.

Podaná žádost o registraci (Příloha č. 2) musí obsahovat doklady dle § 10 odst. 2 a 3 zákona č. 160/1992 Sb. jedná se především o:

- jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo, je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba; je-li provozovatelem nestátního zařízení právnická osoba, musí obsahovat název, sídlo, právní formu, jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo osoby nebo osob, které jsou statutárním orgánem a jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo odborného zástupce
- druh a rozsah poskytování zdravotní péče
- místo provozování nestátního zařízení včetně uvedení vlastnického nebo nájemního vztahu
- den zahájení provozování nestátního zařízení

K žádosti o registraci je provozovatel nestátního zařízení povinen připojit tyto doklady:

- doklad o vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti a doklad o bezúhonnosti, který nesmí být starší tří měsíců
- souhlas orgánu příslušného k registraci s personálním a věcným vybavením, s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zařízením
- nájemní smlouva v případě poskytování zdravotní péče na základě nájemní smlouvy, (smlouva o nájmu nebo o podnájmu nesmí omezovat nájemce či podnájemce ve svobodném výkonu povolání), výpis z katastru nemovitostí - list vlastnictví v případě vlastnického vztahu
- provozní řád, schválený příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví
- výpis z evidence Rejstříku trestů

Neobsahuje-li žádost potřebné údaje, vrátí ji orgán příslušný k registraci žadateli k doplnění. Nedojde-li k doplnění, žádost o registraci zamítne.

Výběrové řízení

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení. Výběrové řízení vyhlásí krajský úřad Moravskoslezského kraje (vyhlašovatel).

Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru (Příloha č. 1). Před konáním výběrového řízení k uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami je nutné mít oprávnění k provozování nestátního zařízení.

Výběrové řízení se koná před komisí, která je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina všech členů komise. Rozhodnutí je přijato, hlasovala-li pro něj nadpoloviční většina přítomných členů komise. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas zástupce příslušné zdravotní pojišťovny. O průběhu a výsledku výběrového řízení komise vyhotoví zápis, který podepíše předseda a všichni přítomní členové komise. Zápis musí obsahovat jména členů komise a stanovení pořadí přihlášek s uvedením počtu získaných hlasů.

Vyhlašovatel zveřejňuje výsledek výběrového řízení na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče a zašle rozhodnutí o registraci správci daně, orgánu státní statistiky, stavovské profesní organizaci, orgánu sociálního zabezpečení.

Vyhlašovatel doporučuje zdravotní pojišťovně uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Výsledek výběrového řízení není pro zdravotní pojišťovny závazný.

Jednou z podmínek pro uzavření smlouvy o poskytování zdravotní péče je uzavřena pojistná smlouva na pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče

Po ukončeném výběrovém řízení uzavře zdravotnické zařízení smlouvy se zdravotními pojišťovnami o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Zdravotní péče uhrazovaná pojištěncům ve veřejném zdravotním pojištění je stanovená zákonem č. 48/1997 Sb. kombinací pozitivního a negativního vymezení hrazených zdravotních služeb. Tento rozsah zdravotních služeb je pro všechny zdravotní pojišťovny závazný. Jednotlivé pojišťovny se mohou lišit zejména svou smluvní politikou vůči poskytovatelům zdravotní péče, tj. s kým a na jaké zdravotní služby navážou smluvní vztah. V rozsahu uhrazovaných zdravotních služeb je jejich prostor odlišení velmi malý a je určen objemem prostředků v tzv. fondu prevence. Do tohoto fondu mohou zdravotní pojišťovny přispívat maximálně 0,3 % svých příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění.

Vzorem pro uzavírání konkrétních smluv mezi lékaři a pojišťovnami je tzv. rámcová smlouva, která stanovuje základní pravidla. Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími zdravotní péči praktických lékařů a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Právní vztahy upravené ve smlouvě se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy dle vyhlášky 618/2006 Sb., s výjimkou těch ustanovení, která takovou možnost výslovně uvádí. Dle vyhlášky pojišťovny uzavírají smlouvy na osm let, pokud se s lékaři nedohodnou jinak.

Aby lékař dostal zaplaceno za ošetření pacienta, musí mít uzavřenou smlouvu s tou zdravotní pojišťovnou, u které je daný pacient pojištěn.

Postup při uzavírání smlouvy (popis činností)

Pro uzavírání smluv platí tyto zásady:

- jedno zdravotní zařízení (ZZ, IČO) bude mít v rámci jedné krajské pobočky (KP) VZP ČR a jednoho segmentu zpravidla jen jednu smlouvu
- v případě, že ZZ má pracoviště ve více okresech, rozhodne ředitel KP VZP ČR, v rámci kterého ÚP VZP bude smlouva uzavřena a plněna
- v případě, že pracoviště daného ZZ jsou ve více krajích, mohou se ředitelé těchto KP VZP ČR dohodnout, že takové ZZ bude smluvně zabezpečovat jedna z KP VZP ČR
- smlouvy včetně příloh, jakož i dodatky ke smlouvám uzavírá (podepisuje) jménem VZP ČR ředitel KP VZP ČR nebo jím pověřený zaměstnanec KP/ÚP VZP ČR. Je posouzena i kvalifikace personálu pro nasmlouvanou péči (výkony) v souladu s právními předpisy
- případnou odlišnost lze připustit v článku „platební ujednání" při sjednávání formy a termínů předávání dokladů a v článku „ostatní ujednání", který lze doplnit o ujednání dohodnutá mezi smluvními stranami s ohledem na lokální podmínky či specifika zdravotnického zařízení
- smlouvy se uzavírají na dobu, která je v nich uvedena, v případě, že je smlouva uzavírána na dobu určitou, doplní se datum, kdy uplyne doba účinnosti smlouvy
- při jednáních o typové smlouvě nebyla se zástupci poskytovatelů jednotlivých segmentů dohodnuta výše sankčních ujednání, VZP ČR si při jednáních vyhradila právo v individuálních případech, zejména jako předstupeň výpovědi smlouvy, sjednat sankční ujednání za porušení smlouvy v rozsahu uvedeném v článku 6 v příslušných rámcových smlouvách, vydaných vyhláškou č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách
- KP VZP ČR stanoví pro příslušné zdravotnické zařízení ve smyslu ustanovení § 43b zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů lhůtu 30 kalendářních dnů pro přijetí návrhu Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče
- ředitel KP VZP ČR nebo jím pověřený zaměstnanec KP VZP ČR podepíše Smlouvu nejpozději do 14 kalendářních dnů ode dne převzetí akceptovaného návrhu Smlouvy od ZZ

Zásady pro výběr smluvních partnerů

KP VZP ČR při jednáních o smlouvách s poskytovateli zdravotní péče postupují tak, aby výběr smluvních partnerů směřoval k vytváření, resp. dotváření optimální sítě ZZ, zabezpečující v jednotlivých regionech zdravotní péči pro pojištěnce VZP ČR v potřebném rozsahu a kvalitě.

Znamená to tedy uzavírat nebo rozšiřovat smlouvy pouze s těmi poskytovateli zdravotní péče, jejichž služby jsou nezbytné k zabezpečení dostupnosti či komplexnosti zdravotní péče nebo k jejímu řádnému fungování.

Při výběru smluvních partnerů KP VZP ČR vycházejí ze zásad obsažených ve zdravotně pojistném plánu VZP ČR a spolupracují se zástupci státní správy a samosprávy a zástupci poskytovatelů zdravotní péče v příslušném regionu a s profesními organizacemi.

Základní podmínky a kritéria pro výběr smluvních partnerů

- žadatel je držitelem rozhodnutí o registraci a má uzavřeno pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče
- žadatel respektuje typovou smlouvu projednanou se zástupci poskytovatelů (včetně Metodiky, Pravidel a Datového rozhraní v platném znění)
- žadatel bude poskytovat smluvený rozsah péče/soubor výkonů pro danou odbornost v definované a účelně stanovené ordinační, resp. provozní době
- u nového druhu, typu a odbornosti péče (dosud v okrese či regionu nezajištěného) budou preferovány žádosti doložené zpracovaným projektem prokazujícím potřebnost a účelnost takové péče pro region, s uvedením rozvahy, jakou a jakým způsobem poskytovanou dosavadní zdravotní péči pro pojištěnce regionu nahradí
- přístroje používané k terapii nebo k diagnostice budou doloženy příslušnými dokumenty dle zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů
- při výběru smluvních partnerů z více žadatelů o uzavření nebo rozšíření smlouvy bude přihlédnuto ke skutečnosti, že ZZ je držitelem Certifikátu ISO 9001

Zásady pro výběr smluvních partnerů v segmentu praktických lékařů

Praktický lékař musí být schopen zajišťovat komplexní péči o své pacienty v odpovídajícím rozsahu ordinační doby i návštěvní služby 5 pracovních dnů. Optimálním předpokladem je úvazek 1,0, naprosto minimálním alespoň 0,8. Nižší úvazek tyto podmínky nesplňuje.

Pracovní a ordinační doba praktický lékařů je v typové Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče definována takto:

Ordinační doba je dobou sjednanou ve Smlouvě a vypovídá o dostupnosti péče, v jakých hodinách je daná ordinace dostupná pro pacienty. Není do ní započítávána návštěvní služba a administrativní činnost. Sjednaná ordinační doba bude uvedena na vývěsce ordinace pro informování pojištěnců.

Zdravotnické zařízení poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky a personálně zajištěno, a to svým provozovatelem – fyzickou osobou, nebo zaměstnanci, zpravidla v rozsahu minimálně 32 hodin týdně, což odpovídá úvazku 0,8, z toho je 20 hodin ordinační doby (což odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 0,8), pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Úvazku 1,0 odpovídá 25 hodin týdně ordinační doby. Ostatní doba bude využita pro návštěvní službu a administrativní činnost.

VZP ČR preferuje, aby ordinační doba byla rozložena do všech pracovních dnů (s rozložením do dopoledních i odpoledních hodin).

VZP ČR preferuje nasmlouvání takové ordinace praktického lékaře, ve které pracuje také sestra.

Doklady potřebné pro uzavření smlouvy

- kopie rozhodnutí o registraci (včetně změn) vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení
- kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku
- oznámení ekonomického subjektu – fyzické a právnické osoby o přidělení identifikačního čísla

- doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (§ 16 zákona č. 160/1992 Sb.), vydaný příslušnou pojišťovnou
- sdělení ZZ o bankovním účtu

Body sjednané ve smlouvě

Identifikace pracoviště

IČO a název poskytovatele, název ordinace,adresa(y) umístění ordinace

identifikace, kvalifikace vedoucího pracoviště

Smluvní odbornost

smluvně dohodnutá odbornost, ve které pracoviště poskytuje péči a pro niž je věcně, technicky a personálně vybaveno a jakou formou je pracoviště hrazeno - kombinovanou kapitačně výkonovou platbou

Časový rozvrh poskytování péče

počet dnů a ordinačních hodin

Zdravotničtí pracovníci poskytující péči, identifikace, kapacita

seznam pracovníků poskytujících péči na pracovišti (lékaři, sestry…)

kvalifikace lékaře - lékaři s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu podle zákona č. 95/2004 Sb. a vyhlášky č.134/1998 Sb., předkládají vysokoškolský diplom z lékařské fakulty o absolvování studijního oboru všeobecné lékařství a certifikát MZ ČR nebo pověřené organizace o absolvování základního kmene specializačního oboru všeobecné praktické lékařství

Návštěvní služba

uveden konkrétní nasmlouvaný kód dopravy pro návštěvní službu, konkrétní oblast pro poskytování návštěvní služby (v km, nebo jmenovitě příslušné obce, ulice)

Nasmlouvané výkony

seznam nasmlouvaných kódů zdravotních výkonů (vychází se z potřeb na poskytování zdravotní péče, které má pojišťovna v daném regionu a které potřebuje prostřednictvím smluvního vztahu zajistit, pro pracoviště konkrétní smluvní odbornosti lze nasmlouvat výkony i více autorských odborností uvedených v platném seznamu zdravotních výkonů, avšak pouze ty výkony, pro které jsou splněny předepsané personální předpoklady, věcné a technické vybavení)

seznam nasmlouvaných výkonů zahrnutých do kapitační platby, další výkony nad rámec kapitace (u praktických lékařů)

Přístroje pro provedení nasmlouvaných výkonů

seznam zdravotnické techniky a vybavení pracoviště pro provedení nasmlouvaných výkonů.

Způsob úhrady poskytované péče

vyúčtování péče (zdravotnické zařízení předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování průkazně zdokumentované poskytnuté péče fakturou s náležitostmi účetního dokladu, splatnost je ujednána konkrétně smlouvou.[14]

[14]*Postup při uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost*,[cit 2010-03-13].Dostupné z www: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/smluvni_vztahy/postup_PL-PLDD.pdf>

3.4 Finanční bilance provozu ordinace soukromého lékaře

Vyhláška ministerstva zdravotnictví 49/1993 Sb., stanoví minimální požadavek na vybavení ordinace praktického lékaře pro dospělé.

Vybavení ordinace

stůl pro lékaře se dvěma místy pro lékaře a pacienta, lehátko - vyšetřovací (stůl) s minimální výškou 60 cm se svítidlem a odkladním mobilním stolkem, optotypy a váha s výškoměrem, stolek pro administrativní práce sestry, pracovní plocha pro přípravu zdravotnického materiálu a orientačního laboratorního vyšetření, sterilizátor, pokud není možnost smluvních dodávek z centrální sterilizace nebo dodávek materiálu na jedno použití, skříň a chladnička na léčiva a zdravotnický materiál, dřez, umývadlo, svlékací kout se sedačkou a věšákem.

Do základního vybavení ordinace by lékař investoval cca 60 000,-- Kč.

Příjem

Příjem za provedené výkony

Příjmem lékaře je péče zaplacená zdravotní pojišťovnou na základě měsíční fakturace lékařem provedených výkonů.

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři je hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou. Seznam výkonů a hodnota bodu je stanovena v příloze č. 2 vyhlášky č. 464/2008 Sb.

Body, bodová hodnota výkonu je součet všech přímých nákladů na výkon (osobních nákladů nositele výkonu, nákladů na jednoúčelové přístroje a jejich specifickou údržbu, při provedení výkonu přímo spotřebovaný zdravotnický materiál a při provedení výkonu přímo spotřebované léčivé přípravky) kalkulovaný v korunách a vyjádřený v bodech.

Pro rok 2010 byla v dohodovacím řízení dohodnuta se zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení a poskytovatelů hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění takto:

- pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, je hodnota bodu ve výši: 1,05 Kč
- pro ostatní výkony dle seznamu výkonů, je hodnota bodu 1,10 Kč
- pro výkony dopravy v návštěvní službě, je hodnota bodu ve výši 0,91 Kč

Výpočet kapitační platby

Pro stanovení kapitační platby je nutné zjistit počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny a to takto:

Počet zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách násobených indexem dle tabulky č. 3.

Výše kapitační platby se určí tak, že jednotlivé věkové skupiny přepočtených pojištěnců násobíme základní sazbou a ta činí:

- 50 Kč pro praktické lékaře ordinující alespoň 30 ordinačních hodin, 5 dnů v týdnu a alespoň jeden den v týdnu ordinační hodiny do nejméně 18 hodin, možnost objednání pacientů na pevně stanovenou hodinu alespoň dva dny v týdnu
- 49 Kč pro praktické lékaře ordinující alespoň 25 ordinačních hodin, 5 dnů v týdnu a alespoň jeden den v týdnu ordinační hodiny do nejméně 18 hodin
- 47 Kč pro ostatní praktické lékaře

Příklad:

Lékař má registrováno 10 pacientů (pojištěnců VZP) ve věkové skupině 80 – 84 let

Vypočet:

10 pacientů x 3,40 (index) = *34 přepočtený počet pacientů*

(Ve smlouvě má zdravotnické zařízení dohodnutou základní sazbu pro kapitační platbu ve výši *49,--Kč*).

Měsíční kapitační platba za tuto věkovou skupinu tak činí *34 x 49,-- tj. 1666,-- Kč*

Tab.č. 3 Věkové skupiny a indexy

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

Regulační poplatky

Dalším příjmem zdravotnického zařízení je regulační poplatek. Regulační poplatek je platba pojištěnců za klinické vyšetření (návštěvu) u lékaře, které činí 30,--Kč/ návštěva.

Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

Regulační poplatek neplatí dětí do dovršení 18 let věku. Dále zákon č. 48/1997 Sb. definuje další výjimky z placení poplatku.

Další příjmy

Příjmem lékaře jsou nadále výkony provedené, ale ze zdravotního pojištění nehrazené. Platba je tak požadována přímo od pacientů či orgánu, pro který se zdravotní výkon prováděl. Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění nebo hrazených jen za určitých podmínek jsou vyjmenovány v příloze č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb. v „Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek.“

Příslušná zdravotní pojišťovna hradí zdravotnickým zařízením léčivé přípravky paušální částkou, jejíž výše je sjednaná ve smlouvě o poskytování zdravotní péče, pokud je léčivý přípravek odůvodněně spotřebován a lze jej účtovat zvlášť k výkonu.

Dále je hrazen zvlášť účtovaný zdravotnický materiál, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován.

Náklady

Výše zmiňované příjmy tvoří hrubý příjem ordinace. Je třeba ještě odečíst veškeré náklady, které jsou spojeny s provozováním zdravotnického zařízení. Patří zde:

- mzda zdravotní sestry
- nájem, elektrická energie, náklady na vytápění, telefon, voda
- auto, pojištění, popř. silniční daň
- vedení účetnictví
- úklid ordinace
- svoz biologického odpadu
- pojištění zodpovědnosti spojené s provozováním zdravotnického zařízení
- pojištění v případě nemoci, pokud si neplatí nemocenské pojištění
- hardware, software v ordinaci
- nákup veškerých tiskopisů (lístky na sanitky, formuláře na lázně, recepty apod.)
- nákup zdravotnického materiálu (jehly, stříkačky, obvazový materiál, náplasti)
- nákup přístrojového vybavení (EKG, CRP atd.)
- atd.

Na základě převzatých údajů z výkazů E (MZ) 5-01 (které jsou však pouze orientační, z ne příliš rozsáhlého souboru respondentů jejich vypovídací schopnost nemusí být proto jednoznačná). Za vybraná zařízení lze odvodit, že v roce 2008 celkové průměrné příjmy připadající na ordinaci praktického lékaře pro dospělé dosáhly částky 1 688 000 Kč *(od zdravotních pojišťoven 1 434 000 Kč, v hotovosti 130 000 Kč)*, a průměrné výdaje činily za stejné období 864 000 Kč a z toho *(zdravotnický materiál 80 000 Kč, mzdové prostředky 204 000 Kč, provozní režie 383 000 Kč, ostatní výdaje 42 000 Kč).*[15]

[15] *Ekonomická situace ve zdravotnictví 2008*, [online].[cit 2010-03-13]. Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3641/>.

Podnikáním, dle obchodního zákoníku, se rozumí soustavná činnost prováděná samostatně podnikatelem vlastním jménem a na vlastní odpovědnost za účelem dosažení zisku.

Podnikatelem podle tohoto zákona je:

- osoba zapsaná v obchodním rejstříku
- osoba, která podniká na základě živnostenského oprávnění
- osoba, která podniká na základě jiného než živnostenského oprávnění podle zvláštních předpisů, do této kategorie spadá činnost lékařů při poskytování zdravotní péče, osoba, která provozuje zemědělskou výrobu a je zapsána do evidence podle zvláštního předpisu

Dle této definice je činnost soukromého praktického lékaře pro dospělé podnikáním. A snahou podnikatele je maximalizovat zisk, mít co nejvyšší příjmy, minimalizovat výdaje a platit státu co nejmenší daně.

Podnikání v oboru praktického lékařství je jistým podnikáním. Prakticky, lékař nemůže „zkrachovat“, tedy po stránce finanční. Jiných důvodů k ukončení soukromé praxe je více např. profesní selhání, psychické obtíže, syndrom vyhoření, zdravotní obtíže, nemoc, závislost, nevhodné rodinné okolnosti, nevraživost lidí, pomluvy, atd.

Vyhlašovatel krajský úřad Moravskoslezského kraje, příslušné zdravotní pojišťovny by neumožnily vznik soukromé ordinace, bez toho, aniž by bylo pro koho zdravotní péči vykonávat.

Moravskoslezský kraj má ve své „Koncepci zdravotní péče v Moravskoslezské kraji“ stanoven optimální počet praktických lékařů pro dospělé na 100 000 dospělých v rozmezí 53 – 59. Celkový počet lékařů pro dospělé v kraji by se měl pohybovat v rozsahu od 510 do 570, tj. v hodnotách, které jsou v současném období ve skutečnosti vysoce překračovány (Tab.č.3).

Soukromý lékař má tedy už svým povolením k provozování praxe jisté „zákazníky“ – pacienty. Je také rovněž jisté, že pacienti budou nuceni více, či méně často vyhledat lékařskou péči, za kterou dostane lékař zaplaceno. Samozřejmě pokud bude ordinace otevřena tzv. na zelené louce náklady budou z počátku vyšší než příjmy. Příjmy porostou s postupně se registrujícími pacienty.

Avšak co činí toto podnikání nejistým, je nejistota toho, za kolik budou praktičtí lékaři podnikat příští rok. Výsledkem každoročního „dohadování“ o výši ceny provedeného výkonu, je pak vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro daný rok.

Právě regulační omezení nutí lékaře volit mezi tím, co by dle etických zásad měl pro pacienta v jeho zdraví učinit a za co dostane zaplaceno. Překročí-li dané limity na péči je pak sankcionován regulační srážkou.

Podnikání lékařů nelze srovnávat tak doslovně s podnikáním v jiných oborech a to proto, že v povědomí lidí žijících v sociálně korektní společnosti tkví přesvědčení, že na nemoci a na jejím léčení není morální vydělávat.

Z toho důvodu mnoho lékařů nerado o sobě jako o podnikatelích hovoří. Ale bohužel lékař - podnikatel rozhodně nechce a ani nemůže být žádným altruistou. Jistě zná dobře hodnotu své práce, svého vzdělání a společenskou hodnotu, chce si udržet určitý životní standart a ten něco stojí. Na druhou stranu je samozřejmé podat co nejlepší péči.

Lékařské podnikání vidím jako neustálé hledání rovnováhy mezi dodržováním zákonů, mezi vlastní morálkou, morálkou společnosti a smyslem podnikání - vydělat peníze.

4 ZHODNOCENÍ MOŽNOSTI ZŘÍZENÍ ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V OBCI

Skutečnost, aby obec byla zřizovatel zdravotnického zařízení je sice ze zákona možná (zákon č. 20/1966 Sb.), avšak nevhodná a problematická.

Zřízení ordinace obcí by znamenalo nárůst finančních výdajů z obecního rozpočtu na rozjezd ordinace a na její provoz. Zaměstnanci obecního úřadu se neorientují v problematice zdravotní péče a aby byla naplněna podmínka odborné způsobilosti provozovatele NZZ dle § 9 zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, musela by obec zaměstnat odborného zástupce, který bude odpovídat za odborné vedení nestátního zařízení.

Ale obec (zřizovatel) o zřízení ordinace praktického lékaře zájem nemá. Její role by spočívala v pronajímání nebytových prostor. Prostory by pronajímala za 1000 Kč měsíčně, v součtu by to byl přínos do obecního rozpočtu pouze ve výši 12 000 Kč za rok.

Pokud by se rozhodla pronajmout prostory jiné právnické či fyzické osobě, měla by počítat s výdaji na hledání a výběr vhodného zájemce o zřízení ordinace.

V současné době není z řad lékařů o specializaci a činnost praktického lékaře pro dospělé velký zájem. To má za následek, jak vyplývá ze zkušeností mnoha obcí, které dlouho a marně hledali pro své občany praktika, že jich je a bude nedostatek.

Předtím než podá lékař či jiný zřizovatel návrh na výběrové řízení na krajský úřad Moravskoslezského kraje k uzavření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami, musí zjistit, zda v dané obci má VZP jako dominantní smluvní partner zájem na tom, aby zde taková ordinace praktického lékaře byla.

A samozřejmé je, že lékař má příslušné odborné vzdělání, je bezúhonný, atd., tedy splňuje podmínky registrace nestátního zdravotního zařízení.

Tab. 2. Počet lékařů na počet obyvatel v daném obvodě, obce s rozšířenou působností Kravaře a v Moravskoslezském kraji (MSK).

	Kravaře	MSK
Počet obyvatel (nad 19 let)	17 600	972 632
Počet lékařů (přepočtený stav na úvazek)	6,9	617,93
Počet lékařů (na 100000 dospělých)	-	63,53
Počet lékařů (na 1000 dospělých)	0,39	0,6353

Dle tabulky č. 2 vyplývá, že v Moravskoslezském kraji je na 1000 obyvatel starších 19 let 0,63 lékařů a v obvodu obce s rozšířenou působností pouze 0,39 lékařů.

Obyvatelé obvodu Kravaře jsou totiž registrování u svých lékařů i mimo tento obvod, a to v Opavě či v jiném místě Moravskoslezského kraje např. v místech svého pracoviště. Ve větších městech je tak potřeba více praktických lékařů než na venkově.

V obci Štěpánkovice už jedna lékařka má nasmlouvanou péči na celý úvazek. V okolí obce jsou sice větší obce Bolatice a Kravaře, které mají cca 9280 obyvatel starších 19 let a jen tři praktiky, což je asi jen 0,32 lékaře na 1000 pacientů, ale obec Štěpánkovice není pro tyto obce obcí spádovou a tudíž si myslím, že by za lékařem pacienti do Štěpánkovice nedojížděli a to hlavně starší generace.

Pokud by VZP povolila zřízení ordinace, tak dle mého názoru, jen jako částečný úvazek k doplnění úvazku některému praktikovi již vlastnícího praxi v jiném místě.

Vzhledem k výše zmíněnému bych obci spíše nedoporučovala zabývat se nadále možností, umístit službu pro své občany v podobě ordinace praktického lékaře do volných prostor v budově základní školy.

ZÁVĚR

Zdravotnická zařízení jsou obklopena jakousi jedinečností. Zvykli jsme si na představu, že jsou ve společnosti něčím zvláštním, výrazně se odlišujícím od ostatních institucí. Předmětem činnosti zdravotnických zařízení je především uzdravování nemocných lidí a pomoc při uchování tohoto zdraví. Jde nepochybně o činnosti vysoce významné, protože zdraví je pravděpodobně tím nejcennějším, co člověk má. Jde o aktivity vysoce odborně náročné. Avšak i jiné činnosti jsou pro zachování života společnosti zcela nezbytné. Zemědělství a potravinářství poskytuje lidstvu výživu, průmysl vyrábí produkty, bez nichž si dnes již neumíme současný život představit a atd. Složitost a náročnost zdravotnických aktivit je sice nesmírně vysoká, avšak i činnosti např. v oblasti jaderného průmyslu, kvalifikované chemie, kosmických technologií, se jim nesporně blíží nebo dokonce rovnají.

Nelze jakkoliv snižovat význam a náročnost práce zdravotnických pracovníků. Koneckonců všichni jsme potenciálními pacienty a všem nám záleží na tom, aby nám byly poskytnuty co nekvalitnější zdravotnické služby.

Také společenské uznání pracovníků ve zdravotnictví a zvláště lékařů je nezpochybnitelné. Výzkumy veřejného mínění ve většině států trvale staví lékařské povolání na první nebo druhé místo v hodnocení prestiže povolání.

Někteří představitelé zdravotnické sféry však zdůrazňují jakousi nadřazenost zdravotnické profese nad všemi ostatními. Je zcela nepopiratelné, že nejen studium medicíny, ale i výkon zdravotníka jsou vysoce náročné. Bylo by hrubou chybou i urážkou zdravotnického stavu tuto skutečnost neuznat. Stejně tak je ale urážkou ostatních profesí podceňování jejich významu pro fungování společnosti.

Je obtížné normovat zdravotnické výkony. Práci dělníka, úředníka nebo prodavače lze obvykle jednoduše znormovat. Ve většině oborů zdravotnictví je však normování výkonů ještě daleko složitější. Reakce lidského organismu jsou individuální, různorodě a obtížně předvídatelné. Z toho důvodu nejen spotřebu času, ale ani spotřebu léků a materiálu nelze přesně určit. Také efekty využití intelektu, který vychází nejen ze zkušeností lékaře, ale i z jeho individuální přístupu, lze obtížně normovat. Zatím nebyla nalezena dostatečně objektivní metoda měření zdravotnických výkonů a použití všech známých metod (body, paušály, DRG..) se setkává s velkými výhradami.

Celá společnost se (nerada) víceméně smířila se skutečností, že životní úrovně nejvyspělejších států dosáhneme až za několik let. Požadavky, aby jedna z profesí této úrovně dosáhla ihned, jen proto, že jsou lékaři, vědci, profesoři je nemyslitelné a škodlivé.

Příčinou složitosti řízení zdravotnických zařízení je mimořádně silné působení farmaceutické, přístrojové a stavební lobby. Důvodem pro použití nových dražších léků a účinnějších přístrojů či výstavby moderní budovy, mohou být pro některé aktéry zištným důvodem, ale i tím lidským pomáhajícím důvodem.

Nalézt hranici mezi zájmy dodavatelů, logicky vyplývajícími z jejich tržního postavení a úsilím o zlepšení zdravotní péče, je velmi obtížné. Tady vzniká prostor pro korupci, která podle zveřejněných průzkumů je, bohužel, v českém zdravotnictví na čelném místě.

Velmi vlivné je i lobby pacientů. Na rozdíl od předchozích není dobře organizované, avšak její společenský význam je obrovský – každý občan je potenciálním pacientem a současně voličem. Například v letošních volbách mohou voliči podpořit tu či onu politickou stranu, která zruší či ponechá regulační poplatky ve zdravotnictví. Pro mnoho voličů je to konkrétní a vlastní peněženku ovlivňující téma. Dále než k vlastní peněžence, natož pak o budoucnosti zdravotní péče, většina nemyslí. Každý chce pochopitelně být vyléčen za každou cenu, mnozí žádají i nemožné. Ale kde vzít finanční zdroje na žádanou kvalitní péči.

Další, velmi významnou příčinou složitostí řízení zdravotnických zařízení je mimořádně silný vliv centrálních institucí. Ty ovlivňují jejich činnost jak po stránce finanční (ministerstvo zdravotnictví, financí, práce a sociálních věcí i školství, zdravotní pojišťovny), tak i po stránce odborné, věcné (Státní ústav kontroly léčiv, Státní zdravotnický ústav, systém celoživotního vzdělávání, Česká lékařská komora, odborné organizace, sdružení atd.). Kvalita rozhodování ve většině těchto oblastí je často sporná, obvykle nesystémová a často zmatečná. Již skutečnost, že v čele ministerstva zdravotnictví se již od roku 1992 vystřídalo třináct ministrů, z nichž žádný nepředložil nebo neprosadil ucelenou a pro společnost přijatelnou koncepci, mluví sama za sebe.

Problémy organizace zdravotní péče řeší i další státy v Evropě a ve světě. V současnosti je například velkým tématem financování zdravotní péče v USA.

Našim tiskem neustále kolují zprávy o odvolávání a jmenování ředitelů nemocnic, o změnách platů, o nespokojených zdravotních sestrách s pracovními a mzdovými podmínkami, o cenách léků, o problémech mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami, to je však jen zlomek toho, s čímž se obtížně musí vyrovnávat jednotlivá zdravotnická zařízení.

Problémy v organizacích přímo řízených ministerstvem zdravotnictví, resp. kraji a v soukromých zařízeních jsou a budou. Ministerstva, krajské úřady a další aktéři vedou neustálou diskusi k daným problémům a snaží se o všeobecnou dohodu. Zdravotní pojišťovny se rovněž snaží vyhovět zdravotnickým zařízením a jejich platební morálka vůči poskytovatelům péče se od 90. let výrazně zlepšila.

Je zajímavé sledovat smysl a trendy ve zdravotnictví v průběhu dějin až po dnešek a přemýšlet o směrech budoucího vývoje. Mnohé problémy minulosti jakoby přetrvávaly dosud.

I na přelomu 19. a 20. století byl vztah lékařů pracující v systému povinného nemocenského pojištění k pojišťovnám rozporuplný, tak jako v současnosti vztah lékařů ke zdravotním pojišťovnám. Na jedné straně získával hlavně praktický lékař na menších místech smlouvu s nemocenskou pokladnou určitou existenční jistotu a na straně druhé se lékař, dostával do nepříjemných situací, provázených například čekárnami přeplněnými netrpělivými pacienty, dále pak s řadou proskripcí léčiv i složitými právními vztahy a administrativou. A hlavně existoval věčný problém, který první český profesor sociálního lékařství František Procházka popsal následujícím způsobem:"*Stojí tu lékař mezi dvěma ohni: jednak nadměrné požadavky členů nemocných a žádosti simulantů o uznání za nezpůsobilé k práci a na druhé straně orgány pokladny, které chtějí mít málo nemocných, málo vydání a kterým se často zdá, že je lékař k členům pokladny příliš povolným. Tato dvojí úloha lékaře pokladenského, chrániti prospěch a zdraví dělníkovo a chrániti také pokladnu, je velmi obtížná a způsobuje lékaři mnoho trpkých chvil. Není naprosto možno, aby lékař vždy vyhověl oběma stranám. I nejsvědomitější lékař, požívající plné důvěry jak dělníků, tak orgánů pokladenských, naráží mnohdy na případy, jež mu jeho povolání ztrpčují.*"[16]

[16] NIKLÍČEK, L. Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938 [online]. [cit 2010-03-04]. Dostupné z www:<http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm#6>

Zdravotnictví v ČR stojí již několik let před potřebou „ozdravující“ reformy a široká politická dohoda by byla předpokladem pro tvorbu i realizaci koncepce dalšího rozvoje zdravotnictví v ČR - to platí pro jakoukoli dobu, protože situace, kdy společnost chce poskytnout lege artis zdravotní služby solidárně všem svým členům, ale jejich rozsah je tak veliký, že na to nemá dostatek prostředků, byli a budou.

Praktičtí lékaři prostřednictvím svých sdružujících organizací, bez ohledu na politiku, se snaží primární péči neustále zkvalitňovat v porovnání s evropskou a světovou konkurencí. Společnost všeobecného lékařství Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) má stálé zástupce v Evropské a světové radě praktických lékařů (WONCA). Sdružení praktických lékařů ČR je členem Unie evropských praktických/rodinných lékařů (UEMO). Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP byla vybrána a pověřena přípravou světové konference praktických/rodinných lékařů WONCA v Praze v roce 2013.

V ČR se projevují obecné trendy zdravotní péče v EU. Část péče nemocniční se přesouvá do péče ambulantní, narůstá objem chronické péče, péče o starou populaci a péče paliativní. V této souvislosti narůstá objem služeb a zároveň nároky na kompetence lékařů primární péče.

Praktiční lékaři by uvítali rozšíření spektra zdravotních výkonů hrazených ze zdravotního pojištění, které by byl všeobecný praktický lékař oprávněn provádět. Jedná se například o péči o diabetiky II. typu, astmatiky, rychlou laboratorní diagnostiku přímo v ordinacích, onkologickou prevenci . Pro pacienty by to byl jistě přínos, ale určitě by protestovali ostatní specializované obory.

Je nutné počítat s postupným růstem podílu výdajů na zdravotnictví ve vztahu k hrubému domácímu produktu (HDP), a to zejména proto, že zdravotnictví je odvětví náročné na kvalifikovanou lidskou práci a nemůže počítat s racionalizačními efekty technického pokroku jako většina ostatních, zejména průmyslových odvětví. Nové zdravotnické technologie naopak spíše rozšiřují spektrum nabízených služeb než technologie dosavadní a tím přispívají k růstu výdajů. Výdaje na zdravotnictví jsou v ČR nízké, při absolutním srovnání na jednoho obyvatele v paritě kupní síly. V roce 2007 činily v přepočtu 1626 dolarů, přičemž průměrná hodnota za všechny členské země OECD je 2987 dolarů.

Dalším argumentem pro zvyšování výdajů na zdravotnictví je stárnutí populace. Je známo, že v průměru člověk čerpá významný podíl celoživotního objemu zdravotní péče v průběhu několika posledních měsíců svého života. S prodlužující se očekávanou délkou života se bude pravděpodobně zvyšovat i věk, kdy člověk bude celkem zdravý a významnější zdravotní péči nebude potřebovat. Naděje dožití při narození v Česku v roce 2007 byla 76,7 let.

Otázkou je také podíl aktivních občanů, kteří v rámci mezigenerační solidarity budou přispívat na zdravotní péči pro starší generaci. Dosud se vždy nastupující generace dokázaly o seniory na úrovni odpovídající příslušné době postarat, ale Česká republika populačně stárne a nebude dost „přispěvatelů“ na sociální odvody.

Je třeba vysvětlit občanům “sociálního“ státu, že kvalitní a účinná medicína přináší sice pokrok v léčení, ale použité metody jsou finančně nákladné a je tak nutné předcházet nemocem prevencí. Vynakládání prostředků na banální problémy a na léčbu usnadňující život, vede jen k odčerpávání financí některými pacienty a ke stagnaci rozvoje zdravotní péče.

Jako občan bych od státních institucí očekávala v prvé řadě zajištění toho, aby se peníze neztrácely ze zdravotnického systému korupčními praktikami, aby zdravotní pojišťovny v maximální míře dávali finance zpět do systému zdravotní péče, aby stát zajistil řádný dohled nad vzděláváním zdravotnického personálu a také důsledný a nezávislý dohled nad kvalitou poskytované péče.

Dohled nad kvalitou poskytované péče je zajišťován orgány České lékařské komory, znaleckými komisemi zřízenými MZ ČR, dále orgány příslušnými k registraci ZZ, odbornými sdruženími lékařů, případně dalšími institucemi. Bohužel, při výkonu lékařského povolání dochází k lidským pochybením, jak odborným, tak i etickým. I když vyšetřování okolností pochybení je pro všechny zúčastněné emočně či jinak frustrující, je nutné se z chyb a omylů poučit.

Tím, že bude neustále kladen větší důraz na prevenci nemocem, aby se předešlo další dražší následné péči, bude vzrůstat význam preventivní medicíny a tedy i praktických lékařů. Jelikož tento obor není oborem lukrativním, co se týče financí, není o tuto profesi valný zájem z řad studentů medicíny. Založit si soukromou ordinaci praktického lékaře nebo koupit již zavedenou, je pro mladého, finančně nezajištěného lékaře velký problém.

Všeobecné praktické lékařství je obor, jehož specializační příprava probíhá na lůžkových a ambulantních nemocničních odděleních s nediferencovaným příjmem, ve specializovaných ambulancích a v ordinacích akreditovaných praktických lékařů.

Nemocnice budoucí praktiky nemají zájem zaměstnávat, protože není předpoklad, že po ukončení specializační přípravy zůstanou pracovat jako kvalifikovaní lékaři u lůžka a všeobecní praktičtí lékaři – školitelé nemají zase finanční prostředky na platy školených lékařů. Všeobecné praktické lékařství potřebuje pro 3-leté specializační přípravě pro udržení přirozené obnovy minimálně 330 specializačních míst.

Studovat a prohlubovat své znalosti musí lékař neustále. Systém celoživotního vzdělávání lékařů slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání v léčebné a preventivní péči. Každý lékař – člen České lékařské komory má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání lékařů. Celoživotní vzdělávání je realizováno vzdělávacími akcemi akreditovanými subjekty, stážemi, přednáškovou a publikační činností lékaře, studiem odborné literatury.

Praktický lékař dle svých získaných vědomostí a dovedností určuje, která onemocnění může a je schopen léčit sám, která vyžadují konziliární vyšetření nebo předání ke sledování specialistou a která je nutno hospitalizovat.

Je proto důležité, aby praktický lékař pro dospělé měl co nejširší znalosti z mnoha oborů v medicíně a ještě navíc něco z psychologie, z problematiky výživy, sociologie atd.

Obor praktický lékař pro dospělé je zajímavým pro toho lékaře, který se rád vzdělává a je schopen pojmout široké spektrum vědomostí včetně daňové a právní problematiky spojené s chodem zdravotnického zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické zdroje

1. MAŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P. *České zdravotnictví vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
2. MAŠOVÁ, H. *Prostějov a Zlín – dvě moravské nemocnice v první ČSR*. 1. vyd. Prostějov: Městská knihovna Prostějov, 2003. 43 s.
3. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80247-2628-1.
4. SOUČEK, Z., BURIAN, J. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*.1. vyd. Professional Publishing, 2006. 196 s. ISBN 80-86946-18-5.
5. TOMEŠ, I., a kol. *Sociální správa*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 303s. ISBN 80-7178-560-1.
6. WURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-807254-997-9.

Odborné články

7. *Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství.* Practicus, roč. 9. č. 1, 2010, Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISSN 1213-8711.

Právní předpisy

8. Vyhláška MZ č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnického zařízení, v platném znění
9. Vyhláška č. 391/2009 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010
10. Vyhláška č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010
11. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění

12. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění

13. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění

14. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění

15. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění

16. Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění

17. Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), v platném znění

Internetové zdroje

18. *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2008*, ÚZIS ČR, Praha 2009, *Aktuální informace č.28/2009*,[online].[cit2010-03-04].Dostupné z www: < http:// www.uzis.cz/download_file.php?file=3549>

19. *Ekonomická situace ve zdravotnictví 2008*, [online].[cit 2010-03-13]. Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3641/>.

20. KOLEKTIV AUTORU, *Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR*, ÚZIS ČR, Praha, 2005,ISBN 80-7280-432-4,[online]. [cit 2010-03-04]. Dostupné z www< http://www.uzis.cz/download_file.php?file=1877 >

21. *Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji*, Moravskoslezský kraj, listopad 2003[online].[cit2010-03-14].Dostupné z www< http://www.uzis.cz/download_file.php?file=1877>

22. NIKLÍČEK, L. *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938* [online].[cit2010-03-04].Dostupné z www<:http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm#6>

23. *Postup při uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost*, [online].[cit 2010-03-13].Dostupné z www:<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/smluvni_vztahy/postup_PL-PLDD.pdf>

24. Správní obvody obcí s rozšířenou působností – Moravskoslezský kraj 2004,ČSÚ 2005, [online].[cit19.4.2010].Dostupné z www: < http://www.czso.cz/xt/edicniplan.nsf/t/B0002667CE/>

25. URL: <http://www.tribune.cz/pravni-poradna?o=40 >c2000-2009 [cit.2010-03-04].

26. URL:<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr_05.html>c2010 [cit2010-04-04]

27. *Zdravotnická zařízení v ČR v roce 2008 ve statistických údajích*, ÚZIS ČR, Praha 2009, Aktuální informace č.20/2009,[online].[cit2010-03-04].Dostupné z www: < http:// www.uzis.cz/download_file.php?file=3541>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	číslo
čl.	článek
ČR	Česká republika
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSR	Československá republika
HDP	Hrubý domácí produkt
IČO	Identifikační číslo organizace
KP	Krajská pobočka
KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví
MSK	Moravskoslezský kraj
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NZZ	Nestátní zdravotnické zařízení
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
Obch.Z.	Obchodní zákoník
ROH	Revoluční odborové hnutí
s.r.o.	Společnost s ručením omezeným
str.	Strana
tzv.	Takzvaný
ÚP	Územní pracoviště
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WONCA	Světová organizace praktických lékařů
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPBD	Zdravotnický pracovník bez dohledu
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Administrativní mapa správního obvodu Kravaře

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Přehled zdravotnických zařízení k 31.12. 2008 v MSK a okrese Opava

Tabulka č. 2: Počet lékařů na počet obyvatel v daném obvodě

Tabulka č. 3: Věkové skupiny a indexy

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Žádost o vyhlášení výběrového řízení

Příloha č. 2: Žádost o registraci nestátního zdravotnického zařízení

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O VYHLÁŠENÍ VÝBĚROVÉHO ŘÍZENÍ

Krajský úřad Moravskoslezského kraje
Odbor zdravotnictví
28. října 117
702 18 Ostrava

Žádost o vyhlášení výběrového řízení : □**fyzická osoba** □**právnická osoba**

V souladu s ustanovením § 46 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, žádám o vyhlášení výběrového řízení na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami

pro obor:
úvazek (časový rozsah poskytované péče):
pro území:
adresa NZZ, na které bude ambulance provozována:
IČO (pokud je přiděleno):
se kterými zdrav. pojišťovnami:

□VZP-111 □ČPZP-205 □RBP-213 □OZP-207 □VOZP-201 □ZPMV-211
□ZP METAL-ALIANCE-217 □ZP Škoda-209 □ZP MÉDIA-228

K žádosti uvádím:

V …….……. dne ……..
Název NZZ (práv. osoba): ……
Jméno, příjmení, titul: ……..……
(práv. osoba-statutární zástupce)
Adresa pro písemný kontakt: ……. ….……..
Tel. kontakt: ……...……..
Podpis, razítko: …….……...

Příloha - fotokopie rozhodnutí (aktuálního) o registraci nestátního zdravotnického zařízení

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O REGISTRACI NESTÁTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Krajský úřad Moravskoslezského kraje
odbor zdravotnictví
28. října 117
702 18 Ostrava

Žádost o registraci nestátního zdravotnického zařízení

Žádám o vydání rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení dle zákona č. 160/1992 Sb.,
o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a ve smyslu
ust. § 10 odst. 1 cit. zákona uvádím následující údaje:

Provozovatel ☐ fyzická osoba ☐ právnická osoba
Jméno a příjmení/název právnické osoby
……
Trvalé bydliště/sídlo právnické osoby …….
……
(dle občanského průkazu) …… PSČ ……
(název obce, její části, název ulice, číslo popisné a číslo orientační, bylo-li přiděleno)
Rodné číslo ……
Identifikační číslo ……

Statutární zástupci (u právnické osoby)
Jméno a příjmení ……
Trvalé bydliště ……
(dle občanského průkazu) ……PSČ ……
(název obce, její části, název ulice, číslo popisné a číslo orientační, bylo-li přiděleno)
Rodné číslo ……
Jméno a příjmení ……
Trvalé bydliště ……
(dle občanského průkazu) ……PSČ ……
(název obce, její části, název ulice, číslo popisné a číslo orientační, bylo-li přiděleno)
Rodné číslo ……
Jméno a příjmení ……
Trvalé bydliště ……
(dle občanského průkazu) ……PSČ ……
(název obce, její části, název ulice, číslo popisné a číslo orientační, bylo-li přiděleno)
Rodné číslo ……

Odborný zástupce (u právnické osoby nebo nemá-li provozovatel – fyzická osoba způsobilost k samostatnému výkonu povolání)
Jméno a příjmení ……
Trvalé bydliště ……
(dle občanského průkazu)
……PSČ……
(název obce, její části, název ulice, číslo popisné a číslo orientační, bylo-li přiděleno)

Rodné číslo ……

V případě více statutárních/odborných zástupců, uveďte požadované údaje na samostatné příloze k žádosti.

Druh a rozsah poskytované péče

- zdravotní péče v oboru

…….

- lékárenská péče v lékárně s názvem

……

(obor uveďte dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů
nebo zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů)

Místo provozování nestátního zařízení

……..

…….. PSČ …….

(název obce, její části, název ulice, číslo popisné a číslo orientační, bylo-li přiděleno)

Vztah k objektům (prostorám), v nichž je činnost provozována □ vlastnický □ nájemní

Den zahájení provozování nestátního zařízení

…….

Telefonní kontakt

……

E-mail…… …….

K žádosti se připojují tyto doklady (§ 10 odst. 3 cit. zákona):

a) doklad o vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.

b) souhlas orgánu příslušného k registraci (krajský úřad) s personálním a věcným vybavením,
s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zařízením, jde-li o provozování
lékárny, vydává osvědčení o věcném a technickém vybavení Státní ústav pro kontrolu léčiv

c) souhlas Ministerstva zdravotnictví, jde-li o zřízení transplantačního centra, tkáňové banky
a střediska pro vyhledávání dárců krvetvorných buněk

d) souhlas Ministerstva zdravotnictví s prováděním postupů a metod asistované reprodukce, jde-li
o provádění metod a postupů asistované reprodukce

e) osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, vydané Ministerstvem
zdravotnictví podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (č. 96/2004 Sb.)

f) provozní řád schválený příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví

g) souhlas Státního ústavu pro kontrolu léčiv s věcným a technickým vybavením, jde-li
o provozování výdejny zdravotnických prostředků

h) souhlas Českého inspektorátu lázní a zřídel, jde-li o provozování nestátního zařízení lázeňské
péče

i) souhlas Ministerstva zdravotnictví, jde-li o provozování nestátního zařízení zahraniční právnickou nebo fyzickou osobou s výjimkou státních příslušníků členských států Evropské

unie nebo právnických osob splňujících podmínky čl. 48 Smlouvy o založení Evropského společenství
j) nájemní smlouva v případě poskytování zdravotní péče na základě nájemní smlouvy (smlouva o nájmu nebo o podnájmu nesmí omezovat nájemce či podnájemce ve svobodném
výkonu povolání); výpis z katastru nemovitostí - list vlastnictví v případě vlastnického vztahu
k) pro účely splnění podmínky bezúhonnosti provozovatele nebo odborného zástupce a jejího
doložení v souladu se zákonem č. 124/2008 Sb., o Rejstříku trestů, ve znění pozdějších předpisů a některých dalších zákonů, je nutno doplnit tyto údaje

Údaje o provozovateli - fyzické osobě dle občanského průkazu
Jméno: …….
Rodné příjmení: …….
Nynější příjmení: …….
Rodné číslo: …….
Pohlaví: …….
Státní občanství: …….
Narození:
Datum: ……..
Stát: ……..
Okres: ……..
Obec: ……..
Údaje o odborném zástupci (provozovatel fyzická osoba nebo právnická osoba) – dle občanského
průkazu
Jméno: …….
Rodné příjmení: …….
Nynější příjmení: …….
Rodné číslo: …….
Pohlaví: …….
Státní občanství: …….
Narození:
Datum: ……..
Stát: ……..
Okres: ……..
Obec: ……..
Je-li provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení právnická osoba nebo fyzická, která nemá
způsobilost k samostatnému výkonu povolání odpovídajícího druhu a rozsahu zdravotní péče
poskytované nestátním zařízením, je povinna ustanovit odborného zástupce (ust. § 9 cit. zákona).
K ustanovení odborného zástupce je nutno předložit – doklad o vzdělání, doklad o zdravotní
způsobilosti, ne starší 3 měsíců. Odborný zástupce musí být v pracovním poměru nebo obdobném

pracovněprávním vztahu k provozovateli nestátního zařízení, pokud není společníkem obchodní
společnosti, která je provozovatelem, a odpovídá za odborné vedení nestátního zařízení.
V případě, že výše uvedené doklady byly přiloženy k žádosti o vydání souhlasu s personálním
a věcným vybavením, s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zdravotnickým
zařízením, nedokládají se znovu k žádosti o registraci nestátního zdravotnického zařízení.

Rozhodnutí žadatel převezme:

Osobně □

Poštou □

Upozornění

V případě, že žadatel žádá zaslat rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení poštou, je
možné podat žádost o registraci nestátního zdravotnického zařízení teprve poté, až žadatel předloží
souhlas s personálním a věcným vybavením, který již nabyl právní moci, tak jak vyžaduje zákon
č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších
předpisů. V případě, že tato žádost bude zaslána bez doložení souhlasu s personálním a věcným
vybavením, bude žadateli v souladu se zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád, vrácena jako neúplná.

V……dne…… Podpis žadatele…….

---------- vyplní registrující orgán ----------

Správní poplatek činí **1.000,- Kč**, podle položky č. 25 písm. a) Sazebníku správních poplatků (příloha
zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích).

Správní poplatek nelze uhradit kolkem a uvedenou hotovost nelze zaslat poštou v obálce.

Opisy – kopie dokladů souhlasí s originály. Správnost údajů za KÚ ověřil/a/: ……