



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

unicef 

pro každé dítě

Zkvalitnění služeb primární zdravotní péče

pro děti a dorost v České republice



Říjen 2024



Poděkování

Tato zpráva byla vytvořena pod vedením Ministerstva zdravotnictví České republiky a zpracována společností Ernst & Young, s.r.o. s přispěním Kanceláře UNICEF pro podporu řešení uprchlické situace v České republice.

Významně se na zprávě podíleli též další aktéři a partneři, kteří poskytli cenné postřehy, z nichž vycházejí závěry této zprávy. Zvláštní poděkování patří všem podpořeným osobám, které věnovaly svůj čas a úsilí a poskytly důležité informace, jež přispěly k formulaci získaných poznatků a zjištění této zprávy.

Obsah

Manažerské shrnutí.....	8
1. Úvod a cíle.....	13
2. Metodologie.....	14
3. Reakce na uprchlíky v oblasti zdravotnictví.....	15
3.1 Ukrajínští uprchlíci v České republice.....	15
3.2 Posílení přístupu k primární péči: Partnerství MZdr a UNICEF	17
4. Systém primární zdravotní péče v České republice.....	22
4.1 Rámec primární péče v České republice	22
4.2 Primární péče pro nejohroženější část obyvatel.....	22
4.3 Financování zdravotní péče	25
5. Hlavní výzvy v oblasti primární péče v České republice	28
5.1 Stárnoucí lékaři	29
5.2 Vzdělávací systém a atraktivita oboru	32
5.3 Regionální disparity a financování	33
6. Poučení z reakce na příchod ukrajinských uprchlíků.....	37
7. Analýza nákladů.....	42
7.1 Východiska analýzy nákladů	42
7.2 Předpoklady	43
7.3 Odhad kapacitní mezery	44
7.4 Porovnání a výběr scénářů nákladů	45
7.5 Vybrané nákladové scénáře	47
7.6 Omezení a nedostatky analýzy nákladů	52
8. Závěr a doporučení	54
Seznam literatury	58
Příloha 1 - Podpůrná data	60
Příloha 2 - Šídlo et. al (2024): Odhad potřebných pediatrických kapacit v českých krajích do roku 2035	65
Příloha 3 - Scénáře výpočtu nákladů nezahrnuté v Závěrečné zprávě	67
Příloha 4 - Hlubkové rozhovory	77
Příloha 5 - Scénář fokusní skupiny	80
Příloha 6 - Expertní panel.....	82

Seznam schémat

Schéma 1: Projektový rámec.....	14
Schéma 2: Přehled finanční podpory přidělené základním zdravotnickým zařízením pro děti, mladistvé a dospělé	18
Schéma 3: Podíl dětí očkových proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím do dvou let od narození ve skupině dětí narozených v daném roce.....	23
Schéma 4: Podíl pojištěnců narozených v daném roce, kteří byli očkováni alespoň jednou dávkou hexavakcíny v letech 2012–2022 (%)	24
Schéma 5: Kojenecká a novorozenecká úmrtnost v roce 2021 (na 1 000 dětí)	24
Schéma 6: Výdaje na zdravotní péči v České republice v letech 2013–2023 (*2023 = odhad)	25
Schéma 7: Přehled financování zdravotní péče.....	26
Schéma 8: Počet praktických lékařů na sto tisíc obyvatel v evropských zemích (2021)	28
Schéma 9: Počet pediatriů na sto tisíc obyvatel v evropských zemích (2021)	28
Schéma 10: Děti bez PLDD (nebo PL) v regionech, včetně ukrajinských uprchlíků (počet, % dětí, které nejsou registrovány u PLDD (nebo PL), z celkové dětské populace, 2023)	31
Schéma 11: Ukrajinskí uprchlíci ve věku 0–19 let v České republice (počet, % ukrajinských dětí z celkového počtu dětí, 2023).....	31
Schéma 12: Celkový počet uzavřených pediatrických ordinací a čistá bilance v krajích (2018–2023).....	33
Schéma 13: Odhad celkového EPÚ pediatriů potřebného pro podporu dětí ukrajinských uprchlíků	44
Schéma 14: Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2.....	47
Schéma 15: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podporovaných plných úvazků pro scénář A1.2	48
Schéma 16: Částečné pokrytí kapacitní mezery o 20 % kombinací Modelu 1 a Modelu 2	48
Schéma 17: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podporovaných plných úvazků pro scénář A2.2	49
Schéma 18: Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2.....	50
Schéma 19: Částečné pokrytí kapacitní mezery o 20 % kombinací Modelu 1 a Modelu 2	51
Schéma 20: Celkový počet pediatriů dle věku (2023).....	60
Schéma 21: Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2.....	67
Schéma 22: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A1.1	68
Schéma 23: Částečné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1	68
Schéma 24: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A2.1a	69
Schéma 25: Částečné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1	69
Schéma 26: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A2.1b.....	70
Schéma 28: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A3.1	71
Schéma 29: Částečné uzavření kapacitní mezery (51 %) kombinací Modelu 1 a Modelu 2.....	72
Schéma 30: Úplné uzavření kapacitní mezery (100 %) prostřednictvím Modelu 2	73
Schéma 31: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených EPÚ pro scénář B1.1	73
Schéma 32: Částečné uzavření kapacitní mezery (20 %) prostřednictvím Modelu 1	74
Schéma 33: Částečné uzavření kapacitní mezery (20 %) prostřednictvím Modelu 1	74
Schéma 34: Částečné uzavření kapacitní mezery (51 %) prostřednictvím Modelu 2	75
Schéma 35: Částečné uzavření kapacitní mezery (51 %) kombinací modelu 1 a Modelu 2	76

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled povinností při placení zdravotního pojištění.....	16
Tabulka 2: Fakultní nemocnice vybrané k získání finanční podpory	17
Tabulka 3: Oblastní nemocnice vybrané pro finanční podporu	18
Tabulka 4: Celkový počet a průměrný věk poskytovatelů primární péče	29
Tabulka 5: Multikriteriální srovnání v oblasti zdravotní péče o děti, dle krajů.....	35
Tabulka 6: Granty na otevření pediatrických ordinací v nemocnicích	42
Tabulka 7: Finanční pobídky ke zvýšení kapacit stávajících pediatrických organizací.....	43
Tabulka 8: Předpokládaný počet celkového a nového počtu EPÚ pediatriů potřebných do roku 2035, aby se udržel poměr VUP na EPÚ z roku 2021	44
Tabulka 9: Odhad celkového EPÚ pediatriů potřebného pro podporu ukrajinských dětí uprchlíků	45
Tabulka 10: Hodnocení scénářů na základě multikriteriálního bodovacího systému.....	46
Tabulka 11: Přehled nákladů pro scénář A1.2	47
Tabulka 12: Rozpis celkových nákladů u scénáře A1.2	47
Tabulka 13: Přehled nákladů pro scénář A2.2	48
Tabulka 14: Rozpis celkových nákladů u scénáře A2.2	49
Tabulka 15: Přehled nákladů pro scénáře B1.2.....	50
Tabulka 16: Rozpis celkových nákladů u scénáře B1.2	50
Tabulka 17: Přehled nákladů pro scénář B2.2	51
Tabulka 18: Rozpis celkových nákladů u scénáře B2.2	51
Tabulka 19: Předpokládaný dopad ukrajinských dětských uprchlíků na kapacity PP	60
Tabulka 20: Multi-kriteriální srovnání v oblasti zdravotní péče o děti, dle krajů (s výsledky*).....	62
Tabulka 21: Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR (mld. Kč)	63
Tabulka 22: Základní propočty výdajů na zdravotní péči v ČR pro roky 2023-2035 (mld. Kč)	63
Tabulka 23: Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2016-2022 (mld. Kč)	63
Tabulka 25: Předpokládané výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2023-2035 (mld. Kč).....	64
Tabulka 26: Rozložení odhadované kapacitní mezery	64
Tabulka 27: Výdaje na preventivní péči podle zdroje financování (mld. Kč)	64
Tabulka 28: Přehled nákladů pro scénář A1.1	67
Tabulka 29: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A1.1	67
Tabulka 30: Přehled nákladů pro scénář A2.1a, odstranění rozdílu do roku 2035	69
Tabulka 33: Přehled nákladů pro scénář A3.1	71
Tabulka 34: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A3.1	71
Tabulka 35: Přehled nákladů pro scénář A3.2	72
Tabulka 36: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A3.2	72
Tabulka 37: Přehled nákladů pro scénář B1.1	73
Tabulka 38: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B1.1	73
Tabulka 39: Přehled nákladů pro scénář B2.1a, odstranění rozdílu do roku 2035	74
Tabulka 40: Přehled nákladů pro scénář B2.1b, odstranění rozdílu do roku 2030	75
Tabulka 41: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B2.1	75
Tabulka 42: Přehled nákladů pro scénář 3.1	75
Tabulka 43: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B3.1	75
Tabulka 44: Přehled nákladů pro scénář B3.2	76
Tabulka 45: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B3.2	76
Tabulka 46: Respondenti hloubkových rozhovorů.....	77
Tabulka 47: Scénář hloubkových rozhovorů pro nemocnice	78
Tabulka 48: Scénář hloubkových rozhovorů pro tvůrce politik	79
Tabulka 49: Účastníci expertního panelu.....	82

Seznam zkratek

DRG	Klasifikační systém CZ-DRG
EPÚ	Ekvivalent plného úvazku
EU	Evropská Unie
EY	Ernst & Young, s.r.o.
FS	Fokusní skupina
HR	Hloubkový rozhovor
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
MV	Ministerstvo vnitra České republiky
MZdr	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PL	(Všeobecný) Praktický lékař
PLDD	Praktičtí lékaři pro děti a dospívající
PP	Primární péče
SDG	Cíle udržitelného rozvoje
SO ORP	Správní obvod obce s rozšířenou působností
SPL	Sdružení praktických lékařů
SPLDD	Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
SPZ	Spalničky, příušnice a zarděnky
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VO	Výzkumná otázka
VUP	Věkově upravená populace
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Manažerské shrnutí

Tato zpráva si klade za cíl shrnout získané zkušenosti s poskytováním primární zdravotní péče ukrajinským uprchlíkům v České republice, odhadnout náklady s tím spojené a identifikovat potenciální zdroje financování pro rozšíření těchto služeb na všechny potřebné jedince a rodiny. Analyzuje dva modely zaměřené na posílení primární zdravotní péče s cílem poskytnout vládě České republiky informace o nákladech spojených s rozšiřováním primární zdravotní péče prostřednictvím veřejných služeb. Nabízí také klíčová doporučení pro zlepšení poskytování zdravotní péče a zajištění její udržitelnosti. S využitím multimetodického přístupu, který integruje kvantitativní a kvalitativní údaje včetně desk research, hloubkových rozhovorů, fokusních skupin, analýzy nákladů a hodnocení expertního panelu, poskytuje Zpráva komplexní analýzu efektivity systému zdravotní péče a dopadu intervencí Ministerstva zdravotnictví a UNICEF podpořených v rámci odezvy na uprchlickou krizi.

KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ

Po vypuknutí války na Ukrajině v únoru 2022 zaznamenala Česká republika významný příliv ukrajinských uprchlíků. Mezi 24. únorem 2022 a 11. srpnem 2024 byl 614 817 ukrajinským uprchlíkům udělen status dočasné ochrany (UNHRC, 2024). K 1. září 2024 bylo dle Ministerstva vnitra v České republice registrováno 377 162 ukrajinských uprchlíků. Téměř polovina těchto uprchlíků se nacházela v Praze, ve Středočeském a v Jihomoravském kraji, přičemž 25 % uprchlické populace tvořily děti.

Ze zprávy vyplývá, že **příliv ukrajinských uprchlíků dále prohloubil problémy v systému primární zdravotní péče**, zejména pomalou generační obměnu zdravotníků. Je obtížné najít praktického lékaře pro děti a dorost, především v některých regionech, což je problém, se kterým se potýkají nejen ukrajinští uprchlíci, ale i čeští občané.

Na počátku krize Ministerstvo zdravotnictví rychle reagovalo zřízením nouzových zdravotních center a snížením administrativních překážek, což usnadnilo uprchlíkům přístup k péči. V roce 2022 byla zahájena spolupráce mezi ministerstvem zdravotnictví a UNICEF zaměřená na tyto klíčové oblasti: **zlepšení primární zdravotní péče** (přístup k průběžným lékařským prohlídkám a očkování); **budování kapacit ukrajinských zdravotníků** a **zdravotní prevence** (komunitní programy na podporu zdraví a prevenci).

Posílení primární zdravotní péče zahrnovalo několik opatření, včetně zřízení nových ordinací primární péče pro děti a dospělé ve vybraných fakultních a regionálních nemocnicích (Model 1) a poskytování podpory pro rozšíření kapacit v zavedených ordinacích poskytujících primární péči pro děti a dorost (Model 2). Cílem obou přístupů bylo rozšíření zdravotnických služeb pro děti a dorost z řad uprchlíků stejně jako pro širší českou populaci.

Oba modely společně pomohly více než 75 000 ženám a dětem získat přístup k primární zdravotní péči a zajistily očkování více než 36 700 dětí. Tyto služby byly k dispozici nejen ukrajinským uprchlíkům, ale i místnímu obyvatelstvu, což přispělo k řešení dlouhodobých problémů v českém systému primární zdravotní péče. **Partnerství mezi Ministerstvem zdravotnictví a UNICEF, které kombinovalo finanční podporu a technické znalosti, hrálo klíčovou roli při umožnění rozšíření zdravotnických služeb pro uprchlíky a zranitelné komunity a rozšíření kapacit zdravotnického personálu.** Základní předpoklad nedostatku kapacit ve výši 776 EPÚ je odvozen ze studie Šidlo et al., jak je podrobněji popsáno v kapitole 7.3 a v Příloze 2.

Zpráva naznačuje, že **modely intervencí realizované s podporou Ministerstva zdravotnictví a UNICEF mají potenciál pro celostátní rozšíření**. Po posouzení 11 scénářů založených na vybraných faktorech byly vzhledem k finančním omezením navrženy dva scénáře, které se zaměřují na efektivní plnění identifikované mezery v kapacitách primární pediatrické péče do roku 2035.

Scénář A1.2 zahrnuje komplexní přístup kombinující Model 1, který zřizuje nové ordinace primární zdravotní péče v městských oblastech, s Modelem 2, který posiluje stávající ordinace napříč všemi regiony. Tento přístup nabízí celostátní pokrytí a představuje praktickou cestu k úplnému odstranění kapacitní mezery do roku 2035. Odhadované celkové náklady činí 2 199 764 000 Kč. Tento přístup by vyžadoval 0,017 % nárůst celkových nákladů na zdravotní péči a 0,328 % nárůst nákladů na preventivní zdravotní péči. Na základě historických trendů ve financování preventivní péče bude 15 % celkových nákladů ve výši 330 milionů Kč hrazeno z veřejných výdajů. Zbývajících 85 %, tj. 1,87 miliardy Kč, bude poskytnuto pojišťovnami.

Alternativou je **Scénář A2.2** nabízející cílenější řešení. Tento scénář aplikuje Model 1 ve třech prioritních regionech a Model 2 v ostatních zbývajících regionech, s odhadovanými celkovými náklady 428 274 000 Kč. To by vedlo k nárůstu celkových nákladů na zdravotní péči o 0,003 % a nárůstu nákladů na preventivní zdravotní péči o 0,064 %. Tento přístup je vhodný pro řešení situace nejzranitelnějších regionů s nižšími finančními závazky.

Navzdory slibným modelům uvedeným ve Zprávě přetrvávají obavy ohledně finanční udržitelnosti českého systému zdravotní péče. Zpráva zdůrazňuje, že bez trvalých investic nebo zlepšení nákladové efektivity se systém může dostat do značných finančních potíží. Navržené modely sice nabízejí potenciální řešení pro posílení nedostačujících kapacit primární péče, jejich úspěch však závisí na pokračující finanční podpoře a přidělování zdrojů.

ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Na základě identifikovaných problémů a zjištění předkládá zpráva několik klíčových doporučení pro zlepšení primární zdravotní péče v České republice.

1 **Přijmout strategický multimetodický přístup k účinnému překlenutí nedostatku kapacit primární zdravotní péče**

Pro zajištění dostupnosti a kvality primární zdravotní péče v České republice do roku 2035 je nezbytné navýšení rozpočtu počínaje rokem 2025. Řešení kritického nedostatku 776 pediatrů na plný úvazek vyžaduje dodatečnou roční alokaci až 2,2 miliardy Kč. Tato investice posílí odolnost zdravotnického systému a nejlépe jí lze dosáhnout kombinací dotací pro nové ordinace praktických lékařů pro děti a dorost a finančních pobídek pro ty stávající.

2 **Posílit vzdělávání a školení pro mladé pracovníky primární zdravotní péče**

Upravit vzdělávací programy tak, aby přilákaly mladé lékaře a sestry ke všeobecné praxi. Zvýšit atraktivitu kariéry ve všeobecné praxi zdůrazněním jejich role v preventivní péči a veřejném zdraví. Posílit praxi skrze lepší spolupráci mezi nemocnicemi a všeobecnými praktickými lékaři a integrovat témata migrace a zdraví do lékařských učebních osnov, aby lépe připravily odborníky na rozmanité potřeby pacientů.

3 **Využít ukrajinské zdravotníky**

Zjednodušit proces zapojení ukrajinských lékařů do zdravotnického systému, aby mohli ihned přispět k pokrytí jeho potřeb. Stávající zdoluhavý a složitý proces uznání vzdělávání brání využití lékařů hovořících ukrajinsky, kteří by mohli výrazně zlepšit péči o uprchlíky i místní obyvatele.

4 **Podpořit týmové praxe**

Rozšiřovat skupinové praxe poskytováním finančních pobídek praktickým lékařům. Tyto skupiny, které zahrnují řadu zdravotnického a podpůrného personálu, mohou zlepšit poskytování služeb, stabilizovat personální obsazení a lépe zvládat požadavky na zdravotní péči, včetně těch souvisejících s obstaráváním financí a administrativy.

Týmová praxe je založena na spolupráci více lékařů s týmem lékařských i nelékařských odborníků, která vede k optimalizaci přístupu k péči z hlediska rozsahu ordinačních hodin, poskytovaných služeb, plánování schůzek atd. Přinášejí tak větší dostupnost péče, lepší organizaci péče a následně i větší efektivitu.

5 Přehodnotit a přerozdělit nemocniční zdroje

Restrukturalizovat pediatrická lůžková oddělení a případně další s nízkou obložeností, aby bylo možné efektivněji přerozdělit personální zdroje do zařízení primární péče. Tento posun by optimalizoval personální a finanční zdroje a zlepšil celkovou efektivitu zdravotní péče.

6 Posílit monitoring kapacit

Implementace centralizovaného a transparentního systému pro monitorování a řízení kapacity zdravotní péče. Tento systém by měl poskytovat aktuální informace o dostupných zdrojích v reálném čase, zefektivnit odkazování pacientů a zlepšit celkovou efektivitu tím, že zkrátí dobu, kterou pacienti stráví hledáním péče.

Zpráva zdůrazňuje potřebu systémových zlepšení v českém zdravotním systému, aby byl zajištěn spravedlivý a udržitelný přístup ke kvalitní primární zdravotní péči pro všechny, zejména v kontextu rostoucí poptávky a finančních omezení. Doporučení uvedená ve Zprávě nabízejí plán pro zlepšení poskytování zdravotní péče, zajištění udržitelnosti, a nakonec uzavření kapacitní mezery. Zaměřením na vzdělávání, využíváním zahraničních zdravotnických odborníků, podporou skupinových praxí, přerozdělením zdrojů nemocnic a posílením monitorování kapacit může český zdravotní systém lépe uspokojit potřeby jak uprchlíků, tak širší populace.



1. Úvod a cíle

Hlavním účelem této zprávy je poskytnout Ministerstvu zdravotnictví České republiky doporučení na podporu postupného rozšiřování primární péče (PP) prostřednictvím služeb veřejného sektoru. To zahrnuje zdokumentování zkušeností získaných z reakce uprchlíků, pokud jde o přístup ke službám PP, odhad souvisejících nákladů a identifikaci potenciálních zdrojů financování. Cílem Zprávy je zajistit, aby k těmto službám měly přístup všechny děti i dospělí v nouzi, a nabídnout klíčová doporučení, která by Ministerstvu zdravotnictví (MZdr) pomohla při realizaci postupného rozšiřování pokrytí PP v celé zemi.

Níže jsou uvedeny hlavní cíle a výzkumné otázky (VO), kterými se řídí tvorba návrhu metodiky.

VO1	Do jaké míry se českému zdravotnictví podařilo reagovat na výrazný příliv uprchlíků do země? Existovaly nějaké výzvy a rozdíly spojené s výrazně zvýšenou poptávkou po službách primární zdravotní péče?
VO2	Jaké jsou konkrétní potřeby a současné nedostatky v dostupnosti/poskytování služeb PP v zemi? Existují geografické a jiné rozdíly?
VO3	Jak přispělo partnerství mezi MZdr a UNICEF k rozšíření přístupu k primární zdravotní péči v reakci na velký příliv uprchlíků?
VO4	Do jaké míry dva modely primární zdravotní péče, nově zavedené MZdr s podporou UNICEF, reagovaly na potřeby uprchlíků a dalších zranitelných komunit (nemocnice a PLDD)? Existovaly nějaké faktory úspěchu, které je třeba zopakovat?
VO5	Jaké byly náklady na oba modely (centra primární péče a aktivace praktických lékařů) a jak byly hrazeny? Existují rozdíly mezi modely na základě kontextu?
VO6	Jak mohou být tyto modely udržitelné, naceněné a rozšířené, aby se zajistilo zlepšení poskytování služeb PP pro všechny děti potřebující zdravotní péči?

Metodologie

Metodika této Zprávy využívá multimetodický přístup zahrnující kvantitativní i kvalitativní metody sběru a analýzy dat. Pro zvýšení validity výzkumu je použita triangulace jak na úrovni sběru dat, tak na úrovni zdrojů. To zajišťuje komplexnější pochopení programu, minimalizuje chyby a poskytuje více pohledů na intervence.

Schéma 1: Projektový rámec



Klíčové metody a činnosti:

- 1. Desk research:** Zahrnuje analýzu existující literatury a údajů, včetně demografických údajů o uprchlících, zdravotních potřeb a efektivity zařízení PP.
- 2. Hloubkové rozhovory (HR):** Prostřednictvím kvalitativních HR byly shromážděny poznatky od zúčastněných stran identifikovaných prostřednictvím analýzy zúčastněných stran. Rozhovory probíhaly dle strukturovaných scénářů, byla zajištěna důvěrnost, informovaná účast a zastoupení různých demografických skupin.¹
- 3. Fokusní skupiny:** Použity k ověření zjištění z předchozích analýz. Těchto strukturovaných diskusí se účastnili příjemci služeb PP, přičemž zastoupení a zapojení bylo zajištěno prostřednictvím dobře naplánovaných a zprostředkovaných sezení.²
- 4. Výpočet nákladů:** Tato činnost zahrnuje plánování scénářů pro předvídání budoucích výsledků a analýzu nákladů. Podrobnější popis metodiky výpočtu nákladů je uveden v kapitole 7.
- 5. Expertní panel:** Panel hodnotil výsledky, aby byla zajištěna přesnost a spolehlivost.³

1 Seznam respondentů je uveden v Příloze 4, a scénář rozhovoru v Příloze 5.
2 Scénář fokusních skupin je uveden v Příloze 6.
3 Seznam účastníků je uveden v Příloze 6.

3. Reakce na uprchlíky v oblasti zdravotnictví

3.1 Ukrajínští uprchlíci v České republice

Po vypuknutí války na Ukrajině v únoru 2022 zaznamenala Česká republika **velký příliv ukrajinských uprchlíků**. V únoru 2022 aktivovala Rada Evropské unie (EU) nástroj známý jako dočasná ochrana, který je upraven směrnicí Rady 2001/55/ES o dočasné ochraně. Tento nástroj slouží jako krizový mechanismus EU, který se používá při mimořádných událostech, kdy dochází k masovému přílivu osob ze třetích zemí, aby jim byla poskytnuta kolektivní ochrana a zmírněn tlak na národní systémy zemí EU. Osoby, kterým byla v České republice poskytnuta dočasná ochrana, získaly přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění po dobu 150 dnů, přístup ke vzdělání, volný přístup na trh práce a nárok na další asistenční služby, např. ubytování a humanitární příspěvek.

Po Německu a Polsku je Česká republika zemí s třetím největším počtem ukrajinských uprchlíků. Patří také k zemím s nejvyšším podílem uprchlíků na obyvatele v EU, neboť Ukrajinci s udělenou dočasnou ochranou činí 3,18 % obyvatelstva ČR (k dubnu 2024). Tím se země řadí hned za Černou Horu a Moldavsko, což podtrhuje její významnou roli při přijímání a podpoře ukrajinských uprchlíků (Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty, 2024).

Od 24. února 2022 do 11. srpna 2024 byl **status dočasné ochrany udělen 614 817 ukrajinským uprchlíkům**⁴. V některých případech se však uprchlíci vrátili na Ukrajinu nebo se přesunuli do jiných členských států EU. Podle registračních údajů Ministerstva vnitra České republiky (MV, 2024a) činil k 1. září 2024 počet ukrajinských uprchlíků přítomných v České republice 377 162. Téměř polovina těchto uprchlíků se nacházela v Praze, ve Středočeském a v Jihomoravském kraji.

377 162Ukrajinských uprchlíků
v České republice

Počet ukrajinských uprchlíků v České republice každý měsíc kolísá, nicméně celkový trend je od začátku konfliktu stabilizovaný. Přesto příliv uprchlíků zůstává stálý, s přibližně 7 000 novými uprchlíky každý měsíc.

Demografické složení zahrnuje 95 441 dětí do 18 let, 266 339 dospělých do 65 let (ženy a muži) a 15 382 dospělých nad 65 let (ženy a muži).⁵ (MV, 2024b).

25 %z uprchlické populace tvoří
děti

Dne 21. března 2022 byl vyhlášen soubor tří zákonů, označovaných jako „Lex Ukrajina“, které zahájily institut dočasné ochrany a usnadnily integraci uprchlíků z Ukrajiny v České republice. Tyto zákony především upravují právní status uprchlíků, sociální zabezpečení a vzdělávání a byly původně přijaty na období jednoho roku. Účinnost zákonů je dále prodloužena novelami, přičemž šestá verze prodloužuje dočasnou ochranu až do 31. března 2025,

s účinností od 1. ledna 2024. Dne 12. června 2024 vláda schválila novelu zákona Lex Ukrajina 7.

4 UNHCR, 2024

5 Včetně osob neznámého pohlaví.

Tato novela umožní ukrajinským uprchlíkům, kteří jsou ekonomicky soběstační a nejsou závislí na systému sociálního zabezpečení, získat status běžného pobytu. Místo dočasné ochrany budou nyní mít nárok na dlouhodobý pobyt podle zákona o pobytu cizinců (Rözler, 2024).

Podle zákona „Lex Ukrajina“ jsou uprchlíci z Ukrajiny po vstupu do České republiky automaticky přihlášení k veřejnému zdravotnímu pojištění, což jim poskytuje stejná práva na zdravotní péči jako českým občanům. Po dobu prvních 150 dnů za ně stát hradí zdravotní pojištění. Po uplynutí 150 dnů je zdravotní pojištění poskytováno, ale není již automaticky bezplatné pro všechny skupiny. V níže uvedené tabulce je uvedeno, kdo je odpovědný za umístění pojistného na zdravotní pojištění a jaké doklady jsou vyžadovány.

Tabulka 1: Přehled povinností při placení zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění hradí stát		
<u>Osoby, kterým dlouhodobý zdravotní stav znemožňuje výkon zaměstnání</u> (s účinností od 1. dubna 2023) Dokumentace: Výpis ze zdravotnické dokumentace předložený zdravotní pojišťovně.	<u>Uchazeči o zaměstnání evidovaní na úřadu práce:</u> Podmínka: Podání žádosti o zprostředkování zaměstnání na Úřadu práce. Dokumentace: Potvrzení o evidenci na úřadu práce.	<u>Osoby pečující o dítě</u> Podmínka: Osobní a řádná péče na plný úvazek alespoň o jedno dítě mladší 7 let nebo o dvě a více dětí mladších 15 let. Dokumentace: Čestné prohlášení a rodné listy dětí nebo obdobný dokument.
<u>Děti do 18 let</u> Dokumentace: Žádné dokumenty nejsou vyžadovány.	<u>Studenti ve věku 18-26 let</u> Podmínka: Studující v České republice nebo na Ukrajině. Dokumentace: Potvrzení o studiu.	<u>Senioři ve věku od 65 let</u> Dokumentace: Žádné dokumenty nejsou vyžadovány.
Zdravotní pojištění hradí zaměstnavatel		
<u>Zaměstnanci ve věku 18-64 let</u> Podmínka: Dohoda o provedení práce nad 10 000 Kč měsíčně, dohoda o pracovní činnosti od 3 500 Kč měsíčně. Dokumentace: Žádné dokumenty nejsou vyžadovány.		
Pojistné se strhává ze mzdy a platí ho zaměstnavatel.		
Osoby samostatně výdělečně činné nebo osoby, které nespadají do žádné z výše uvedených kategorií		
Podmínka: Pojistné si musí platit sami. Dokumentace: Informace o platbách pojistného lze získat od jejich zdravotní pojišťovny.		

3.2 Posílení přístupu k primární péči: Partnerství MZdr a UNICEF

Náhly příliv uprchlíků znamenal **zvýšenou zátěž pro zdravotní systém**. Jelikož ukrajinští uprchlíci obecně neznali český jazyk a fungování českého zdravotního systému, snažilo se Ministerstvo zdravotnictví společně s dalšími zúčastněnými stranami, jako jsou zdravotní pojišťovny, od začátku co nejvíce zjednodušit jejich orientaci.

K řešení kapacitních problémů stávající sítě všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost zřídilo MZdr ve všech fakultních nemocnicích přímo řízených státem **nízkoprahové ambulance známé jako UA POINT**. Tato zařízení poskytovala akutní lékařskou péči dospělým, dětem a mladistvým z Ukrajiny a rovněž i tlumočnické služby na místě, aby byla zajištěna účinná komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem. Ministerstvo dále doporučilo, aby podobné UA POINTy zřídily i další nemocnice v celé České republice a posílily tak možností poskytování zdravotní péče.

V průběhu roku 2022 navázalo Ministerstvo zdravotnictví partnerství s UNICEF zaměřené na rozšíření a posílení primární péče a další iniciativy zaměřené především na programy zdravotní prevence a zdravotnického vzdělávání. Partnerství zahrnovalo několik níže uvedených intervencí.

PŘÍSTUP K PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI A OČKOVÁNÍ

S technickou a finanční podporou UNICEF zřídilo Ministerstvo zdravotnictví 10 ambulantních center v 7 nemocnicích po celé České republice a podpořilo rozšíření kapacit praktických lékařů, aby mohli poskytovat služby uprchlickým dětem, rodinám a přijímajícím komunitám, které potřebují péči. Více než 75 000 žen a dětí získalo služby primární zdravotní péče. Více než 36 700 dětí do 15 let bylo očkováno.

Podpora partnerství Ministerstva zdravotnictví a UNICEF pro primární péči může být rozdělena do dvou proudů. První zahrnoval zřízení nových center PP pro děti a dospělé v nemocnicích po celé České republice, označovaných jako podpora „Model 1“. Ministerstvo zdravotnictví se nejprve obrátilo na fakultní nemocnice ve své působnosti. Následující fakultní nemocnice projevíly zájem o spolupráci a otevření center PP pro praktické lékaře:

Tabulka 2: Fakultní nemocnice vybrané k získání finanční podpory

Nemocnice	Ambulance PP pro děti a dospívající	Ambulance PP pro dospělé	Finanční podpora poskytnutá od UNICEF (CZK)
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	ANO	ANO	6 462 598
Fakultní nemocnice Olomouc	ANO	ANO	6 282 598
Fakultní nemocnice Ostrava	ANO	ANO	6 567 598

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, 2024

Dále MZdr oslovilo všechny kraje prostřednictvím Asociace krajů ČR se stejnou nabídkou. Zájem krajů byl značný, a tak byly vybrány následující nemocnice, které obdrží finanční a technickou podporu:

Tabulka 3: Oblastní nemocnice vybrané pro finanční podporu

Nemocnice	Centrum PP pro děti a dospívající	Centrum PP pro dospělé	Finanční podpora poskytnutá od UNICEF (CZK)
Stodská nemocnice	YES	YES	6 482 598
Nemocnice Kolín	YES	NO	3 482 598
Oblastní nemocnice Příbram	YES	NO	3 350 290
Nemocnice Havlíčkův Brod	YES	NO	2 584 290

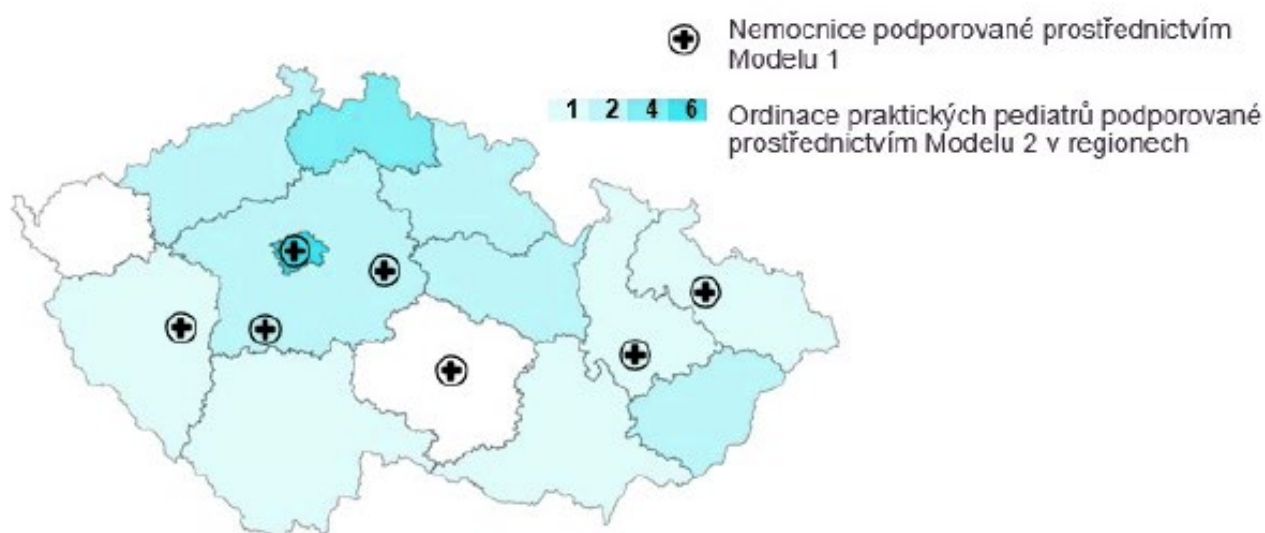
Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, 2024

Každé nemocnici byla po dobu jednoho roku poskytována technická a finanční podpora ze strany UNICEF, včetně:

- Příprava a vybavení centra PP,
- Podpora na mzdy (lékaři, zdravotní sestry, administrativní pracovníci),
- Nákup zdravotnického materiálu,
- Školení pro zapojené zdravotnické pracovníky.

Partnerství kromě otevření nových center PP v nemocnicích také rozšířilo kapacity v již zavedených klinikách PP poskytujících primární péči pro děti a dorost, tzv. „Modelu 2“. Ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost v ČR se programu zúčastnilo 28 center PP v rámci ČR, která rozšířila své kapacity pro poskytování péče. UNICEF poskytl technickou a finanční podporu, která zahrnovala mzdové pobídky pro lékaře, zdravotní sestry a administrativního pracovníka hovořícího plynule ukrajinsky, nákup spotřebního materiálu a administrativní výdaje spojené s řízením projektu. Celková finanční částka poskytnutá Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost činila 33 962 675 Kč.

Schéma 2: Přehled finanční podpory přidělené základním zdravotnickým zařízením pro děti, mladistvé a dospělé



	PP pro děti a dospívající	PP pro dospělé	Celkové náklady (CZK)
Model 1	7	4	35 212 570
Model 2	28	0	33 962 675
Celkem	35	4	69 175 245

Zdroj: na základě dat poskytnutých UNICEF

Výše uvedené Schéma 2 ukazuje celkovou finanční podporu určenou na posílení přístupu k základním zdravotnickým službám pro děti, dospívající a dospělé v České republice.

Díky partnerství mezi Ministerstvem zdravotnictví a UNICEF bylo MZdr schopno posílit kapacity primární péče během uprchlické krize. Zřízení ambulantních center po celé České republice spolu s rozšířením kapacity praktických lékařů zajistilo, že přes 75 000 žen a dětí obdrželo služby primární zdravotní péče. Navíc bylo očkováno více než 36 700 dětí do 15 let. Je důležité poznamenat, že tato centra byla otevřena pro všechny, bez ohledu na národnost. Proto tyto čísla zahrnují nejen ukrajinské uprchlíky, ale také české občany a cizí státní příslušníky. Tento inkluzivní přístup byl záměrný, s uznáním předchozích výzev s kapacitou v systému primární péče.

ZAHRNUTÍ UKRAJINSKÝCH ZDRAVOTNÍKŮ Z ŘAD UPRCHLÍKŮ JAKO SOUČÁST ŘEŠENÍ KRIZE

Zapojení ukrajinských zdravotníků jako součást řešení uprchlické krize představovalo základní prvek spolupráce MZdr a UNICEF. Prostřednictvím partnerství s Národním institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) a Centrem pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické pracovníky (NCO NZO) byly posíleny kapacity více než 800 ukrajinskými zdravotníky, kteří byli podpořeni při získávání akreditace pro práci v českém zdravotnickém systému. Vzhledem k nedostatku zdravotnických pracovníků, zejména pediatriů, a vyšší poptávce po službách v důsledku uprchlické vlny, hráli ukrajínští zdravotničtí odborníci důležitou roli jakýchsi zdravotních mediátorů, kteří podporují zdraví a pohodu, propojují komunity se zdravotnickými službami a pracují spolu s českými poskytovateli zdravotní péče v centrech primární zdravotní péče a nemocnicích po celé zemi. Během posledních dvou let více než 190 z nich složilo aprobační zkoušku a kolem 300 se zapojilo do poskytování zdravotnických služeb a programů na podporu zdraví uprchlíků a dalších potřebných osob. Na základě této iniciativy bylo s podporou UNICEF a Světové zdravotnické organizace (WHO) zřízeno kariérní centrum v IPVZ, které bude pokračovat v budování kapacit a podpoře zaměstnání pro ukrajinské zdravotnické odborníky.

NÁRODNÍ OČKOVACÍ KAMPAŇ

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s UNICEF realizovalo celostátní očkovací kampaň, která se zaměřila na důležitost očkování dětí uprchlíků. Prostřednictvím televizních a rozhlasových osvětových spotů byly osloveny více než 2 miliony lidí z řad uprchlíků i českých občanů, kterým byly poskytnuty spolehlivé informace a zdroje o přístupu k očkovacím službám. Kampaň měla dvě hlavní složky: první se zaměřila na předávání praktických informací o tom, jak získat přístup k očkovacím službám, včetně vysvětlení českého očkovacího kalendáře, jeho srovnání s ukrajinským kalendářem a potřebných náležitostí. Druhá složka se zaměřila na budování důvěry v očkování prostřednictvím rozsáhlé osvěty v sociálních médiích a zapojení komunity, jejíž součástí byla série schůzek k očkování pořádaných s uprchlíky v různých městech po celé České republice, známá jako kontaktní kampaň.

KOMUNITNÍ PROGRAMY PREVENCE A PODPORY ZDRAVÍ

Prostřednictvím partnerství se Státním zdravotním ústavem byla vytvořena síť 60 ukrajinských zdravotních mediátorů a posíleny kapacity romských zdravotních mediátorů, aby podpořili zavádění komunitních programů podpory zdraví pro nejzranitelnější uprchlíky a další komunity. Bylo vypracováno celkem 30 preventivních programů podpory zdraví zaměřených na duševní zdraví, očkování, zdravou výživu, fyzickou aktivitu, lepší přístup k lékařské péči a prevenci infekčních onemocnění, které byly přizpůsobeny specifickým potřebám ukrajinské populace. Pro zajištění dostupnosti těchto programů bylo zapojeno 20 bilingvních ukrajinských zdravotníků jako zprostředkovatelů pro podporu zdraví. Ti programy kulturně přizpůsobili a přeložili do ukrajinštiny. Tito bilingvní mediátoři byli vyškoleni v českém jazyce odborníky ze Státního zdravotního ústavu. Následně vyškolili 75 ukrajinsky mluvících zdravotníků a psychologů, z nichž 60 pracovalo jako kontaktní mediátoři podpory zdraví pro cílové skupiny. Prostřednictvím zdravotně komunitních intervencí bylo osloveno více než 11 000 osob.



4. Systém primární zdravotní péče v České republice

4.1 Rámec primární péče v České republice

Primární péče představuje základní kámen zdravotního systému v České republice a je definována jako první úroveň kontaktu mezi pacientem a zdravotním systémem, která probíhá co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta. V České republice spočívá její hlavní role v poskytování široké škály zdravotních služeb, od preventivní péče a rutinních kontrol po akutní a chronickou péči. Primární péče zahrnuje základní lékařskou diagnostiku, léčbu běžných zdravotních problémů, řízení dlouhodobých onemocnění a odkazy na specializovanou péči. Důležitým aspektem je také podpora zdraví a prevence nemocí, která zahrnuje očkování, screeningové programy a vzdělávání pacientů o zdravém životním stylu (NZIP, bez data; OECD, 2020).

Primární péči poskytují:

- Všeobecný praktický lékař (PL),
- Pediatři pro děti a dospívající (PLDD),
- Praktiční zubní lékaři,
- Praktiční lékaři pro gynekologii.

Poskytování zdravotní péče v České republice, včetně primární péče, se řídí právním rámcem, který zahrnuje zejména:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
- Vyhláška o stanovení hodnoty bodu, počtu úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (každoročně aktualizovaná) (Hroboň & Klimková, 2019),
- Vyhláška č. 7/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

Nad tento základní rámec existuje řada dalších předpisů, které upravují specifické oblasti zdravotní péče.

4.2 Primární péče pro nejohroženější část obyvatel

Zdravotní stav dětí v České republice se v průběhu let výrazně zlepšil, což odpovídá cílům udržitelného rozvoje (SDGs) stanoveným Organizací spojených národů, zejména SDGs 3, jehož cílem je zajistit zdravý život a podporovat blahobyt pro všechny ve všech věkových kategoriích. Česká republika jako člen Evropské unie rovněž dodržuje politiky a rámce na úrovni EU, které upřednostňují zdraví a rozvoj dětí. Cílem iniciativ, jako je Evropská záruka pro děti, je zajistit, aby každé dítě v EU mělo přístup k základním službám, jako je zdravotní péče a vzdělávání, které jsou pro jeho blaho klíčové (MZdr, 2020; OECD, 2023; Evropská rada, 2024).

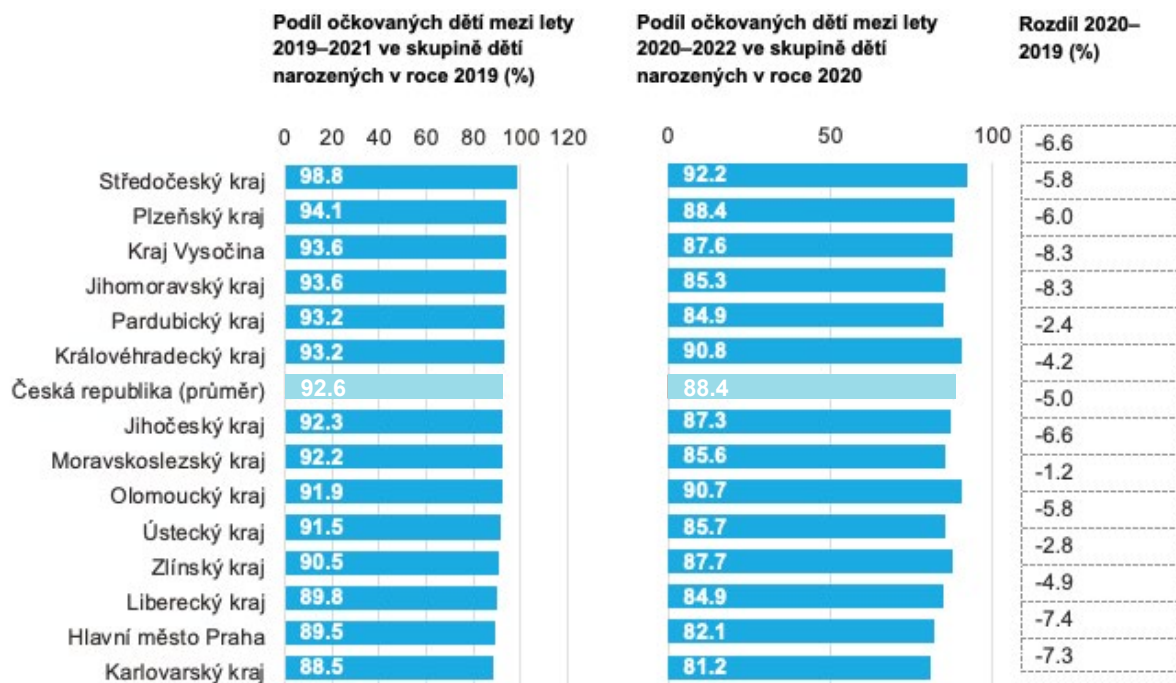
Pokud jde o konkrétní zdravotní ukazatele, Česká republika má relativně nízkou kojeneckou úmrtnost a vysokou proočkovanost (viz Schéma 3 níže), což jsou pozitivní známky zdraví dětí v zemi. Vláda rovněž zavedla programy na podporu zdravého životního stylu dětí, včetně úsilí o zvýšení fyzické aktivity a zlepšení výživy ve školách. Přetrvávají však problémy, jako je řešení rostoucí míry dětské obezity a problémů s duševním zdravím u dospívajících. Celkově lze říci, že Česká republika nadále usiluje o vytvoření příznivého prostředí pro zdraví dětí a využívá jak národní politiky, tak mezinárodní závazky k zajištění zdravé budoucnosti pro své mladé generace.

Klíčové ukazatele zdravotní péče o zdraví dětí

Na základě údajů z Národního zdravotnického informačního systému (2023) a ÚZIS ČR (2022) vykazuje Česká republika silné pokrytí očkováním, což je zásadní pro prevenci dětských nemocí a zajištění dlouhodobého veřejného zdraví. Přesto regionální rozdíly v míře kojenecké úmrtnosti naznačují, že i když je národní zdravotní systém efektivní, existují oblasti, které vyžadují zaměřené úsilí na řešení konkrétních zdravotních nerovností.

Údaje ukazují vysokou úroveň pokrytí očkováním proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR) napříč různými regiony, přičemž většina regionů dosahuje pokrytí přes 90 % (viz Schéma 3 níže). Tato vysoká míra očkování je chvályhodná, protože pomáhá udržovat kolektivní imunitu a zabránit vypuknutí těchto nakažlivých nemocí. Existují však mírné regionální rozdíly, které je třeba řešit, aby byla zajištěna jednotná ochrana v celé zemi.

Schéma 3: Podíl dětí očkovaných proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím do dvou let od narození ve skupině dětí narozených v daném roce



Zdroj: Národní zdravotnický informační systém, 2023

Proočkovanost hexavakcínou zůstává v průběhu let trvale vysoká a pohybuje se od 94,7 % do 96,5 % (viz Schéma 4). Tato konzistence dokládá účinnost českého očkovacího programu a závazek chránit děti před více závažnými onemocněními již od útlého věku.

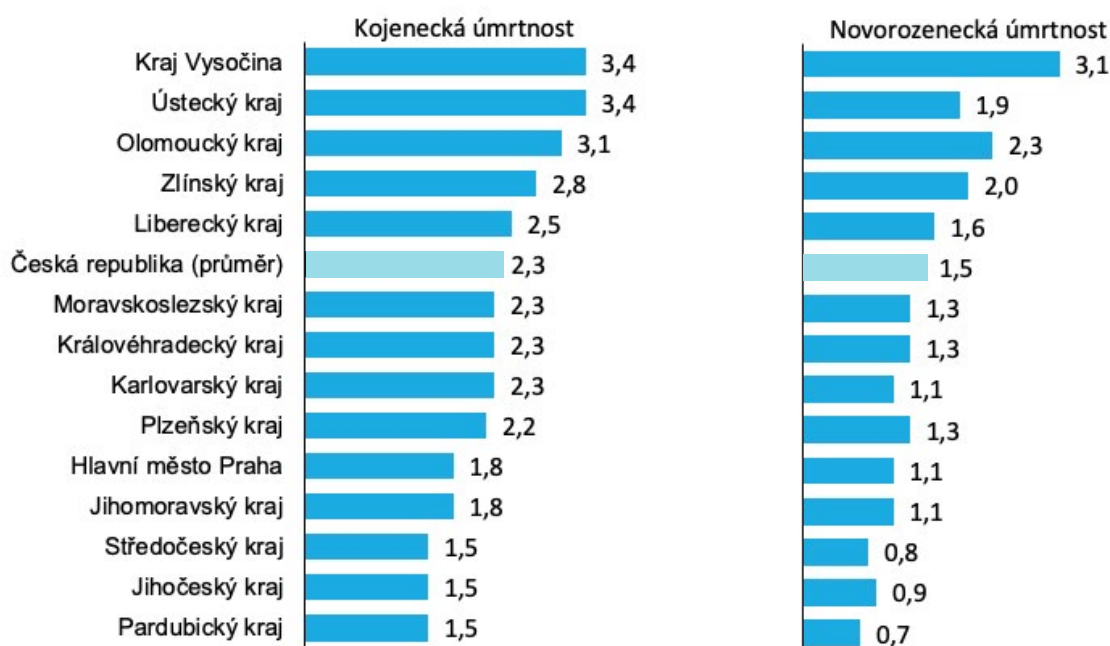
Schéma 4: Podíl pojištěnců narozených v daném roce, kteří byli očkováni alespoň jednou dávkou hexavakcí-
ny6 v letech 2012–2022 (%)

*odhad Národního zdravotnického informačního systému, 2023

Zdroj: Národní zdravotnický informační systém, 2023

Celostátní kojenecká úmrtnost v České republice činí 2,31 na 1 000 živě narozených dětí. Tato míra se však v jednotlivých regionech značně liší. Například nejvyšší kojeneckou úmrtnost mají kraje Vysočina a Ústecký kraj, kde připadá 3,4 na 1 000 živě narozených dětí, naopak nejnižší kojeneckou úmrtností se mohou pochlubit Pardubický a Jihočeský kraj, kde připadá 1,5 na 1 000 živě narozených dětí.

Schéma 5: Kojenecká a novorozenecká úmrtnost v roce 2021 (na 1 000 dětí)

Zdroj: na
základě
dat ÚZIS,
2022

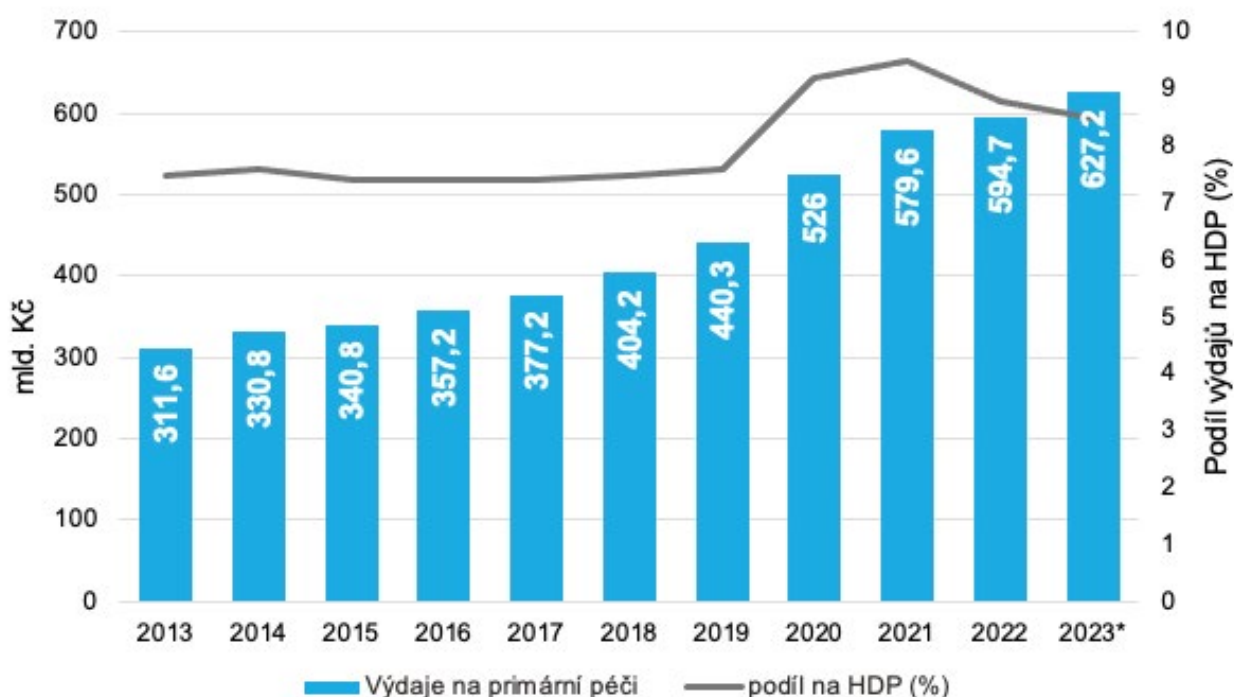
Financování zdravotní péče

Výdaje na zdravotní péči

V roce 2020 celkové výdaje na zdravotní péči vzrostly o 19,5 % ve srovnání s rokem 2019 a o dalších 10,2 % v roce 2021. V roce 2022 průměrné výdaje na zdravotní péči na obyvatele dosáhly 55 275 Kč. Podíl výdajů na zdravotní péči jako procento HDP dosáhl v roce 2022 přibližně 9 %, což odráží výrazný nárůst během pandemických let (ČSÚ, 2024).

Ve srovnání s průměrem OECD se výdaje České republiky na zdravotní péči jako procento HDP téměř shodují, což ukazuje, že země investuje na úrovni srovnatelné s dalšími rozvinutými státy. Konkrétně jsou výdaje na zdravotní péči v České republice mírně pod průměrem OECD, a to jak v celkových výdajích na zdravotní péči, tak ve výdajích na ambulantní zdravotní poskytovatele. To naznačuje, že Česká republika udržuje vyvážený a nákladově efektivní zdravotní systém, přičemž výdaje odrážejí rozdělení zdrojů ve vztahu k jejímu HDP (OECD, 2023).

Schéma 6: Výdaje na zdravotní péči v České republice v letech 2013-2023 (*2023 = odhad)



Zdroj: ČSÚ, 2024

Celkové výdaje na primární péči v České republice trvale představují významnou část celkových výdajů na zdravotní péči v zemi.

Nemocnice trvale dominují v oblasti výdajů a získávají největší podíl finančních prostředků na zdravotní péči. V těsném závěsu však následují poskytovatelé zdravotní péče, kteří jsou druhou nejvýznamnější kategorií poskytovatelů zdravotní péče z hlediska financování. V posledním desetiletí zůstává podíl výdajů na PP z celkových výdajů na zdravotní péči stabilní a v letech 2012 až 2022 se pohybuje v rozmezí 20,7 % a 22,6 %, což podtrhuje jeho klíčovou roli v systému zdravotní péče (ČSÚ, 2023). Tato stabilita odráží trvalé odhodlání udržet v České republice robustní služby primární zdravotní péče (ibidem).

Vysoká alokace výdajů na nemocnice naznačuje, že jsou hlavním předmětem financování zdravotní péče, pravděpodobně kvůli jejich komplexní škále služeb, včetně urgentní a specializované péče. Nicméně investice do PP naznačují, že Česká republika si uvědomuje význam dostupných, komunitních zdravotnických služeb, které jsou nezbytné pro včasné odhalení, prevenci a léčbu chronických onemocnění.

Hlavní zdroje financování

Hlavním zdrojem financování zdravotní péče v České republice je všeobecné veřejné zdravotní pojištění, které zaručuje univerzálně dostupnou zdravotní péči všem obyvatelům země. Účast v systému pojištění je povinná pro:

- všechny osoby s trvalým pobytem v České republice bez ohledu na státní příslušnost,
- osoby, které nemají trvalý pobyt v České republice, pokud jsou zaměstnány zaměstnavatelem, který má sídlo nebo trvalý pobyt v České republice,
- ostatní účastníky, na které se vztahují mezinárodní smlouvy, dohody a evropské předpisy (MZ, 2018).

Obecně platí, že financování zdravotní péče je založeno na:

Schéma 7: Přehled financování zdravotní péče

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ (přibližně 71 % z celkových výdajů na zdravotnictví v roce 2021)	
Příspěvky zaměstnavatelů, zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných (živnostníků) do systému veřejného zdravotního pojištění:	
▪ Příspěvky od pojištěnců (zaměstnanců) jsou zákonem stanoveny na 13,5 % z vyměřovacího základu před zdaněním, z čehož zaměstnanci platí 4,5 % a zaměstnavatel 9 %. ▪ Osoby samostatně výdělečně činné platí 13,5 % z vyměřovacího základu, přičemž minimální výše vyměřovacího základu od 1. ledna 2024 činí 21 984 Kč. ▪ Osoby bez zdanitelných příjmů platí 13,5 % z minimální MZ, tj. v roce 2024 2 551,50 Kč.	
STÁTNÍ A KRAJSKÉ ROZPOČTY	SOUKROMÉ PLATBY
(15.4 % z celkových výdajů v roce 2021)	(13.6 % z celkových výdajů v roce 2021)
▪ Kapitálové investice Ministerstva zdravotnictví (MZ), krajů a dalších místních rozpočtů do přímo řízených zařízení poskytovatelů zdravotní péče.	▪ Přímé platby za služby nehrzené z veřejného zdravotního pojištění (volně prodejené léky, zubní péče, doplatky atd.) a dobrovolné soukromé pojištění.

Zdroj: Bryndová, 2023, Bellová et. al., 2019.

Příjmy z veřejného zdravotního pojištění jsou přerozdělovány jednotlivým nestátním zdravotním pojišťovnám, které tyto prostředky shromažďují v pojišťovacích fondech. V současné době funguje v České republice 7 zdravotních pojišťoven, přičemž přibližně 60 % všech pojištěných osob je registrováno u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), kde jsou podle zákona pojištěny ekonomicky neaktivní osoby, takzvaní státní pojištěnci (děti, důchodci, nezaměstnaní, ženy na mateřské dovolené atd.). Od roku 2023 jsou platby za státní pojištěnce předmětem automatické valorizace a v roce 2024 činí 2 085 Kč (VZPb, 2024; ČSÚ, 2023).



Давай підтримаємо

Чи знаєте ви, що 45% м...
Чехії повідомляють, щ...
тривоги та стражданн...
кожних двох людей, я...
відчувати труднощі.

Надсилай слов...
U-Report бо...
як допомог...

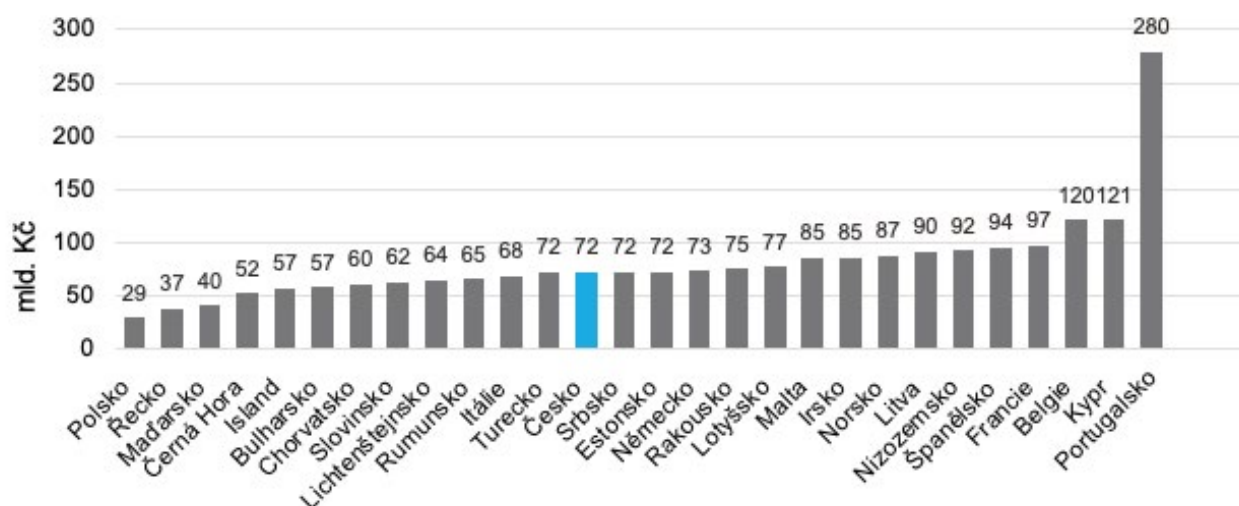


5. Hlavní výzvy v oblasti primární péče v České republice

Z mezinárodního srovnání zemí EU v roce 2021 jasně vyplývá, že Česká republika se v počtu praktických lékařů na 100 000 obyvatel nachází pod evropským průměrem, když má pouze 72 praktických lékařů oproti průměru 93 a mediánu 81. Podobně je tomu i v případě praktických lékařů, kterých je v ČR rovněž méně, a to 14 na 100 000 obyvatel, což je pod průměrem, který činí 20, a mediánem, který činí 18.

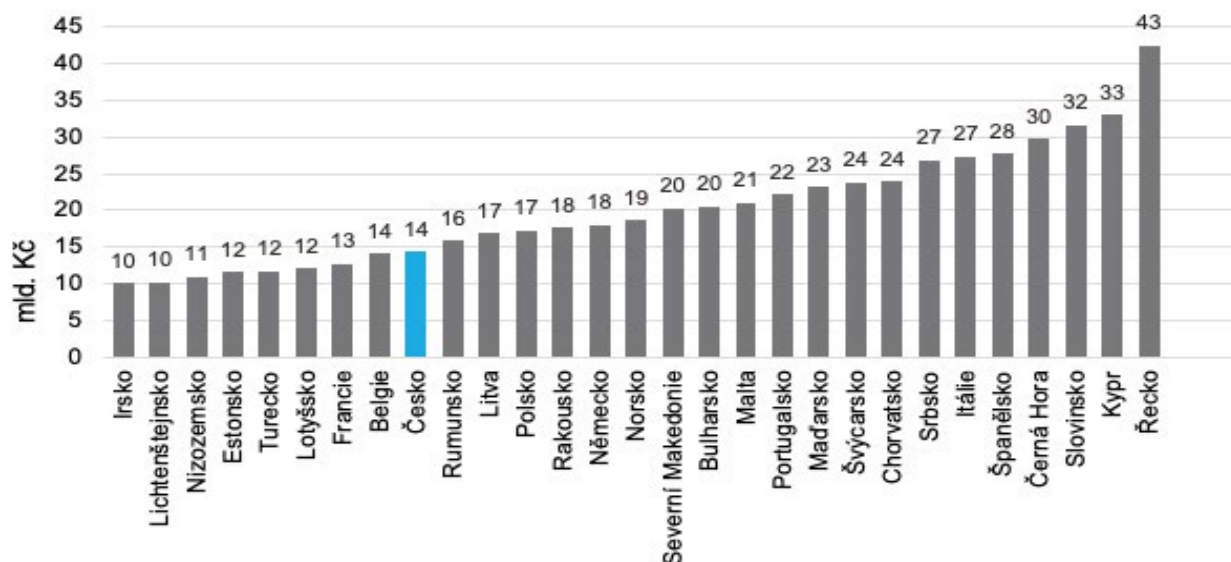
Údaje rovněž ukazují na výrazný nedostatek základních poskytovatelů zdravotní péče v České republice.

Schéma 8: Počet praktických lékařů na sto tisíc obyvatel v evropských zemích (2021)



Zdroj: Eurostat, 2023

Schéma 9: Počet pediatriů na sto tisíc obyvatel v evropských zemích (2021)



Zdroj: Eurostat, 2023

Na základě provedených rozhovorů, fokusních skupin, expertního panelu, sekundárního výzkumu a dostupných dat byly identifikovány následující prvky českého systému PP jako hlavní oblasti výzev/rozdílů, které ovlivňují jeho dostupnost jak ve vztahu k obecné populaci České republiky, tak k příchozím uprchlíkům. Vzhledem k povaze systému PP jsou výzvy dlouhodobého charakteru a jejich řešení časově omezenými intervencemi je značně omezené.

5.1 Stárnoucí lékaři

Zvyšující se průměrný věk lékařů má významný dopad na dostupnost primární péče. K 1. lednu 2024 byl průměrný věk praktických lékařů 55,6 let a u pediatriů 52,6 let (viz Tabulka 4 níže). Hlavním zdrojem nových lékařů v českém zdravotnictví jsou lékařské fakulty, které mají omezenou kapacitu a neumožňují vygenerovat dostatečný počet nových lékařů, aby pokryly nové výzvy a celkový tlak na zvýšenou potřebu lékařů v moderním zdravotnictví.

Tabulka 4: Celkový počet a průměrný věk poskytovatelů primární péče

	Celkový počet	Průměrný věk
PL	5 812	55,6
PLDD ⁷	1 469	52,6

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), 2024

7 Zahrnuje pediatriy v nemocničních zařízeních i v PP.

Stárnutí pediatriů je obzvláště znepokojivé. Více než 35 % PLDD je starších 65 let, což vyvolává naléhavou potřebu generační obměny. Značný počet praktických lékařů a pediatriů provozuje své praxe v předdůchodovém nebo již důchodovém věku. Podle Národního registru zdravotnických služeb dochází k nejdramatičtějšímu poklesu počtu lékařů v malých obcích do 2 000 obyvatel.

Vedle demografických trendů, které již v minulosti napínaly rovnováhu pracovních sil lékařů, se od roku 2022 objevila nová výzva v důsledku „efektu COVID“. Mnoho lékařů, kteří během pandemie odkládali odchod do důchodu a čekali na stabilizaci epidemiologické situace, nyní začíná odcházet do důchodu. Tento prudký nárůst odchodů do důchodu dále prohlubuje nedostatek lékařů a vytváří další tlak na systém zdravotní péče.



Hlavním problémem je stárnutí pediatriů, neboť více než 35 % z nich je starších 65 let.

– účastník expertního panelu

Primární zdravotní péče v České republice je historicky silná. V posledních letech se však dostupnost primární péče pro děti a dospívající stává kvůli snižujícím se kapacitám stále větším problémem.

Již dnes čelí primární péče pro děti nedostatku lékařů nebo nedostatečné generační obměně a mnoho pojištěných osob nemá registrujícího praktického lékaře. Téměř polovina aktivních praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) je starší 60 let (ÚZIS, 2024). Proto existuje reálné riziko, že v příštích pěti až sedmi letech odejde dalších přibližně 700 lékařů na plný úvazek. Aby se alespoň udržela současná dostupnost, měl by je nahradit stejný počet nových lékařů. Už mezi lety 2018 a 2023 bylo zavřeno 392 pediatrických ordinací bez nahrazení.

50 %

Pediatriů v České republice
je starších 60 let

392

Pediatrických ordinací
ukončilo činnost v letech
2018-2023 bez nahrazení

131 875

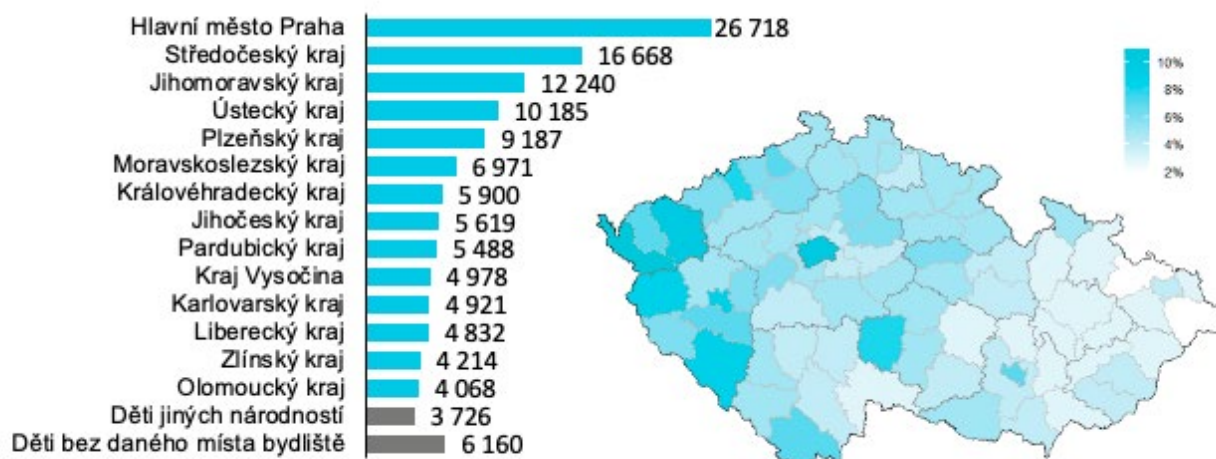
Dětí, které nejsou
registrovány u pediatra
(nebo praktického lékaře)

Odhaduje se, že přibližně 6 % populace ve věku 0-19 let nemá přístup k primární pediatrické péči.⁸

Klesající počet PLDD vedl k tomu, že významná část dětí nemá svého lékaře. Regionální rozdíly v dostupnosti jsou znázorněny na Schématu 10. Nejvíce postiženo je hlavní město Praha, kde 26 718 dětí nemá přístup k pediatriovi. Následuje Středočeský kraj s 16 668 dětmi a Jihomoravský kraj s 12 240 dětmi bez služeb pediatra. Koncentrace dětí bez pediatra v relativních číslech se také liší, nejvyšší koncentrace byla zaznamenána v Chebu, Praze a Karlových Varech (11 %, 10 % a 10 % dětí, které nejsou registrovány u pediatra (nebo praktického lékaře) z celkového počtu dětí).

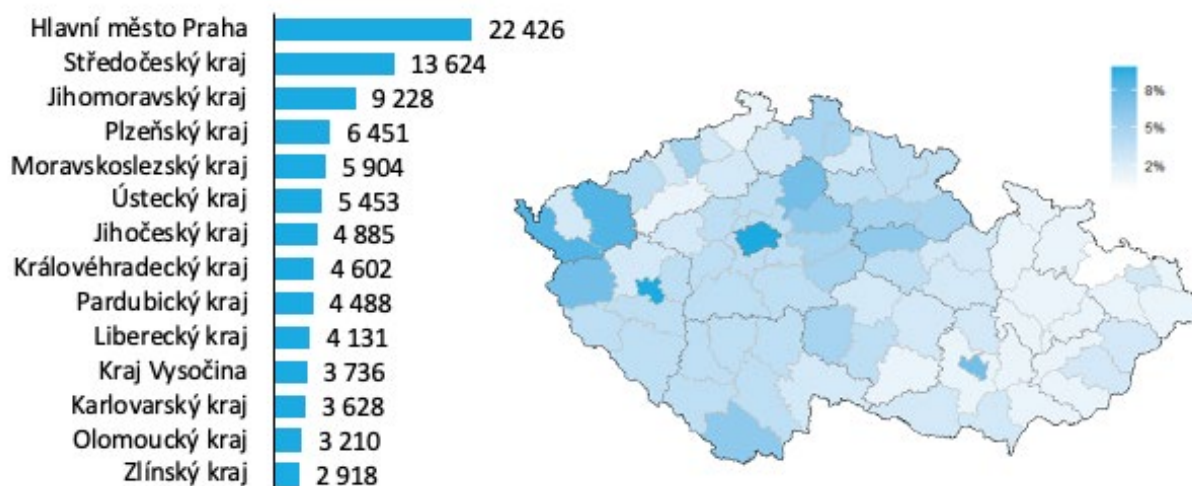
8 Jako zástupný ukazatel nedostatečného přístupu se používají údaje o registracích dětí u pediatriů nebo praktických lékařů.

Schéma 10: Děti bez PLDD (nebo PL) v regionech, včetně ukrajinských uprchlíků (počet, % dětí, které nejsou



Zdroj: ÚZIS, 2024

Situaci dále zkomplikoval příliv ukrajinských uprchlíků začínající v roce 2022. Celková populace dětí potřebujících primární zdravotní péči vzrostla o 4,6 % a tento nárůst znamenal další zátěž pro již tak vytížený systém zdravotní péče. Níže uvedené Schéma 11 zobrazuje rozdíly v koncentraci ukrajinských uprchlíků ve věku do 19 let v krajích České republiky – zejména v Praze a Středočeském kraji. V relativním vyjádření a na úrovni okresů je situace vyrovnanější, pouze 13 okresů překračuje 5% podíl ukrajinských dětí na celkovém počtu dětí.

Schéma 11: Ukrajínští uprchlíci ve věku 0-19 let v České republice (počet, % ukrajinských dětí z celkového počtu dětí, 2023)⁹

Zdroj: ÚZIS, 2024

9 U 5 045 ukrajinských dětí bez zjištěného bydliště nebylo regionální rozdělení k dispozici.

5.2 Vzdělávací systém a atraktivita oboru

Český systém PP, kromě samotné kapacity lékařských fakult, je ovlivňován také rozdělením specializací praktických lékařů ve vzdělávacích programech. V České republice se od roku 2004 vzdělávání lékařů provádělo odděleně v rámci samostatných oborů PLDD a pediatrie v nemocnicích. K poklesu zájmu o studium dětského lékařství pak mohly přispět faktory jako institucionální změny ve vzdělávání, nerovnost oborů a jejich vzájemná konkurence či kompetenční spory.

Od února roku 2017 je vzdělávání sjednoceno pod oborem pediatrie a jeho absolventi mohou vykonávat funkci pediatra jak v nemocničním prostředí, tak v primární péči. PP mohou absolventi oboru pediatrie vykonávat po absolvování lékařského kurzu pod záštitou Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Nedostatek pediatriů v PP může být také ovlivněn důrazem kladeným převážně na vzdělávání v nemocnicích. Atraktivní nemocniční prostředí, komfort špičkového vybavení či vysoká efektivita vysoce specializované péče pak absolventy často vybízí ke specializaci v moderních pediatrických oborech na úkor kariéry v PP.

Lékaři, kteří se primárně vzdělávali v nemocnicích, kde je důraz kladen na specializovanou péči spíše než na dlouhodobou praxi v terénu, mají často potíže s přechodem do rolí PP. Náročná povaha PP vyžadující blízké a trvalé vztahy s pacienty, ostře kontrastuje s úzce zaměřenou a méně osobní prací na pediatrických nemocničních odděleních s nižší obložeností. Důsledkem je obtížná motivace lékařů ke zvolení si kariéry v PP.

Dalším faktorem je složitost systému atestací pro lékaře, kteří neabsolvovali lékařské vzdělání v EU, včetně ukrajinských uprchlíků. Na rozdíl od jiných členských států EU Česká republika náročný systém aprobační nezjednodušila, což v praxi značně omezuje využití těchto kapacit. IPVZ, ve spolupráci s UNICEF, zahájil program multikulturního vzdělávání českého a ukrajinského zdravotnického personálu a dotovaný program jazykového vzdělávání lékařů. K červenci 2024 tak již 300 ukrajinských lékařů

prošlo určitou částí aprobačního procesu. Toto zjednodušení však v dlouhodobém horizontu nemůže plně vyřešit systémový problém nedostatku lékařů v České republice.



***Zapojení, nebo zjednodušení
aprobačního procesu,
ukrajinských lékařů by problému
[s nedostatečnými kapacitami]
výrazně nepomohlo.***

– respondent z nemocnice

5.3 Regionální disparity a financování

Sít primární péče v České republice čelí s celkovým nedostatkem lékařů a výraznými regionálními rozdíly v dostupnosti péče závažné výzvě. Úředníci státní správy identifikovali jako nejnaléhavější problém dostupnost primární péče zejména v malých sídlech. Méně zalidněné či méně urbanizované oblasti jsou často neatraktivní pro mladé lékaře zvyklé na životní standard velkých měst, kde obvykle studovali. Obecně nízká mobilita české populace včetně zdravotnického personálu tento problém s PP v periferních oblastech dále zhoršuje.

Analýza počtu pediatrických ordinací v jednotlivých krajích v letech 2018 až 2023 odhalila na úrovni ČR celkový čistý pokles o 392 ordinací. Nejvýraznější úbytek zaznamenaly kraje Středočeský (čistý pokles o 61 ordinací), Jihomoravský (o 47 ordinací) a Moravskoslezský (o 46 ordinací). Tyto úbytky jsou obzvláště znepokojivé v hustě osídlených oblastech, kde je přirozeně vysoká poptávka po zdravotnických službách. Výrazné snížení kapacity PP v těchto regionech by tak mohlo vzhledem ke kritické potřebě pediatrické péče vážně ovlivnit celkovou dostupnost zdravotní péče pro děti a dospívající v ČR.

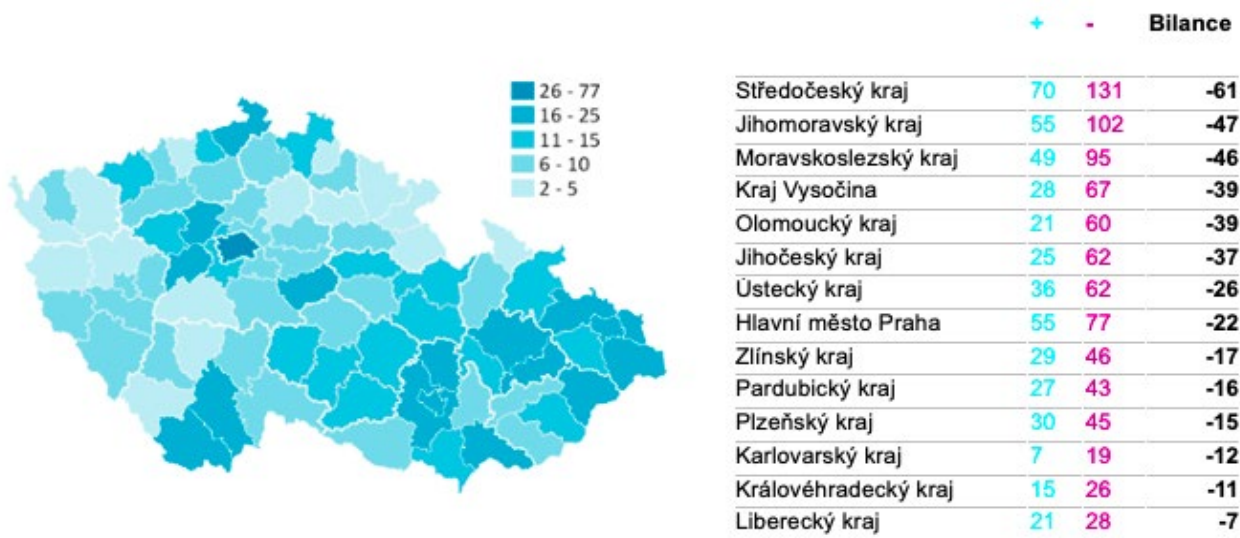
Na opačné straně spektra se dle analýzy nachází kraje Liberecký, Královéhradecký a Karlovarský, které zaznamenaly relativně menší čisté poklesy, a to o 7, 11 a 12 ordinací. Hlavní město Praha vykázalo čistý pokles o 22 pediatrických ordinací, který je sice výrazný, ale ve srovnání s nejméně postiženými kraji méně závažný.



Ani vysoké bonusy nevedou k dostatečnému zatraktivnění znevýhodněných regionů.

– respondent z orgánu státní správy

Schéma 12: Celkový počet uzavřených pediatrických ordinací a čistá bilance v krajích (2018-2023)



Zdroj: ÚZIS, 2024

Rozdíly v dostupnosti zdravotnické péče se projevují nejen v periferních oblastech, ale také ve městech bez velkých univerzitních nemocnic, jako jsou Liberec, Ústí nad Labem či České Budějovice. Dokonce i hlavní město Praha, navzdory své velikosti a přítomnosti 6 z celkových 12 fakultních nemocnic, se potýká s velmi vysokou poptávkou, zejména po pediatrické péči. V provedených rozhovorech byla zdůrazňována složitost tohoto problému, který je ovlivněn mnoha faktory. Pro dlouhodobou stabilizaci systému primární zdravotní péče se zdá být vhodným řešením komplexní soubor opatření zahrnující zvýšení odměn a motivačních příplatků pro pediatriy, zlepšení vzdělá-

vání a samotné propagace lékařského oboru, zjednodušení vzdělávacího a aprobačního procesu, zavedení telemedicíny a skupinových praxí, či zefektivnění (skrze snížení počtu) pediatrických oddělení v nemocnicích.

V současné době nejsou finanční pobídky pro lékaře pracující v nedostatečně obsluhovaných regionech příliš účinné. Samotné zvýšení plateb či bonusů nemusí být pro pediatry dostatečnou motivací k přestěhování a založení praxe právě v těchto regionech vzhledem ke spojeným finančním i nefinančním nákladům. Zlepšení celkové kvality života – prostřednictvím kvalitnějších služeb a vzdělávání, rozmanitých kulturních aktivit a dalších faktorů – učiní tyto oblasti atraktivnější pro mladé lékaře i jejich rodiny. Trvalá podpora vzdělávání a kariérního rozvoje by mohla být dalším významným motivačním prvkem k práci v regionech trpících nedostupnou PP.

Tabulka 5 níže představuje komplexní multi-kriteriální srovnání primární péče pro děti napříč kraji ČR. **Karlovarský kraj**, přestože má jednu z nejnižších bilancí otevřených pediatrických ordinací oproti zavřeným, dosáhl nejnižšího celkového hodnocení (tj. 1. pořadí) kvůli vysokému podílu dětí bez pediatra, významné koncentraci ukrajinských dětských uprchlíků a nejvyššímu procentu stárnoucích pediatrů. Podobně i **Hlavní město Praha**, s nejvyšším procentem ukrajinských dětských uprchlíků a nejvyšším podílem dětí bez pediatra ze všech krajů, čelí významným výzvám zatěžujícím stávající systém zdravotní péče.

Tabulka 5: Multikriteriální srovnání v oblasti zdravotní péče o děti, dle krajů

Kraj	% dětí bez PLDD	% dětských ukrajinských uprchlíků	Balance of opened/ closed PEDs' offices	Balance ote- vřených/ zavřených PLLD ordi- nací	% PLDD ve věku 60+	Kojenecká úmrtnost (na 1 000 živě narozených)	Celkové pořadí ¹⁰
Karlovarský kraj	9,3 %	6,4 %	-12	56,1 %	81,2 %	2,3	1
Hlavní město Praha	10,0 %	9,5 %	-22	46,4 %	82,1 %	1,8	2
Jihomoravský kraj	4,9 %	3,8 %	-47	54,9 %	85,3 %	1,8	3/4
Ústecký kraj	6,1 %	3,3 %	-26	51,3 %	85,7 %	3,4	3/4
Kraj Vysočina	4,7 %	3,5 %	-39	53,0 %	87,6 %	3,4	5
Liberecký kraj	5,2 %	4,1 %	-7	52,9 %	84,9 %	2,5	6
Středočeský kraj	5,1 %	4,5 %	-61	54,7 %	92,2 %	1,5	7
Plzeňský kraj	7,7%	6,1 %	-15	47,8 %	88,4 %	2,2	8
Jihočeský kraj	4,3 %	4,0 %	-37	54,2 %	87,3 %	1,5	9
Královéhradecký kraj	5,2 %	4,4 %	-11	48,2 %	90,8 %	2,3	10
Olomoucký kraj	3,1 %	2,3 %	-39	50,4 %	90,7 %	3,1	11
Pardubický kraj	5,0 %	4,4 %	-16	39,4 %	84,9 %	1,5	12
Moravskoslezský kraj	2,9 %	2,1 %	-46	44,9 %	85,6 %	2,3	13/14
Zlínský kraj	3,7 %	2,6 %	-17	47,7 %	87,7 %	2,8	13/14

Zdroj: ÚZIS, 2022; ÚZIS, 2024; MV, 2024; NZIP, 2023

Jihomoravský a Ústecký kraj sdílí třetí příčku, přestože se jejich profily výrazně liší. Výzvy v oblasti zdravotní péče o děti v Jihomoravském kraji pramení zejména z kombinovaného negativního dopadu stárnoucího pediatrického personálu a významného poklesu počtu pediatrických ordinací. Tyto dopady převažují relativně lepší metriky kraje v oblasti dostupnosti pediatrické péče či vyššího podílu očkovaných dětí. Ústecký kraj se potýká s naléhavějšími problémy – má vyšší podíl dětí bez PLDD a především (spolu s krajem Vysočina) nejvyšší míru kojenecké úmrtnosti – navzdory nižšímu riziku odchodu pediatriů do důchodu.

¹⁰ Celkové pořadí je určeno kumulativním skóre jednotlivých parametrů, přičemž nejhorším výsledkům jsou přiřazeny nižší příčky. (viz Tabulka 21 v Příloze 1).



6. Poučení z reakce na příchod ukrajinských uprchlíků

Ukrajinská uprchlická krize upozornila na významné problémy v českém zdravotnickém systému, zejména v oblasti primární zdravotní péče. Již existující problémy, jako je nedostatek zdravotnických pracovníků a zdrojů financování, byly umocněny náhlým příchodem zahraničních pacientů. Tato kapitola se zabývá klíčovými aspekty, od vyšší časové náročnosti péče o zahraniční pacienty až po dopad jazykových bariér a kulturních rozdílů, jež ovlivnily rychlost a efektivitu reakce na příchod uprchlíků. Poznatky poukazují na úspěchy, ale i na oblasti, které je při zvládnutí zdravotní krize uprchlíků nutné zlepšit. Níže prezentovaných 9 klíčových poznatků zdůrazňuje význam systémové odolnosti, interkulturní kompetence a nutnost trvalé podpory opatření a institucionálních změn ve zdravotnickém systému ČR.

1

Českému zdravotnictví se podařilo rychle reagovat na náhlý a značný příliv uprchlíků do země.

Český zdravotnický systém prokázal odolnost a adaptabilitu při zvládnutí zvýšené poptávky po službách primární zdravotní péče během ukrajinské uprchlické krize. Vláda i nevládní organizace rychle zřídily pohotovostní zdravotnická střediska a zefektivnily proces přijímání uprchlíků, včetně upuštění od některých administrativních požadavků a poskytování bezplatné zdravotní péče osobám pod dočasnou ochranou.

Navzdory nárůstu počtu pacientů nebyl v systému stížností MZdr zaznamenán výrazný nárůst stížností na dostupnost zdravotní péče. Ojedinelé případy nedostupnosti péče byly okamžitě řešeny, přičemž zdravotní pojišťovny úspěšně pomáhaly pacientům najít vhodná zdravotnická zařízení s volnou kapacitou, jak potvrdili respondenti v této studii.

2

Nárůst poptávky po službách primární zdravotní péče upozornil na stávající nedostatek lékařů.

Příliv ukrajinských uprchlíků upozornil na stávající problémy v domácím systému primární péče, zejména s ohledem na její dostupnost, a nadále je prohloubil. Problémy, kterým čelili uprchlíci, často odrážely ty, kterým čelili i čeští pacienti, což poukazuje na systémové nedostatky. Kupříkladu **pacienty nejčastěji citovanou bariérou v PP bylo obtížné nalezení PLDD**. Nedostatek pediatriů i jejich věková struktura (mnozí se blíží, či již jsou v důchodovém věku) vedl k významnému omezení dostupnosti pediatrické péče. Situaci dále komplikuje nedostatečný počet mladých lékařů vstupujících do oboru, částečně plynoucí z historického rozdělení lékařských specializací a nižší atraktivity pediatrie, či rozsáhlý výcvik potřebný pro výkon komplexní všeobecné praxe PP. Tyto faktory ohrožují generační obnovu PLDD a významně se promítají schopnosti řešit nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví.

3

Překonání jazykových bariér a kulturních rozdílů zvyšuje pracovní zátěž poskytovatelů zdravotní péče, přičemž péče o cizince časově náročná zejména pro pediatry.

Péče o cizince, zejména těch s omezenou znalostí českého jazyka a zdravotního systému, prodlužuje čas potřebný pro každou návštěvu lékaře. Čeští zdravotničtí pracovníci tak kvůli absenci větších zkušeností s uprchlickými populacemi čelili neznámým výzvám. Vzrostla taktéž administrativní zátěž ve zdravotnictví, poskytovatelé péče museli věnovat další čas pochopení zahraničních zdravotnických záznamů, porozumění odlišným očkovacím plánům a řešení individuálních zdravotních potřeb ukrajinských dětí.

Jazykové a kulturní rozdíly vyžadují převzetí vzdělávací role lékaři, kteří musí cizincům vysvětlovat základní, českým pacientům známé, postupy a procesy. Zejména při interakci s dětmi tak pracovníci ve zdravotnictví musí být trpěliví a ohleduplní, aby se ujistili, že se pacienti cítí komfortně a že jsou pochopeni. Zpočátku byla komunikace s ukrajinskými uprchlíky usnadněna prostřednictvím ruského jazyka, který mnoho lékařů ovládalo alespoň na základní úrovni. Tento postup však nebyl ideální. S postupem času se část ukrajinských uprchlíků začala učit česky, jazyková bariéra však nadále představuje jistou bariéru.

Zkušenost s prací s uprchlíky podtrhuje podstatné rozdíly ve vnímání zdravotní péče mezi Českou republikou a Ukrajinou. Kulturní rozdíly se promítají především v očekáváních od zdravotní péče a používaných postupů. Ukrajínští pacienti často očekávali okamžité zprostředkování konzultace se specialisty, byli méně obeznámeni s preventivní zdravotní péčí a někdy měli potíže s pochopením českého systému plánování návštěv u lékaře. Tyto rozdíly se odrazily v časové náročnosti péče. UNICEF ve spolupráci s IPVZ a dalšími institucemi pracoval na zmírnění těchto problémů tím, že zaměstnával ukrajinské zdravotníky (pod dohledem českých lékařů) v centrech PP. Byla tak vytvořena síť ukrajinských zdravotních mediátorů sloužících jako most mezi ukrajinskými uprchlíky a českými zdravotnickými institucemi.

4

Motivace a odolnost poskytovatelů zdravotní péče byly klíčové pro zvládnutí uprchlické krize.

Krize zdůraznila obětavost a morální odpovědnost, kterou cítí mnozí poskytovatelé zdravotní péče. Někteří z nich se např. blížili odchodu do důchodu, ale rozhodli se v praxi pokračovat a podpořit tak zdravotnický systém v reakci na náhlý příchod nových pacientů. Tato úcta k povinnosti a odpovědnosti napomohla zvládnout krizi a vedla i k rozšíření praxí a novým iniciativám. Motivace pokračovat navzdory výzvám Neméně důležitým faktorem motivace byly vedle společenské odpovědnosti také finanční pobídky poskytované UNICEF, které umožnily lepší odměňování přetížených zdravotnických pracovníků a najímání dalšího podpůrného personálu.

5

Rodiče dětských ukrajinských uprchlíků vyjádřili vděčnost za péči, kterou jejich děti obdržely.

Ukrajínští rodiče vyjádřili hlubokou vděčnost za zdravotní péči, které se jejich dětem v České republice dostalo a zdůraznili vysokou úroveň péče, jež považují za výrazně lepší než na Ukrajině. Obzvláště oceňují komplexní a rychlou péči v českých nemocnicích, kde jsou všechny potřebné služby pohodlně umístěny na jednom místě. Tato výjimečná úroveň PP na ně hluboce zapůsobila, mnozí

ocenili i snahu lékařů poskytnout co nejlepší péči pro jejich děti navzdory bariérám. Absence výraznějších nákladů na PP, s drobnými výjimkami např. poplatků za gynekologické služby, rodiče pozitivně překvapila. Tato zkušenost zdůrazňuje hodnotu a vliv dobře dostupné a kvalitní PP na spokojenost nejen dětských pacientů, ale i jejich rodin.



Můj syn se po očkování usmíval.

– ukrajinský uprchlík

6

Potřeby psychologické a sociální podpory nebyly dostatečně řešeny.

Kromě lékařské péče nebyly dostatečně řešeny psychologické a sociální problémy uprchlíků, a které mohou zejména u dětí představovat významné dlouhodobé problémy. Identifikace unikátních potřeb těchto jedinců je zásadní, mnozí čelí nejen fyzickým zdravotním problémům, ale také vysokému psychickému stresu a problémům se začleněním do společnosti. Roste například potřeba zajištění ukrajinsky mluvících psychologů, zejména pro děti zažívající šikanu (a to i mezi ukrajinskými vrstevníky) či potíže s integrací a trpící sociálním vyloučením.

Adaptace a integrace mohou být obzvláště náročné i pro starší děti, které čelí hrubému narušení svého již zavedeného sociálního života a musí se přizpůsobit novému a neznámému prostředí. S tím roste také poptávka po individualizované specializované podpoře, jako je přizpůsobení léčebných plánů pro jednotlivce se zavedenými psychiatrickými onemocněními nebo usnadnění školní integrace pro děti se speciálními potřebami. Efektivní integrace vyžaduje holistický přístup, který propojuje zdravotní péči se sociálními službami, aby byly tyto zranitelné skupiny pacientů dostatečně podporovány.

7

Finanční podpora a zjednodušený přístup se ukazují jako klíčové nástroje efektivní zdravotní péče o ukrajinské pacienty, a to i přes drobné administrativní výzvy.

Bez finanční podpory by rozšíření kapacit bylo nemožné. UNICEF v této souvislosti sehrál významnou roli, protože náklady spojené s provozem stávajících i nových pracovišť významně vzrostly, obdobně se zvýšila i časová a materiální náročnost péče. Pro ukrajinské pacienty bylo uspořádání nemocnic výhodné, neboť poskytovalo zjednodušený přístup ke specialistům často s možností tlumočnických služeb, což napomohlo zlepšit orientaci ve zdravotním systému. Pacienti ocenili organizovaný přístup, v jehož rámci jsou všechny potřebné testy a schůzky k dispozici na jednom místě, často dokončené během dvou hodin. Tento model efektivně řešil okamžité potřeby pacientů a obdržel od nich pozitivní zpětnou vazbu.

Nicméně implementace této podpory se neobešla bez problémů. Naléhavost reakce na krizi vytvořila některé administrativní překážky, zejména při koordinaci a rychlém vybavování nových pediatrických ordinací. K administrativní zátěži přispěly i problémy s nahlašování očkovaní či ručním trasování. Ačkoli se procesy časem zefektivňovaly, neustále se objevovaly problémy s měněními se požadavky na hlášení a dalšími potřebami na sběr dat.

8

Partnerství UNICEF a MZdr úspěšně rozšířilo primární zdravotní péči pro uprchlíky, ale zdůrazňuje potřebu systémových zlepšení a udržitelného financování.

Partnerství mezi Ministerstvem zdravotnictví a UNICEF efektivně rozšířilo přístup ke službám primární zdravotní péče v reakci na velký příliv uprchlíků a prokázalo důležitost cílené finanční podpory a flexibility systému. Intervence přispěly ke zlepšení poskytování zdravotní péče na místní úrovni financováním výdajů na jiné než zdravotnické služby (např. na tlumočníky) a umožnily rychlé zřízení pediatrických ordinací a jejich personální obsazení v regionech kriticky postižených nedostupností péče. Přímý lidský kontakt a schopnost rychle se přizpůsobit byly zásadní pro budování důvěry mezi zdravotnickým personálem a pacienty a pro usnadnění péče. Je nutné zdůraznit, že i přes zlepšení místní dostupnosti primární péče však nebyly řešeny širší systémové změny v prevenci a dlouhodobé udržitelnosti systému zdravotní péče.

9

Implementované modely podpory byly účinné a mají potenciál k rozšíření.

Implementované modely podpory, včetně zřízení nových zařízení primární péče v nemocnicích a přímé pomoci odborníkům primární péče, mají potenciál pro celostátní rozšiřování. Udržitelnost a rozšíření těchto služeb však závisí na navazující finanční podpoře. Organizace jako UNICEF hrály klíčovou roli při pokrytí počátečního růstu nákladů během krize. Náhlé ukončení této podpory však, jak zdůraznili mnozí respondenti, zapříčinilo značné problémy a poukazuje na nutnost konzistentního a trvalého financování k udržení poskytované péče.



Intervence měla výrazný lokální efekt, nezměnila ani nezlepšila systém prevence.

– respondent z orgánu veřejné správy



7. Analýza nákladů

Prozkoumáním různých scénářů uzavírání kapacitní mezery a trvání podpory následující analýza nákladů poskytuje vhled do nejúčinnějších strategií pro udržení a posílení kapacity pediatrické péče v celém systému zdravotní péče v České republice.

Analýza nákladů hodnotí dva modely implementované jako součást partnerství MZdr a UNICEF a odhaduje náklady na škálování a rozšiřování těchto modelů za účelem snížení kapacitních deficitů v systému primární zdravotní péče. První model zahrnuje granty na nové pediatrické ordinace, druhý model zahrnuje finanční pobídky ke zvýšení kapacity v již existujících ordinacích. Základní předpoklad kapacitní mezery 776 EPÚ je odvozen ze studie Šídlo et al. (2024), jak je podrobněji popsáno v kapitole 7.3 a Příloze 2.

Následující kapitoly představují provedenou analýzu nákladů, včetně jejich předpokladů a výchozího scénáře. Dále je porovnávána nákladová efektivita různých typů intervencí a jsou představeny doporučení pro co nejpraktičtější a nejefektivnější možnosti implementace. Analyzované scénáře se liší v rozsahu uzavření kapacitních mezer a délce podpory, přičemž náklady se liší podle zvoleného modelu a rozsahu. Mezi klíčové faktory patří **procento uzavření kapacitní mezery** (od 20 % do 100 %), **modely intervence** (Model 1, Model 2 nebo kombinace) a **délka podpory** (1 rok nebo 3 roky). Nákladovost intervencí byla hodnocena porovnáním celkových nákladů každého scénáře s celkovým nárůstem nákladů na zdravotní péči, přičemž byly hodnoceny jak okamžité, tak dlouhodobé finanční náklady pro udržení potřebné kapacity pediatrické péče.

7.1 Východiska analýzy nákladů

Byly testovány dva typy intervencí pro rozšíření přístupu k PP:

- **Model 1** – První model zahrnuje granty na otevření nových pediatrických ordinací v nemocnicích.

Náklady na zahájení činnosti nových ordinací v prvním roce byly odhadnuty na základě podpory UNICEF na **2 470 000 Kč**. Rozpis nákladů je uveden níže.

Tabulka 6: Granty na otevření pediatrických ordinací v nemocnicích

	Jednotka	Množství	Náklady (Kč)	Celkové náklady na 1 kancelář s 1 EPÚ PLDD (Kč)
Personální náklady¹¹	měsíc	12	115 000	1 380 000
Spotřební materiál	měsíc	12	7 500	90 000
Infrastruktura	ordinace PLDD	1	1 000 000	1 000 000
				2 470 000

Zdroj: UNICEF / Šídlo et al., 2024

11 Pokrývají pobídku, ale ne plnou mzdu pro 1 EPÚ PLDD a 1 zdravotní sestru.

- **Model 2** – Druhý model zahrnuje poskytování finančních pobídek ke zvýšení kapacity již existujících pediatrických ordinací.

Náklady na založení ordinací a podporu v prvním roce implementace byly odhadnuty na základě podpory UNICEF na **1 464 000 Kč**. Rozpis nákladů je uveden níže.

Tabulka 7: Finanční pobídky ke zvýšení kapacit stávajících pediatrických organizací

	Jednotka	Množství	Náklady (Kč)	Celkové náklady na 1 EPÚ PLDD (Kč)
Personální náklady ¹²	měsíc	12	115 000	1 380 000
Spotřební materiál	měsíc	12	7 000	90 000
				1 464 000

Zdroj: UNICEF / Šídlo et. al., 2024

7.2 Předpoklady

Odhadnuté náklady implementace obou typů intervencí zahrnují pouze počáteční investici na 1 rok potřebnou pro škálování modelů na národní úrovni. Nezahrnují další provozní náklady po prvním roce ani celkové personální náklady. Provozní náklady nebyly zahrnuty, protože jsou v pozdějších fázích zřízení ordinace kompenzovány pravidelnými úhradami ze zdravotního pojištění.

Dále se předpokládá, že každý rok obdrží pobídku pevně stanovený počet ordinací. Toto číslo bylo vypočítáno jako celkový počet EPÚ potřebných k uzavření mezery dělený celkovým počtem let, během kterých může být podpora distribuována.

Na základě dat z rozhovorů s PLDD odhadujeme, že podpora jedné pediatrické ordinace může zvýšit její kapacitu přibližně o 50 % pro nově registrované pacienty, v závislosti na stávající kapacitě ordinace a počtu dříve registrovaných pacientů. Tato podpora obvykle zahrnuje najmutí lékaře na částečný úvazek v zavedených ordinacích s více než 1 000 registrovaných pacientů. V důsledku dojde v podpořených ordinacích k nárůstu kapacity o 300 až 500 dalších pacientů. Tento nárůst kapacity je významný zejména v oblastech s vysokou poptávkou po PP.

Co se týče zdrojů financování PP, většina výdajů je obvykle pokryta zdravotními pojišťovnami. Historická data o výdajích na preventivní péči naznačují, že přibližně 85 % těchto výdajů hradí pojišťovny, 15 % financují veřejné zdroje. Tento poměr je tedy použit k odhadu rozdělení nákladů dle zdroje financování každého scénáře.

Výpočet procentního nárůstu nákladů na zdravotní péči zahrnuje projekce celkových a preventivních výdajů na zdravotní péči od roku 2023 do roku 2035, odrážející historické výdajové trendy a očekávaný růst. Pro analýzu byly odvozeny průměrné roční nárůsty celkových nákladů na zdravotní péči a nákladů na preventivní péči z dat minulých let. Předpokládáme, že celkové náklady na zdravotní péči porostou v průměru o 7,2 % ročně a náklady na preventivní péči o 7,7 %. Tyto sazby byly použity k odhadu budoucích výdajů, přičemž jako výchozí data byly použity hodnoty za rok 2021. Pro hodnocené scénáře byly inkrementální náklady na implementaci každého modelu intervence porovnány s těmito projekcemi celkových výdajů, aby se určilo procentní zvýšení celkových a preventivních nákladů na péči.

12 Pokrývají pobídku, ale ne plnou mzdu pro 1 EPÚ PLDD a 1 zdravotní sestru.

7.3 Odhad kapacitní mezery

Výzvy v oblasti primární péče jsou již zřejmé. Demografické změny ovlivňující počty pediatriů i dětí způsobí další zátěž zdravotnického systému. Současné trendy stárnutí pediatriů naznačují výrazné snižování kapacity a ohrožují budoucí dostupnost PLDD. Analýza změn souvisejících s věkem ukazuje, že v porovnání se současným stavem **odchody do důchodu a úmrtí lékařů do roku 2025 sníží kapacitu PLDD o 8 %. Do roku 2030 se očekává pokles dostupnosti PLDD o 36 % a v roce 2035 hrozí pokles až o 55 % současné kapacity PLDD** (Šídlo et. al, 2024).

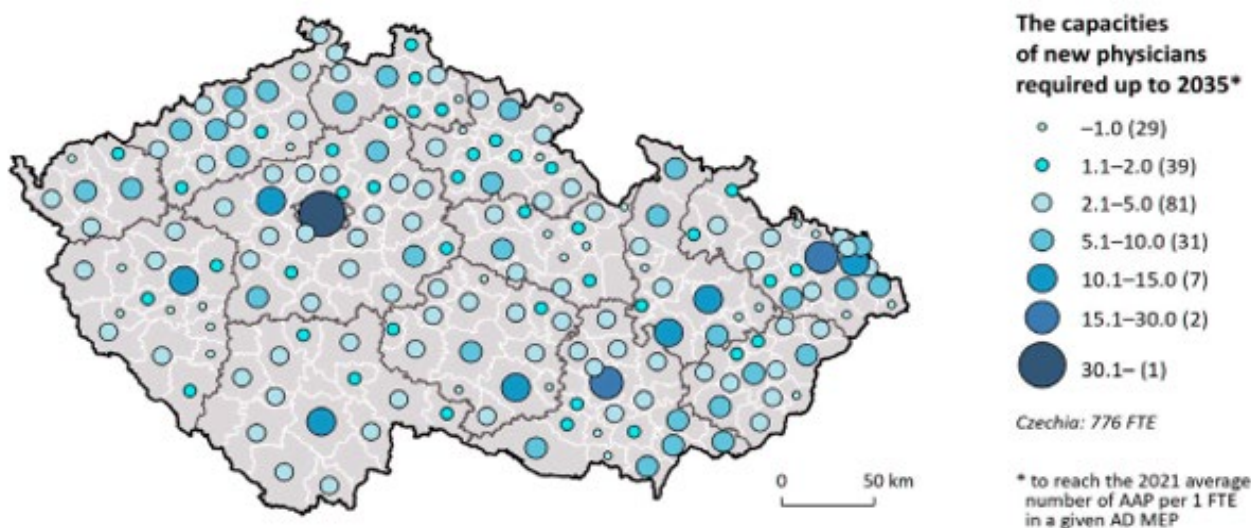
Odhaduje se, že do roku 2035 bude zrušeno 55 % kapacit pro pediatriickou péči.¹³

Tabulka 8 uvádí novou kapacitu, která bude potřebná v jednotlivých správních obvodech obcí s rozšířenou působností (SO ORP) do roku 2035, aby byl udržen stejný poměr věkově upravené populace (VUP) na jeden ekvivalent plného úvazku (EPÚ) jako v základním roce 2021.

Tabulka 8: Předpokládaný počet celkového a nového počtu EPÚ pediatriů potřebných do roku 2035, aby se udržel poměr VUP na EPÚ z roku 2021

	2021	2025	2030	2035
Potřebná kapacita	1 920	1 873	1 737	1 643
Kapacity odcházejících lékařů	-	150	687	1 053
Nové kapacity	-	103	504	776

Schéma 13: Odhad celkového EPÚ pediatriů potřebného pro podporu dětí ukrajinských uprchlíků¹⁴



Zdroj: Šídlo et. al., 2024

Aby bylo možné čelit rostoucí poptávce, odhaduje se, že **bude zapotřebí 776 EPÚ pediatriů**, aby byl zajištěn adekvátní přístup k primární zdravotní péči (PP).

Na základě regionálních demografických projekcí měly regiony s nejvyšší poptávkou hodnoty až dvakrát vyšší než regiony s nejnižší poptávkou. Tyto rozdíly lze přičíst různým faktorům, zejména v oblastech kolem velkých měst. Tyto disparity lze připsat různým faktorům, výrazné jsou zejména

¹³ Šídlo et. al (2024). Další podrobnosti naleznete v Příloze 2.

¹⁴ Kapacity byly vypočteny na krajských pracovištích obcí s rozšířenou působností ČR (včetně hlavního města Prahy, tj. 206 celků).

v hustě zalidněných oblastech okolo velkých měst. Regiony obecně vnímané jako periferní nebo socioekonomicky znevýhodněné (např. pohraniční oblasti, vnitřní periferní oblasti) měly taktéž nadprůměrné hodnoty poptávky po PLDD. Ačkoliv regionální rozdíly do značné míry odrážejí velikost populace, je zřejmé, že vyšší počty nových pediatriů by měly být směřovány do regionů s velkými městskými populacemi, zejména do Prahy, stejně jako do severozápadních Čech a jihovýchodní Moravy (viz Schéma 13 níže).

Tento odhad nebere v úvahu nedávný příliv uprchlíků z Ukrajiny. Tento demografický posun by mohl mít významné dopady na kapacity PP, které jsou nezbytné pro udržení a zlepšení zdraví dětí. Pokud by příliv dětí ukrajinských uprchlíků pokračoval současným tempem, odhaduje se, že by bylo zapotřebí v průměru dalších 55 EPÚ zdravotnických pracovníků, aby byla zajištěna adekvátní primární zdravotní péče.

Tabulka 9: Odhad celkového EPÚ pediatriů potřebného pro podporu ukrajinských dětí uprchlíků¹⁵

Rok	Celkem EPÚ	VUP	Požadované EPÚ
2025	85 974,6	142 263,6	71,1
2026	82 151,9	134 477,0	67,2
2027	78 653,9	127 294,8	63,6
2028	75 459,9	120 676,5	60,3
2029	72 550,9	114 584,7	57,3
2030	69 909,2	108 984,7	54,5
2031	67 518,3	103 844,2	51,9
2032	65 363,1	99 133,1	49,6
2033	63 429,4	94 823,8	47,4
2034	61 704,1	90 890,3	45,4
2035	60 175,2	87 308,7	43,7

Zdroj: vlastní kalkulace na základě MV, 2024

7.4 Porovnání a výběr scénářů nákladů

Pro posouzení dopadu různých strategií na snížení rozdílů v kapacitě PP jsme prozkoumali řadu scénářů zahrnujících různé modely, kapacity a délku podpory. K hodnocení scénářů byla použita metodika hodnocení založená na multikriteriálním bodovacím systému, který zohledňuje čtyři klíčové faktory: uzavření kapacitní mezery, preference modelu, efektivita a dobu podpory.

- 1. Uzavření kapacitní mezery** je v bodování primárně zohledněno, přičemž vyšší procenta uzavření získávají vyšší body. Tím je zajištěno, že scénáře, které efektivněji uzavírají kapacitní mezeru, jsou hodnoceny příznivě.
- 2. Preference modelu** se rovněž promítá do hodnocení, přičemž se preferují „kombinační“ modely před jednotlivými modely, jako je Model 1 nebo Model 2. Scénáře využívající kombinované modely jsou oceněny dalšími body, což odráží preferenci přístupů využívajících více modelů.
- 3. Nákladová efektivita** je klíčovou součástí, kde jsou scénáře s nižšími celkovými náklady odměněny vyššími body. Náklady jsou z pohledu bodování váženy inverzně, což znamená, že čím méně je scénář nákladný, tím lépe bude hodnocen.

4. Doba podpory hraje rovněž roli v hodnocení, přičemž se upřednostňují kratší doby podpory (1 rok) před delšími (3 roky). Scénáře s kratšími dobami podpory získávají vyšší hodnocení.

Po výpočtu na základě těchto faktorů jsou scénáře seřazeny podle svého skóre v sestupném pořadí, přičemž scénář s nejvyšším skóre je zařazen na 1. místo. Tento přístup k hodnocení zajišťuje, že scénáře, které efektivně uzavírají kapacitní mezeru, používají preferované modely, jsou nákladově efektivní a vyžadují kratší doby podpory, jsou upřednostňovány.

Tabulka 10: Hodnocení scénářů na základě multikriteriálního bodovacího systému

Scénář	Uzavření kapacitní mezery	Modely	Celkové náklady (Kč)	% nárůst nákladů na PP	Doba podpory	Skóre	Pořadí
A1.1	100 %	Model 2	2 272 128 000	0,339 %	1 rok	65,15	4
A1.2	100 %	Kombinace	2 199 764 000	0,328 %	1 rok	75,32	1
A2.1	20 %	Model 1	390 260 000	0,058 %	1 rok	66	3
A2.2	20 %	Kombinace	428 274 000	0,64 %	1 rok	73,33	2
A3.1	51 %	Model 2	1 168 272 000	0,174 %	1 rok	55,32	7
A3.2	51 %	Model 1	1 095 908 000	0,163 %	1 rok	55,98	6
B1.1	100 %	Model 2	6 816 384 000	0,839 %	3 let	51,71	8
B1.2	100 %	Kombinace	6 283 292 000	0,773 %	3 let	61,86	5
B2.1	20 %	Model 1	854 780 000	0,105 %	3 let	39,69	10
B2.2	20 %	Kombinace	1 134 822 000	0,140 %	3 let	46,31	9
B3.1	51 %	Model 2	3 504 816 000	0,431 %	3 let	38,64	12
B3.2	51 %	Model 1	2 971 724 000	0,366 %	3 let	39,23	11

*Odhad uzavření kapacitní mezery v roce 2035

Zdroj: vlastní kalkulace na základě MV, 2024

S ohledem na finanční omezení a cíl efektivního uzavření mezery v kapacitách pediatrické péče se **Scénář A1.2 (Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2)** jeví jako velmi příznivá možnost. Tento scénář nabízí vyvážený přístup tím, že využívá silné stránky obou modelů – zřizování nových ordinací v městských oblastech a zároveň zvyšování kapacity stávajících ordinací ve všech regionech. Tento scénář poskytuje komplexní pokrytí za relativně nízké náklady, což z něj činí praktickou volbu pro implementaci.

Alternativně **Scénář A2.2 (Částečné uzavření kapacitní mezery (20 %) kombinací Modelu 1 a Modelu 2)** nabízí nákladově efektivní řešení pro řešení nejzranitelnějších regionů do roku 2035. Tento přístup je vhodný zejména v případě, že jsou zdroje omezenější, což umožňuje významný dopad bez nutnosti plného finančního závazku.

Stručně řečeno, kombinovaný přístup, který využívá Model 1 i Model 2, nabízí nejlepší rovnováhu mezi náklady a pokrytím, řeší okamžitou potřebu rozšíření péče o dětské pacienty a zároveň zajišťuje dlouhodobou udržitelnost.

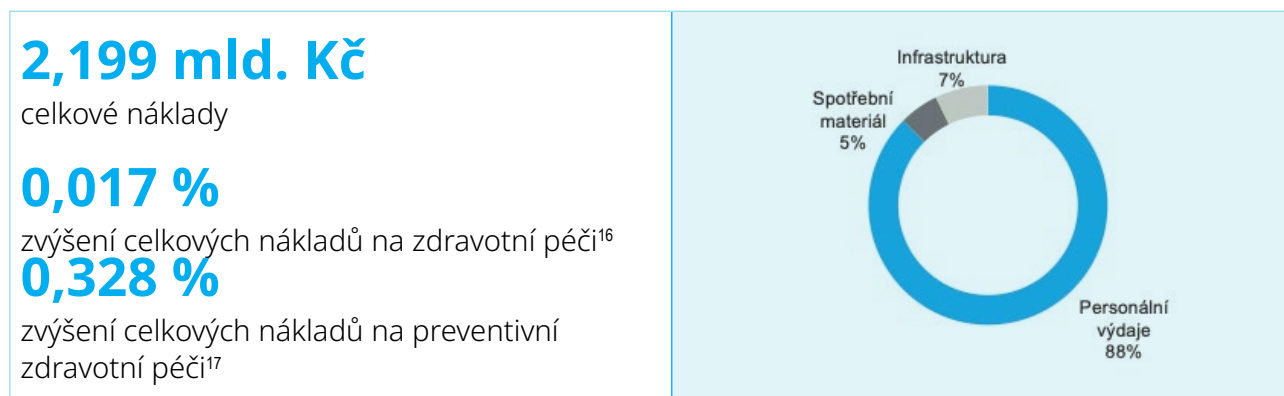
7.5 Vybrané nákladové scénáře

A1.2 ÚPLNÉ UZAVŘENÍ KAPACITNÍ MEZERY (100%)

KOMBINACÍ MODELU 1 A MODELU 2

Pokud předpokládáme úplné uzavření předpokládané kapacitní mezery do roku 2035 prostřednictvím Modelu 1 i Modelu 2, odhadují se celkové náklady na 2 199 764 000 Kč.

Schéma 14: Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2



Model 1 je vhodný pro větší, městské oblasti s existující nemocniční infrastrukturou, což je ideální prostředí pro zřízení nových pediatrických ordinací. V důsledku toho předpokládáme, že Model 1 pokryje přibližně 20 % nedostatků v 10 SO ORP, zejména v oblastech s nejzávažnějším nedostatkem kapacit. Naopak Model 2 je dostatečně flexibilní, aby mohl být nasazen ve všech regionech a účinně řešil zbývající deficit PLDD.

Tabulka 11: Přehled nákladů pro scénář A1.2

	Počet podporovaných PLDD ordinací za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet PLDD ordinací (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
Model 1	14	34 580 000	158	390 260 000
Model 2	112	163 968 000	1 236	1 809 504 000
Celkem	126	198 548 000	1 394	2 199 764 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Odhadujeme rozdělení pokrytí celkových nákladů scénáře A1.2 mezi veřejné výdaje a zdravotní pojišťovny, přičemž 15 % nákladů bude hrazeno z veřejných rozpočtů (330 mil. Kč) a 85 % veřejnými zdravotními pojišťovnami (1,87 mld. Kč). Toto členění respektuje historické trendy ve financování preventivní péče.

Tabulka 12: Rozpis celkových nákladů u scénáře A1.2

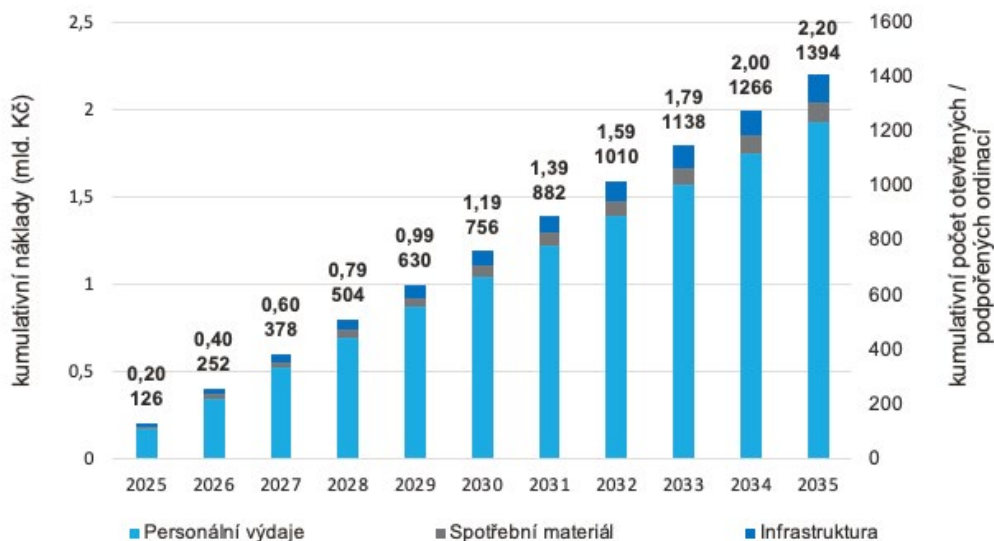
	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	329 964 600	1 869 799 400
Personální výdaje	288 558 000	1 635 162 000
Spotřební materiál	17 706 600	100 337 400
Infrastruktura	23 700 000	134 300 000

Zdroj: vlastní kalkulace

¹⁶ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

¹⁷ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

Schéma 15: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podporovaných plných úvazků pro scénář A1.2

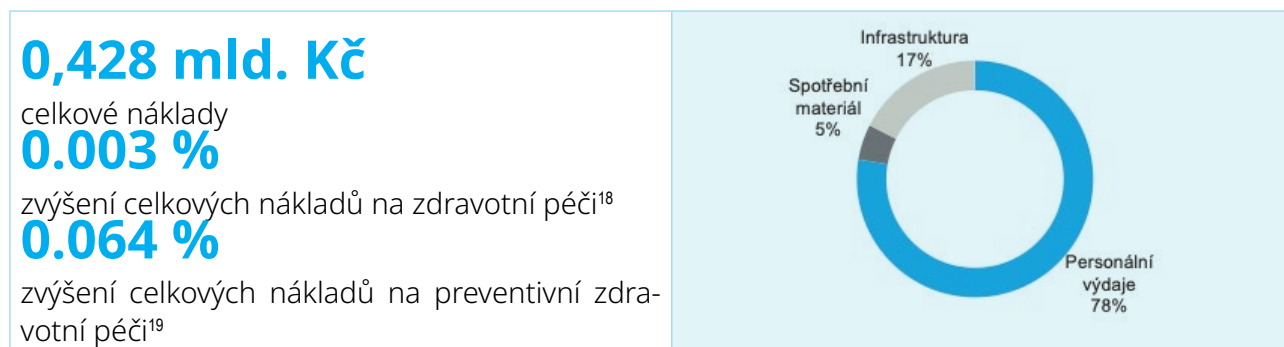


Zdroj: vlastní kalkulace

A2.2 ČÁSTEČNÉ POKRYTÍ KAPACITNÍ MEZERY (20 %) KOMBINACÍ MODELU 1 A MODELU 2

Částečné pokrytí mezery o 20 % lze také dosáhnout kombinací Modelu 1 a Modelu 2. V tomto scénáři je Model 1 aplikován pro 3 největší SO ORP, které představují asi 10 % celkové mezery, a Model 2 je využit k pokrytí zbývajících mezer v ostatních 7 SO ORP. Odhadované náklady takového řešení jsou **428 274 000 Kč**.

Schéma 16: Částečné pokrytí kapacitní mezery o 20 % kombinací Modelu 1 a Modelu 2



Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 13: Přehled nákladů pro scénář A2.2

	Počet podporovaných PLDD ordinací za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet PLDD ordinací (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
Model 1	7	17 290 000	75	185 250 000
Model 2	15	21 960 000	166	243 024 000
Celkem	23	39 250 000	241	428 274 000

Zdroj: vlastní kalkulace

18 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

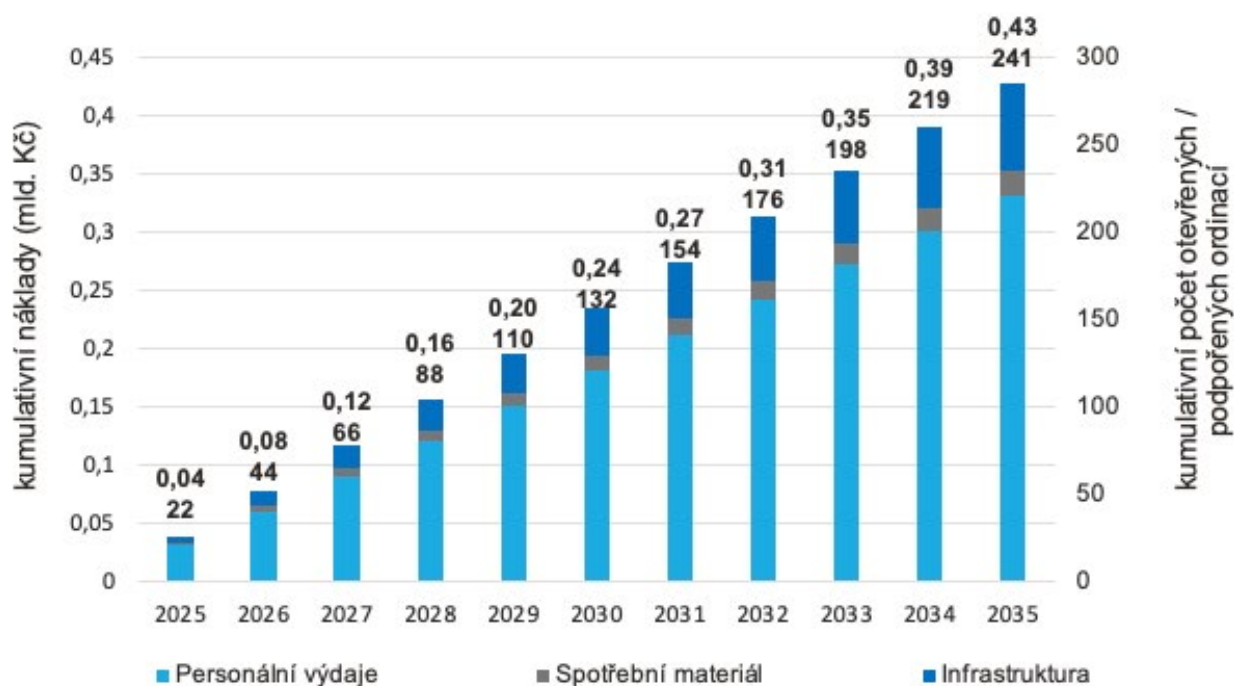
19 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

Tabulka 14: Rozpis celkových nákladů u scénáře A2.2

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	64 241 100	364 032 900
Personální výdaje	49 887 000	282 693 000
Spotřební materiál	3 104 100	17 589 900
Infrastruktura	11 250 000	63 750 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Schéma 17: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podporovaných plných úvazků pro scénář A2.2

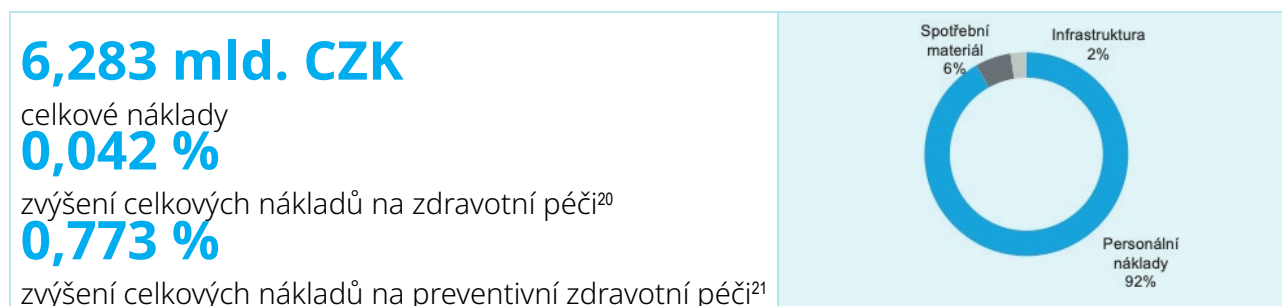


Zdroj: vlastní kalkulace

Pro srovnání jsou vypracovány i odpovídající scénáře pod Scénářem B, kde jsou zachovány stejné předpoklady ze Scénáře A, ale s úpravou, že podpora pokrývající náklady na spotřební materiál a personál je nyní poskytována po dobu tří let.

B1.2 ÚPLNÉ UZAVŘENÍ KAPACITNÍ MEZERY (100%) KOMBINACÍ MODELU 1 A MODELU 2

Pokud předpokládáme **úplné uzavření předpokládané kapacitní mezery** do roku 2035 pomocí Modelu 1 a Modelu 2, celkové náklady se odhadují na **6 283 292 000 Kč**.

Schéma 18: Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2*Zdroj: vlastní kalkulace***Tabulka 15: Přehled nákladů pro scénáře B1.2**

	Počet podpo- rovaných PLDD ordinací za rok	Náklady za 1. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Náklady za 3. rok (Kč)	Celkový počet PLDD ordinací (2025-2035)	Celkové ná- klady 2025- 2037 (Kč)
Model 1	14	345 800 000	20 580 000	20 580 000	158	85 478 000
Model 2	112	163 968 000	163 968 000	163 968 000	1236	5 428 512 000
Celkem	126	509 768 000	184 548 000	184 548 000	1394	6 283 292 000

*Zdroj: vlastní kalkulace***Tabulka 16: Rozpis celkových nákladů u scénáře B1.2**

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	942 493 800	5 340 798 200
Personální výdaje	865 674 000	4 905 486 000
Spotřební materiál	53 119 800	301 012 200
Infrastruktura	23 700 000	134 300 000

Zdroj: vlastní kalkulace

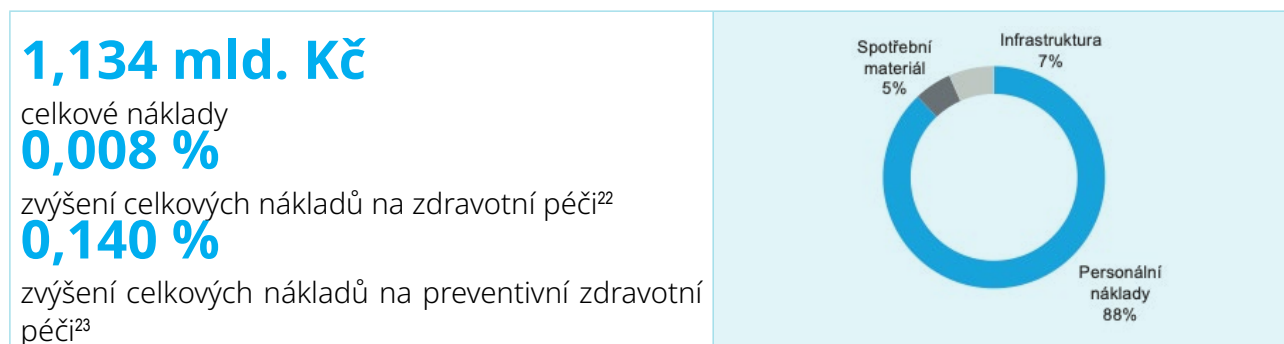
20 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

21 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

B2.2 ČÁSTEČNÉ POKRYTÍ KAPACITNÍ MEZERY (20 %) KOMBINACÍ MODELU 1 A MODELU 2

Odhadované náklady na **částečné pokrytí kapacitní mezery (20 %)** kombinací Modelu 1 a Modelu 2 jsou **1 134 822 000 Kč**.

Schéma 19: Částečné pokrytí kapacitní mezery o 20 % kombinací Modelu 1 a Modelu 2



Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 17: Přehled nákladů pro scénář B2.2

	Počet podporovaných PLDD ordinací za rok	Náklady za 1. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Náklady za 3. rok (Kč)	Celkový počet PLDD ordinací (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2037 (Kč)
Model 1	7	17 290 000	10 290 000	10 290 000	75	405 750 000
Model 2	15	21 960 000	21 960 000	21 960 000	166	792 072 000
Celkem	23	39 250 000	32 250 000	32 250 000	241	1 134 822 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 18: Rozpis celkových nákladů u scénáře B2.2

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	170 223 300	964 598 700
Personální výdaje	149 661 000	848 079 000
Spotřební materiál	9 312 300	52 769 700
Infrastruktura	11 250 000	63 750 000

Zdroj: vlastní kalkulace

²² Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

²³ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

7.6 Omezení a nedostatky analýzy nákladů

- Odhady nákladů **nepočítají s dodatečnými výdaji spojenými s ubytováním uprchlíků**. Tato opomenutí by mohla vést k podcenění celkových nákladů, protože příliv uprchlíků může vést ke zvýšeným požadavkům na další výdaje, což by mohlo zvýšit celkové vynaložené výdaje nad rámec projektovaných čísel.
- **Velikost ukrajinské populace** v České republice je velmi závislá na nepředvídatelném geopolitickém vývoji. Tato skutečnost může významně ovlivnit náklady. Fluktuace v počtu ukrajinských uprchlíků v důsledku měnících se politických podmínek mohou vést ke změnám v potřebách zdravotní péče a podpory, které nejsou zahrnuty v současných odhadech. V důsledku toho mohou skutečné náklady překročit prezentované scénáře, pokud se počet uprchlíků zvýší nebo pokud budou vyžadovány další zdroje k naplnění jejich potřeb.
- **Projekce změn populace jsou založeny na několika předpokladech**, včetně stabilních úrovní plodnosti a úmrtnosti a nulové migrace. Jakékoli odchylky od těchto předpokladů by mohly významně ovlivnit výsledky.
- **Přesnost vstupních dat**, včetně podrobného rozpisu zdravotnických pracovníků podle místa, věku, pohlaví a kapacity, je zásadní. Jakékoli nepřesnosti nebo změny v těchto datech mohou ovlivnit spolehlivost projekce.
- Celkově byla tato studie, zejména její nákladová část, **omezena dostupností zdravotnických dat**. Mnoho výpočtů by mohlo být přesnějších s podrobnějšími daty, zejména s regionálním rozdělením kapacitních mezer.
- **Změny v politice, financování nebo ekonomických podmínkách v oblasti zdravotnictví** mohou ovlivnit dostupnost a distribuci zdravotnických pracovníků. Tyto faktory jsou těžko předvídatelné a mohou způsobit významné odchylky od výsledků.
- **Pokroky v lékařské technologii a telemedicině** by mohly změnit poptávku po zdravotnických pracovnících a změnit způsob poskytování zdravotní péče, což by mělo vliv na projektované potřeby praktiků.
- Rozhodnutí lékařů o odchodu do důchodu, změny v profesních preferencích mezi novými absolventy a další **behaviorální faktory** mohou významně ovlivnit budoucí nabídku zdravotnických pracovníků. Tyto faktory jsou nejisté a mohou vést k rozdílům v projekcích.



8. Závěr a doporučení

Hlavním účelem této Zprávy bylo poskytnout Ministerstvu zdravotnictví České republiky doporučení na podporu postupného rozšiřování primární péče (PP) prostřednictvím veřejného sektoru. K tomu byl využit multimetodický přístup zahrnující kvantitativní i kvalitativní metody sběru a analýzy dat.

Ze Zprávy vyplývá, že náhlý příliv ukrajinských uprchlíků prohloubil již existující problémy českého systému primární péče, zejména nedostatek zdravotnických pracovníků či pomalou generační obměnu lékařů. Počet praktických lékařů a pediatrů na 100 000 obyvatel se v České republice v roce 2021 dostal pod hodnotu průměru EU. Výrazný nedostatek lékařů je dále umocňován jejich stárnoucí věkovou strukturou. Primární zdravotní péče o děti a dorost je tímto obzvláště ohrožená, téměř polovina PLDD je starších 60 let a mnoho z nich se blíží odchodu do důchodu. Optimální není ani nastavení vzdělávacího systému, struktura studijních programů či složitost aprobačních zkoušek pro lékaře pocházející ze zemí mimo EU. Působením těchto faktorů pak nastává stav, kdy mnoho dětí nemá svého PLDD. Situace se v jednotlivých regionech České republiky liší a regionální disparity se ukázaly být závažným problémem, kritický nedostatek PLDD hrozí zejména v hustě osídlených oblastech a v periferiích. Přičemž samotné finanční pobídky se v těchto oblastech ukázaly jako nedostatečný nástroj k přilákání nových lékařů.

Navzdory těmto výzvám české zdravotnictví prokázalo rychlou reakci na příliv uprchlíků jistou míru odolnosti a adaptability. Byla zřízena pohotovostní zdravotnická střediska a procesy byly zefektivněny tak, aby vyhovovaly potřebám uprchlíků. Bylo také upuštěno od některých administrativních požadavků a osobám pod dočasnou ochranou byla poskytována bezplatná zdravotní péče, aniž by došlo k výraznému nárůstu stížností na dostupnost péče.

Překonávání jazykových a kulturních bariér mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče si žádalo více času. Účinným opatřením pro zkvalitnění a urychlení péče a snadnější komunikaci bylo např. zaměstnávání ukrajinských zdravotníků či tlumočnicků. Rodiče ukrajinských uprchlíků vyjadřovali vděčnost za vysoký standard péče a informace o kvalitních zařízeních primární péče se v ukrajinských komunitách rychle rozšířily. Potřeby psychologické a sociální podpory však nebyly adekvátně řešeny. Zásadní roli při zvládnutí krize sehrála obětavost českého zdravotnického personálu podpořená finančními pobídkami UNICEF. Finanční podpora a zjednodušený přístup byly klíčové pro efektivní poskytování primární péče. Ministerstvo zdravotnictví spolu s UNICEF úspěšně rozšiřovaly služby a zároveň zdůrazňovaly potřebu systémových zlepšení.

Analýza nákladů představená v této Zprávě posuzuje finanční dopady udržení a posílení kapacity primární zdravotní péče v rámci českého zdravotnictví. Zkoumá náklady spojené se škálováním dvou modelů implementovaných ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a UNICEF. Analýza hodnotí různé scénáře na základě míry uzavření kapacitní mezery, intervenčních modelů a doby trvání podpory a posuzuje dopady na náklady porovnáním celkových nákladů každého scénáře s celkovým nárůstem výdajů na zdravotní péči. Aby se do roku 2035 plně uzavřela kapacitní mezera ve službách primární zdravotní péče v celé České republice, tato Zpráva preferuje implementaci scénáře A1.2, který využívá kombinaci grantů na zřízení nových ordinací PLDD (Model 1) a finančních pobídek pro stávající ordinace (Model 2). Za tímto účelem musí být od roku 2025 alokováno 2,19 mld. Kč. Dle historických trendů ve financování preventivní péče by částka 2,19 mld. Kč byla rozdělena následovně:

- Veřejné výdaje: 15 % z celkových nákladů, tj. 330 mil. Kč.
- Veřejné zdravotní pojištění: 85 % z celkových nákladů, tj. 1,87 mld. Kč

Na základě zjištění předkládáme následující doporučení:

1

Přijmout strategický multidimenzionální přístup k efektivnímu uzavření kapacitní mezery v primární zdravotní péči

Pro zajištění dostupnosti a kvality služeb primární péče pro všechny obyvatele České republiky do roku 2035 je zásadní navýšení celkové finanční alokace počínaje rokem 2025. Tato investice je nezbytná k řešení kritických kapacitních deficitů a posílení odolnosti českého zdravotnictví proti budoucím demografickým výzvám. Konkrétně by měla být přijata opatření k odstranění zjištěného nedostatku 776 PLDD na plný úvazek (EPÚ). K úplnému uzavření této kapacitní mezery do roku 2035 předpokládáme nutnost dodatečné celkové alokace až 2,2 miliardy Kč. Nejvýhodnější strategií pro dosažení cíle je využití kombinace grantů na zřízení nových ordinací PLDD (Model 1) a finančních pobídek pro stávající ordinace (Model 2).

2

Zlepšit vzdělávání a školení mladých pracovníků v oblasti primární zdravotní péče

Stabilita celého systému primární péče závisí na dostupnosti PLDD a zdravotních sester. Proto je třeba vzdělávací systém upravit tak, aby podporoval ochotu mladých lékařů pracovat přímo v tomto oboru. Atraktivita kariéry v obecné praxi musí být zvýšena zdůrazněním významné role všeobecných lékařů a PLDD v preventivní péči a veřejném zdraví.

Dále by měla být zlepšena praxe v oboru lepší spoluprací mezi praktickými lékaři a nemocnicemi, což by umožnilo sdílení zdrojů a úspory nákladů, čímž by se zvýšila celková kvalita zdravotní péče. To přispěje k rozšíření počtu rezidenčních míst a zefektivnění procesu, aby byli noví PLDD řádně připraveni na praxi. Vzdělávací programy nabízející praktické zkušenosti zlepší připravenost a odolnost lékařů. Navíc brzké vystavení jak nemocničnímu, tak prostředí primární péče může pomoci studentům učinit informovanější rozhodnutí o své kariéře.

Další oblastí pro zlepšení je začlenění komplexních modulů o migraci a zdraví jako základních součástí do studijních osnov. V současnosti jsou tato témata často studována pouze na volitelné bázi. Seznámení se s nimi je však zásadní pro zlepšení zdravotních výsledků a zajištění kvalitní péče a řešení složitých potřeb všech pacientů.

3

Využít zahraniční zdravotnický personál

Česká republika plně nevyužila potenciálu velkého počtu lékařů a zdravotnických pracovníků prchajících z Ukrajiny. S více než 377 000 ukrajinskými uprchlíky v zemi, nejvyšším počtem na obyvatele v Evropské unii, je poptávka po zdravotnických službách vysoká. Přítomnost lékařů hovořících ukrajinsky by mohla významně zlepšit kvalitu péče o uprchlíky. Stát však nepřijal dostatečná opatření pro zjednodušení integrace ukrajinských zdravotníků do českého zdravotnického systému. Složitý a dlouhý proces aprobační ukrajinských lékařských kvalifikací představuje významnou překážku.

V současné době trvá znávaní vzdělání dosaženého mimo EU několik měsíců. Jelikož Ukrajina není členem Evropské unie, nedochází k uznání diplomu automaticky. I po tomto uznání vzdělání musí ukrajinští lékaři projít aprobačním procesem pod dohledem, než budou moci samostatně vykonávat praxi v České republice. Tento náročný proces mnohé odradí, což znamená, že administrativní a profesní překážky zvládnou překonat jen ti nejodhodlanější.

Integrace ukrajinských lékařů do českého systému sice nevyřeší dlouhodobé systémové problémy zdravotnictví v zemi, ale mohla by výrazně zmírnit tlaky na dostupnost primární péče, zejména během nečekaných krizí, jako je příliv uprchlíků. Pro plné využití tohoto potenciálu je nezbytné zjednodušit aprobační a integrační procesy pro zahraniční lékaře. Bylo by tak možné rychleji zaměstnávat ukrajinské lékaře, které k podpoře českého systému primární péče naléhavě potřebujeme. Zjednodušení těchto postupů by prospělo nejen lékařům, ale řešilo by i bezprostřední zdravotní potřeby nejen rostoucí uprchlické populace, ale i samotné české populace.

4

Podporovat týmové praxe

Rozšíření a podpora týmových praxí by mohlo být klíčovou strategií pro dočasné zvýšení kapacity primární péče v České republice. Tím, že týmové praxe poskytují finanční pobídky přímo lékařům, zajišťují rovnější rozdělení zdravotní péče v celé zemi. Týmové praxe fungující na principu spolupráce více kvalifikovaných lékařů a multidisciplinárním týmem zdravotnických a nezdravotnických pracovníků (jako jsou zdravotní sestry, administrativní a sociální pracovníci), nabízejí řadu výhod. Zvyšují dostupnost a organizaci péče, což umožňuje efektivnější poskytování služeb. Tyto praxe jsou zvláště účinné při využívání kapacit lékařů na rodičovské dovolené nebo těch, kteří se blíží odchodu důchodu a nejsou schopni nebo ochotni pracovat na plný úvazek. Navíc pomáhají zvládat rostoucí požadavky na digitalizaci zdravotní péče, IT infrastrukturu, legislativu a rostoucí administrativní zátěž.

Týmové praxe mají potenciál stabilizovat personální obsazení v jednotlivých ordinacích a usnadnit hladkou generační obměnu, čímž zajistí kontinuitu péče pro registrované pacienty. Tento model je také vhodný pro zvládnutí výkonu praxe na částečný úvazek, což jej činí atraktivní volbou pro mladé lékaře na mateřské nebo rodičovské dovolené a využívá jinak nevyužitý personální potenciál.

5

Přehodnotit a přerozdělit nemocniční kapacity

Strategická restrukturalizace dětských oddělení v rámci nemocnic je nezbytná pro uvolnění kapacit a zdrojů, které by mohly být lépe využity v prostředí primární péče. Navzdory tomu, že péče o děti a dorost se výrazně přesunula z nemocnic do ambulantního prostředí a mnoho nemocničních oddělení funguje s nízkou obložeností, stále je vyžadováno jejich plné personální obsazení. Takové rozdělení zdrojů brání efektivnímu přesunutí kapacit do primární péče k uspokojení narůstající poptávky. Efektivní přerozdělení kapacit by zmírnilo zátěž nemocničních zařízení a zkvalitnilo by poskytování služeb primární zdravotní péče. Tento problém se netýká pouze dětského lékařství a postihuje další obory s podobně nízkou obložeností. Přesměrováním kapacit do oblastí, kde jsou nejvíce potřeba, jako je následná péče, moderní léčebné metody a ambulantní či jednodenní péče, by český zdravotnictví mohlo lépe řídit své personální a finanční zdroje a v konečném důsledku zlepšit celkovou efektivitu péče.

6

Posílit monitoring kapacit

Současné nedostatky v monitorovacím systému kapacit zdravotní péče, spolu s neucelenými či nedostupnými daty, představují významné výzvy v managementu zdrojů. Za účelem efektivní alokace zdrojů by měl být zřízen transparentní centralizovaný systém pro sledování a řízení kapacity zdravotní péče ve všech zařízeních. Tento systém by poskytoval aktuální informace o dostupných kapacitách v reálném čase, což by pacientům i zdravotnickému personálu, zejména v oblastech s vysokou poptávkou, usnadnilo přesměrování pacientů a urychlení péče. Tím by se zkrátil čas, který pacienti stráví hledáním lékaře, byla by rychleji poskytnuta řádná péče a zlepšila by se celková efektivita zdravotnictví.

Seznam literatury

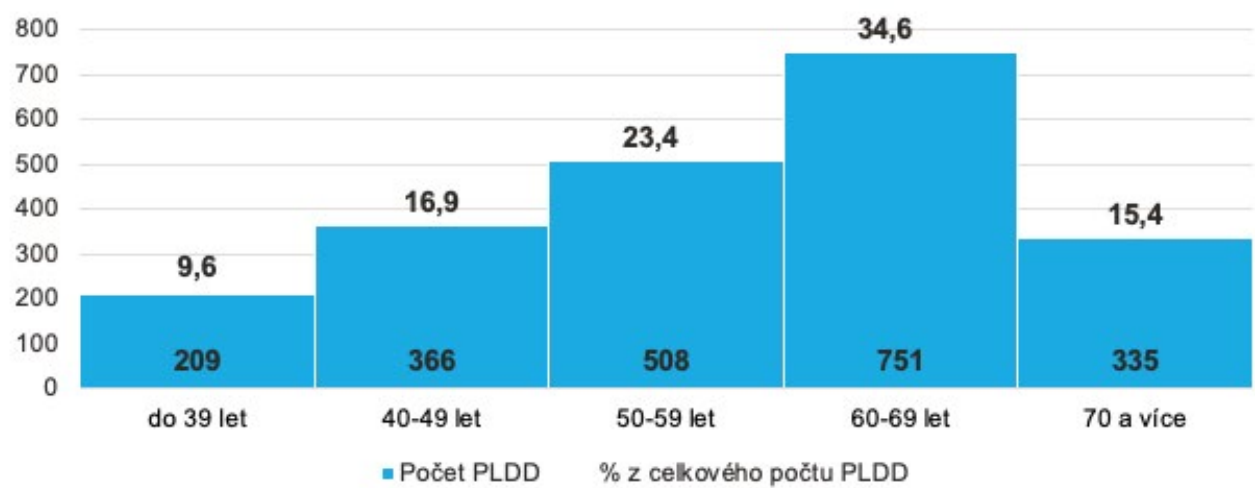
1. AIFP. (n.d.). Úhradová vyhláška. <https://www.nzip.cz/clanek/802-uhradova-vyhlaska>.
2. Bellová, J. et. al. (2019.). Financování zdravotnictví. <https://www.fulsoft.cz/33/financovani-zdravotnictvi-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EwmkXV2S0dZ1jX77NYcWO8CD-vMUnwPlw/>
3. Bryndová L, et al. Czechia: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(1): i–183. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366529/9789289059336-eng.pdf?sequence=1>.
4. Consortium of Migrants Assisting NNOs in the Czech Republic. (2024). Uprchlíci z Ukrajiny v datech a analýzách. Dostupné z: <https://migracnikonsorcium.cz/cs/data-statistiky-a-analyzy/uprchlici-z-ukrajiny-v-datech/>.
5. ČSÚ (2024b). Výdaje na zdravotní péči. Dostupné z: https://csu.gov.cz/vydaje-na-zdravotni-peci?pocet=10&start=0&podskupiny=264&razeni=-datumVydani#data-a-ca-sove-rady_vydaje-na-zdravotni-peci-podle-druhu-poskytnute-pece-v-cesku-20152021.
6. ČSÚ. (2023). Výsledky zdravotnických účtů v ČR v letech 2010-2021. <https://www.czso.cz/documents/10180/221394546/26000523.pdf/6cc3848c-cf48-4c5a-92fe-cf3d847810ca?version=1.1>.
7. ČSÚ. (2024). Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2070. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2070>.
8. European Council. (2024). European Child Guarantee: how the EU protects children. Dostupné z: <https://www.consilium.europa.eu/en/infographics/european-child-guarantee/#:~:text=The%20European%20Child%20Guarantee%20provides%20guidance%20and%20tools,holds%20at%20risk%20of%20poverty%20or%20social%20exclusion>.
9. Eurostat. (2023). Physicians by category. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_physcat_custom_11493182/default/table?lang=en.
10. Hroboň, P. & Klimková, V. (2019). Systém financování zdravotní péče v Česku 2019. <https://www.dataozdravi.cz/temata/clanky/zdravotnickysystem/systemfinancovani>.
11. Institut laboratorní medicíny. (2024). Dohodovací řízení. <https://www.dr2024.cz/>.
12. Ministerstvo zdravotnictví. (2024). Unpublished data provided for the purposes of this report.
13. Ministerstvo zdravotnictví. (2022). Základní ukazatele činnosti zdravotních pojišťoven v letech 2020 a 2021. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2013/07/zakladni_ukazatele.pdf.
14. Ministerstvo zdravotnictví. (2020). Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 "Zdraví 2030". Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>.
15. Ministerstvo zdravotnictví. (2018). Veřejné zdravotní pojištění. <https://mzd.gov.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>.
16. Ministerstvo vnitra. (2024). Statistika v souvislosti s válkou na Ukrajině – archiv. <https://www.mvcr.cz/clanek/statistika-v-souvislosti-s-vaalkou-na-ukrajine-archiv.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>.
17. Ministerstvo vnitra. (2024a). V České republice je aktuálně 325 tisíc uprchlíků z Ukrajiny. <https://www.mvcr.cz/mvcren/docDetail.aspx?docid=22439612&doctype=ART>.
18. Ministerstvo vnitra. (2024b). Statistika v souvislosti s válkou na Ukrajině – archiv. <https://www.mvcr.cz/clanek/statistika-v-souvislosti-s-vaalkou-na-ukrajine-archiv.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>.

19. nasiukrajinci.cz (n.d.). Úhrada zdravotního pojištění. Dostupné z: <https://www.nasiukrajinci.cz/cs/zdravotni-pojisteni>.
20. NZIP. (2023). Aktuální data o proočkovanosti české populace. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/ceo/analyticke-studie/ceo-vakcinace-prehled/ceo-vakcinace-prehled.pdf>.
21. NZIP. (n.d.). Primární péče. <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/36>.
22. OECD. (2020). Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
23. Rözler, A. (2024). Vláda schválila Lex Ukrajina 7. Ekonomicky soběstační uprchlíci z Ukrajiny budou moci získat dlouhodobý pobyt - Ministerstvo vnitra České republiky. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/vlada-schvalila-lex-ukrajina-7-ekonomicky-sobestacni-uprchlici-z-ukrajiny-budou-moci-ziskat-dlouhodoby-pobyt.aspx>.
24. Šídlo, L., Kahoun, L., Čábel, F., & Havelková, T. Estimating required general practitioner capacity due to generational change in Czech regions up to 2035. Moravian Geographical Reports, 32(2), 112-122. Dostupné z: <https://sciendoc.com/article/10.2478/mgr-2024-0010>.
25. UNHCR. (2024). Czech Republic: Protection Profiling & Monitoring Factsheet - May 2024. Dostupné z: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine/location/10819>.
26. ÚZIS. (2022). Zdravotnická ročenka České republiky 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdrroccz2021.pdf>.
27. ÚZIS. (2024). Data on the number of children, doctors and PEDs' offices provided by ÚZIS.
28. ÚZIS. (2024). NR-ZP. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-registr-zdravotnickych-pracovniku>.
29. VZP. (2024a). Unpublished data provided for the purposes of this report via Ministerstvo zdravotnictví.
30. VZP. (2024b). Platby zdravotního pojištění v roce 2024. <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/platby-zdravotniho-pojisteni-v-roce-2024>.
31. VZP. (n.d.). Dohodovací řízení. <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dohodovaci-rozeni>.

Příloha 1

Podpůrná data

Schéma 20: Celkový počet pediatriů dle věku (2023)



Zdroj: ÚZIS, 2024

Tabulka 19: Předpokládaný dopad ukrajinských dětských uprchlíků na kapacity PP

Rok	0-3 let	4-6 let	7-15 let	16-18 let
2022	15 277	19 682	71 351	23 602
2023	9 637	13 275	51 823	19 949
2024	8 945	12 284	48 375	20 540
Změna 2024-2023	-7,18 %	-7,47 %	-6,65 %	2,96 %

	0-3 let	4-6 let	7-15 let	16-18 let	Celkem	VUP ²⁴	Požadovaných EPÚ
2025	8 302,7	11 367,0	45 156,4	21 148,5	85 974,6	142 263,6	71,1
2026	7 706,5	10 518,4	42 152,0	21 775,0	82 151,9	134 477,0	67,2
2027	7 153,1	9 733,2	39 347,4	22 420,1	78 653,9	127 294,8	63,6
2028	6 639,5	9 006,6	36 729,5	23 084,4	75 459,9	120 676,5	60,3
2029	6 162,7	8 334,2	34 285,7	23 768,2	72 550,9	114 584,7	57,3
2030	5 720,2	7 712,1	32 004,5	24 472,4	69 909,2	108 984,7	54,5
2031	5 309,5	7 136,4	29 875,1	25 197,4	67 518,3	103 844,2	51,9
2032	4 928,2	6 603,6	27 887,4	25 943,9	65 363,1	99 133,1	49,6
2033	4 574,3	6 110,6	26 032,0	26 712,5	63 429,4	94 823,8	47,4
2034	4 245,9	5 654,5	24 299,9	27 503,9	61 704,1	90 890,3	45,4
2035	3 941,0	5 232,4	22 683,2	28 318,7	60 175,2	87 308,7	43,7

Zdroj: MV, 2024

24 Věkově upravená populace (VUP), tj. součet násobků odhadované populace podle věku s příslušným věkově specifickým kapitalizačním indexem (viz tabulka níže).

Věk	0-4	5-9	10-14	15-19
Kapitalizační index	4,1	1,9	1,45	1

Tabulka 20: Multi-kriteriální srovnání v oblasti zdravotní péče o děti, dle krajů (s výsledky*)

Kraj	% dětí bez DLPP	Skóre	% dětí ukrajinských uprchlíků	Skóre	Bilance otevřených/uzavřených ordinací	Skóre	% počet DLPP nad 60 let	Skóre	Podíl očkovaných dětí	Skóre	Kojenecká úmrtnost (na 1000 dětí)	Skóre	Celkové Skóre	Celkové pořadí
Hlavní město Praha	10,0 %	14	9,5 %	14	-22	7	46,4 %	3	82,1 %	13	1,8	4	55	2
Jihočeský kraj	4,3 %	4	4,0 %	7	-37	9	54,2 %	11	87,3 %	7	1,5	1	39	9
Jihomoravský kraj	4,9 %	6	3,8 %	6	-47	13	54,9 %	13	85,3 %	10	1,8	4	52	3/4
Karlovarský kraj	9,3 %	13	6,4 %	13	-12	3	56,1 %	14	81,2 %	14	2,3	7	64	1
Královéhradecký kraj	5,2 %	10	4,4 %	10	-11	2	48,2 %	6	90,8 %	2	2,3	7	37	10
Liberecký kraj	5,2 %	9	4,1 %	8	-7	1	52,9 %	9	84,9 %	11	2,5	10	48	6
Moravskoslezský kraj	2,9 %	1	2,1 %	1	-46	12	44,9 %	2	85,6 %	9	2,3	7	32	13/14
Olomoucký kraj	3,1 %	2	2,3 %	2	-39	10	50,4 %	7	90,7 %	3	3,1	12	36	11
Pardubický kraj	5,0 %	7	4,4 %	9	-16	5	39,4 %	1	84,9 %	11	1,5	1	34	12
Plzeňský kraj	7,7 %	12	6,1 %	12	-15	4	47,8 %	5	88,4 %	4	2,2	6	43	8
Středočeský kraj	5,1 %	8	4,5 %	11	-61	14	54,7 %	12	92,2 %	1	1,5	1	47	7
Ústecký kraj	6,1 %	11	3,3 %	4	-26	8	51,3 %	8	85,7 %	8	3,4	13	52	3/4
Kraj Vysočina	4,7 %	5	3,5 %	5	-39	10	53,0 %	10	87,6 %	6	3,4	13	49	5
Zlínský kraj	3,7 %	3	2,6 %	3	-17	6	47,7 %	4	87,7 %	5	2,8	11	32	13/14

* Čím vyšší skóre je přirazeno, tím horší.

Zdroj: ÚZIS, 2022; ÚZIS, 2024; MV, 2024; NZIP, 2023

Tabulka 21: Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR (mld. Kč)

Oblast zdravotní péče	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1. Léčebná péče	184,0	193,7	208,5	228,0	279,2	298,2	318,3
2. Rehabilitace	17,4	18,7	20,7	23,5	22,8	24,3	28,3
3. Dlouhodobá zdravotní péče	43,0	47,4	53,5	59,0	67,2	73,4	76,0
4. Doplnkové služby	17,9	19,3	20,5	22,3	27,9	26,4	26,7
5. Léky a zdravotnické prostředky	73,1	74,4	76,1	80,2	91,2	91,4	98,2
6. Prevence	10,1	11,4	11,8	12,6	19,6	47,1	29,5
7. Správa systému zdravotní péče	8,6	8,6	9,2	10,0	10,8	11,7	11,9
9. Ostatní a nezařazené	3,0	3,6	4,1	4,8	7,4	7,2	5,8
Celkem	357,2	377,2	404,2	440,3	526,0	579,6	594,7

Zdroj: ČSÚ, 2024b

Tabulka 22: Základní propočty výdajů na zdravotní péči v ČR pro roky 2023-2035 (mld. Kč)

Poslední veřejně dostupné údaje o celkových výdajích na zdravotní péči v České republice byly v době vzniku této zprávy za rok 2021. Celkové výdaje na zdravotní péči a náklady na preventivní péči²⁵ 2025 až 2035 byly odhadnuty na základě průměrného ročního nárůstu o 7,2 %, resp. 7,7 %.

	2025-2030	2025-2035	2025-2037
Celkové náklady na péči	5 275,4	13 036,2	14 989,2
Náklady na prevenci	268,6	670,7	812,5

Zdroj: na základě dat ČSÚ, 2024b

Tabulka 23: Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2016-2022 (mld. Kč)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Celkem	357,2	377,2	404,2	440,3	526	579,6	594,7
Preventivní péče	10,1	11,4	11,8	12,6	19,6	47,1	29,5

Zdroj: na základě dat ČSÚ, 2024b

Tabulka 24: Meziroční procentuální změna výdajů na zdravotní péči v ČR v letech 2016 až 2022

	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Očištěný průměrný nárůst ²⁶
Celkem	5,6 %	7,2 %	8,9 %	19,5 %	10,2 %	2,6 %	7,2 %
Preventivní péče	12,9 %	3,5 %	6,8 %	55,6 %	140,3 %	-37,4 %	7,7 %

Zdroj: na základě dat ČSÚ, 2024b

25 Preventivní péče zahrnuje očkovací programy, programy včasné detekce (např. screening rakoviny), pravidelné preventivní prohlídky (např. prohlídky v těhotenství, zubní a všeobecné preventivní prohlídky). Preventivní péče zahrnuje i výdaje na informační kampaně a poradenské programy, jako jsou informace o zdravotních následcích kouření, pití alkoholu, špatného stravování nebo nedostatku fyzické aktivity. V roce 2020 byly do této kategorie zahrnuty i náklady na PCR a testování antigenu na onemocnění COVID-19.

26 Projekce celkových výdajů na zdravotní a preventivní péči byla založena na průměrném ročním tempu růstu, přičemž ve výpočtu byly vynechány anomální nárůsty pozorované během období COVID-19.

Tabulka 25: Předpokládané výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2023-2035 (mld. Kč)

Rok	Celkem	Preventivní péče
2023	637,7	31,8
2024	683,8	34,2
2025	733,2	36,9
2026	786,2	39,7
2027	843,1	42,8
2028	904,0	46,1
2029	969,4	49,6
2030	1 039,5	53,5
2031	1 114,6	57,6
2032	1 195,2	62,1
2033	1 281,6	66,8
2034	1 374,3	72,0
2035	1 473,6	77,6
2036	1 580,1	83,6
2037	1 694,4	90,0

Zdroj: vlastní výpočet na základě dat ČSÚ, 2024b

Tabulka 26: Rozložení odhadované kapacitní mezery

Vzhledem k tomu, že studie, ze které tento výpočet nákladů vychází, neuvádí podrobnosti o konkrétních SO ORP, byl proveden odhad rozpětí kapacitní mezery dle počtu dotčených SO ORP.

Nedostatek kapacit (EPÚ)	Počet SO ORP	Odhad požadovaných nových kapacit (EPÚ)	% z celkových požadovaných nových kapacit
1	29	29	4 %
1,1-2,0	29	53	7 %
2,1-5,0	81	295	38 %
5,1-10,0	31	240,9	31 %
10,1-15,0	7	83	11 %
15,1-30,0	2	45	6 %
30,1	1	30,1	4 %
		776	100 %

Zdroj: vlastní výpočet na základě Šídlo et. al., 2024

Tabulka 27: Výdaje na preventivní péči podle zdroje financování (mld. Kč)

	2016	2018	2019	2020	2021
Celkové výdaje na preventivní péči	10,1	11,8	12,6	19,6	47,1
Veřejné výdaje	0,6	1,0	1,4	1,5	8,1
Veřejné výdaje (%)	5,9	8,5	11,1	7,7	17,2
Výdaje pojišťoven	7,7	8,9	9,3	16,1	36,0
Výdaje pojišťoven (%)	76,2	75,4	73,8	82,1	76,4
Veřejné + pojišťovny	8,3	9,9	10,7	17,6	44,1
Veřejné + pojišťovny (%)	82,2	83,9	84,9	89,8	93,6

Data pro rok 2017 jsou nedostupná.

Zdroj: ČSÚ, 2023

Příloha 2

Šídlo et. al (2024): Odhad potřebných pediatrických kapacit v českých krajích do roku 2035

Základ pro odhady nákladů vychází z robustní studie Šídlo et al. (2024) zaměřené na odhad potřebných kapacit pediatrů (ne výhradně, zabývá se i kapacitami všeobecných praktických lékařů) v kontextu generační změny v českých krajích do roku 2035.

Data

Data o lékařích byla poskytnuta ze strany VZP, jež v ČR pokrývá asi 55 % pojištěných osob a má smlouvy téměř se všemi poskytovateli zdravotní péče, zejména v oblasti všeobecné praxe. Tato anonymizovaná data jsou vysoce spolehlivá, detailní a pravidelně aktualizovaná, včetně informací o věku, pohlaví, lokalizaci a kapacitách lékařů. Na rozdíl od jiných národních registrů, jako jsou Národní registr zdravotnických pracovníků a Národní registr hrazených zdravotních služeb, VZP nabízí komplexnější a aktuálnější data. Data VZP obsahují podrobnosti o všeobecných praktických lékařích (PL) a pediatrech (PLDD) a jsou agregována dle regionů pro roky 2015 až 2021 k 31. prosinci každého roku.

Základní rámec modelu a jeho předpoklady

- Model pracuje se **správními obvody obcí s rozšířenou působností** (SO ORP) včetně hlavního města Prahy jako regionální jednotkou pro analýzu. Celkový počet regionů je 206.
- Potenciální odchod lékařů je sledován ve vybrané věkové skupině, jež se potenciální odchod do důchodu anebo úmrtí dotýká nejvíce. Věková hranice 59 let je identifikována analýzou průměrné pravděpodobnosti odchodu lékařů ze systému s ohledem na faktory věku, pohlaví a lékařské specializace mezi lety 2016 a 2021.
- Dalším předpokladem modelu je, že se samotný počet lékařů není totožný s jejich celkovou kapacitou. **Průměrná kapacita ekvivalentu plnému úvazku** (EPÚ) se liší dle věku, pohlaví a let služby. Pro zobecnění jsou použity průměrné hodnoty z let 2015 až 2020 upravené technikou pětiletých klouzavých průměrů. Model předpokládá, že tyto průměrné hodnoty zůstávají konstantní po celou dobu projektu.
- V databázi VZP jsou identifikovány případy, kdy lékaři **vykonávají praxi současně v několika SO ORP**. V těchto případech je lékař zahrnutý ve všech relevantních SO ORP, přičemž data byla upravena tak, aby odrážela množství času stráveného v každém konkrétním SO ORP.

- Vzhledem k **nedostatku oficiálních prognóz populace na úrovni SO ORP**, zejména dle věkových skupin, byly vytvořeny zjednodušené odhady. Projekce jsou založeny na skutečném stavu populace ČR k 31. prosinci 2020 a zahrnují následující předpoklady: stabilní věkově specifická míra plodnosti dle let 2017-2021; stabilní úmrtnost pro jedince do 30 let, zatímco u starších se předpokládá postupný návrat úmrtnosti během prvních pěti let na úroveň před pandemií COVID-19 (průměrné hodnoty z let 2019 až 2021) a následná stabilizace na úrovni roku 2019 až do roku 2035; a nulová migrace.
- Součástí analýzy je odhad velikosti **věkově upravené populace** (VUP) vypočtený vynásobením odhadované populace každého SO ORP dle věkových kategorií příslušným věkově specifickým (kapitačním) indexem platným v roce 2021. Výsledky jsou odhadnuty jako VUP na 1 EPÚ.

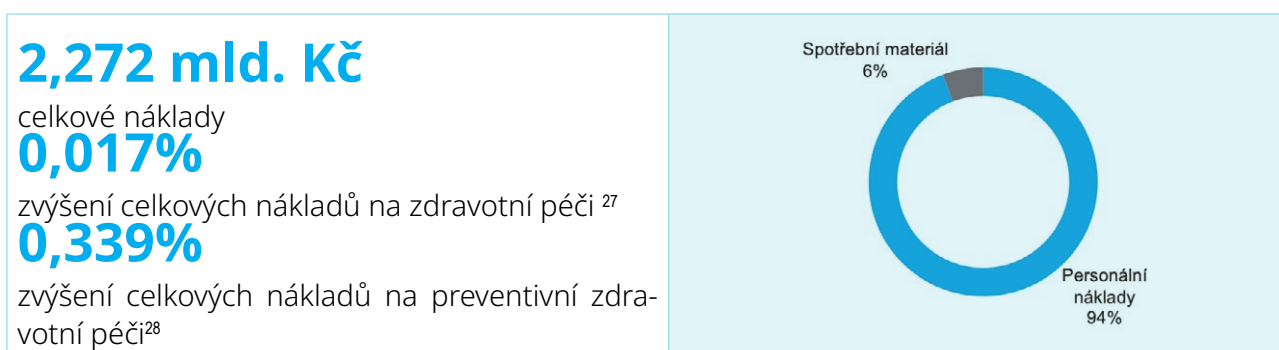
Příloha 3

Scénáře výpočtu nákladů nezahrnuté v Závěrečné zprávě

A1.1 ÚPLNÉ UZAVŘENÍ KAPACITNÍ MEZERY (100 %) PROSTŘEDNICTVÍM MODELU 2

Pokud předpokládáme úplné odstranění předpokládané kapacitní mezery do roku 2035 výhradně prostřednictvím Modelu 2, odhadují se celkové náklady na 2 272 128 000 Kč.

Schéma 21: Úplné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2



Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 28: Přehled nákladů pro scénář A1.1

Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
141	206 424 000	1 552	2 272 128 000

Zdroj: vlastní kalkulace

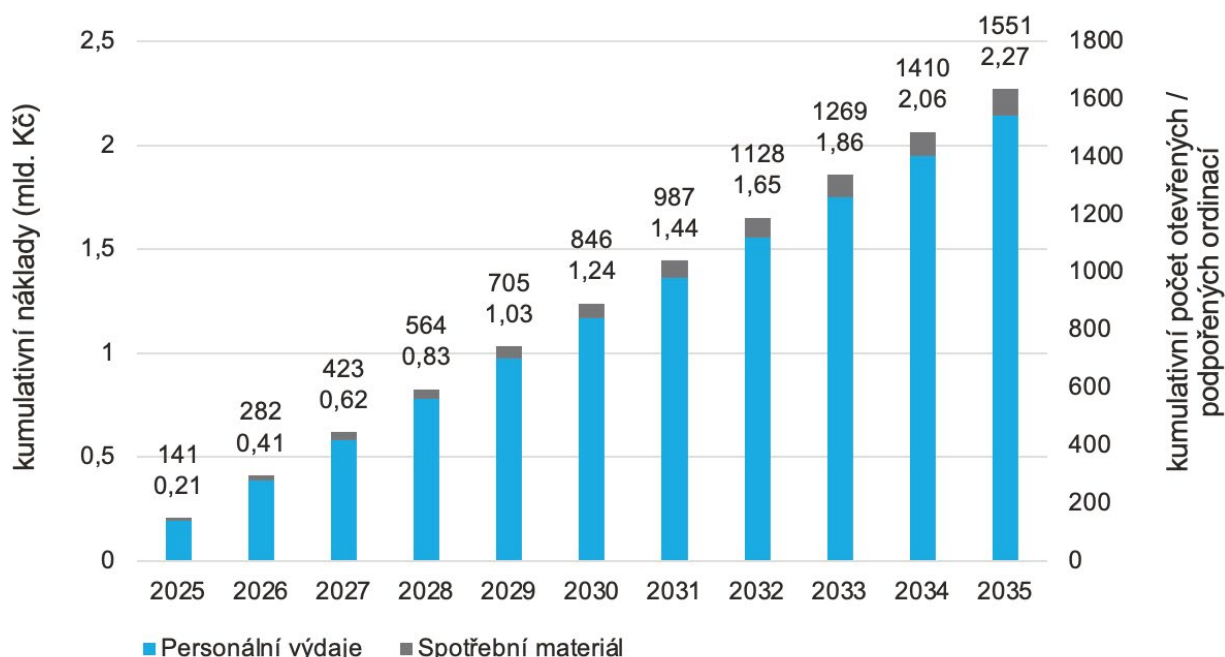
Tabulka 29: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A1.1

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven
Celkem	340 819 200	1 931 308 800
Personální náklady	321 264 000	1 820 496 000
Spotřební materiál	19 555 200	110 812 800

Zdroj: vlastní kalkulace

²⁷ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 22 v Příloze 1.
²⁸ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 22 v Příloze 1.

Schéma 22: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A1.1



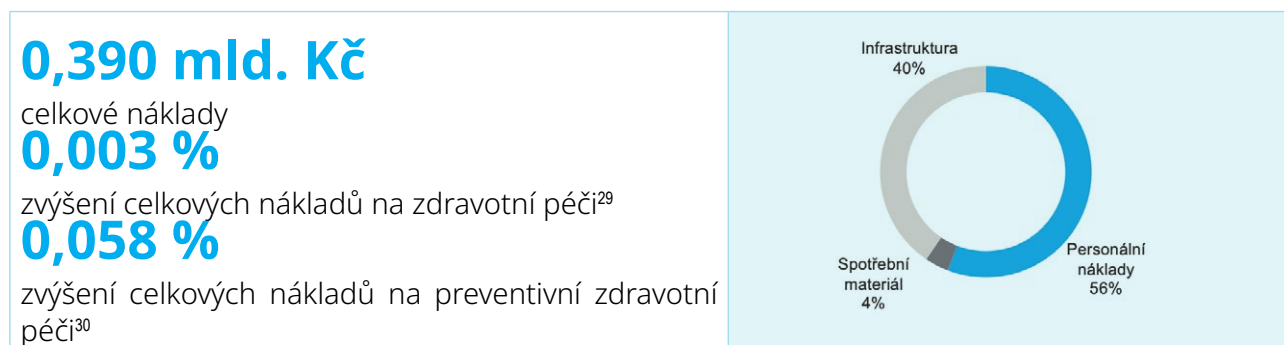
Zdroj: vlastní kalkulace

A2.1 ČÁSTEČNÉ ODSTRANĚNÍ KAPACITNÍ MEZERY (20 %) PROSTŘEDNICTVÍM MODELU 1

Ideálním výsledkem je úplné odstranění kapacitní mezery, pragmatičtější přístupem je však snaha o výrazné částečné odstranění nedostatků. Pokud intervence upřednostní regiony, u nichž se očekává nejzávažnější kapacitní mezera, měla by se zaměřit na 10 SO ORP, kteří dohromady tvoří přibližně 20 % celkového nedostatku, což odpovídá přibližně 158 plným pracovním úvazkům (EPÚ). Vzhledem k tomu, že tyto regiony s nejkritičtějším nedostatkem jsou obvykle městské oblasti, je Model 1 pro tento účel obzvláště vhodný. Jeho výhodou je kompatibilita s většími městskými centry, která již mají nemocniční infrastrukturu, a činí z těchto lokalit hlavní kandidáty na zřízení nových pediatrických ordinací.

Pokud předpokládáme 20 % odstranění předpokládaného nedostatku kapacitní mezery do roku 2035 pouze prostřednictvím Modelu 1, celkové náklady se odhadují na 390 260 000 Kč.

Schéma 23: Částečné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1



Zdroj: vlastní kalkulace

29 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

30 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

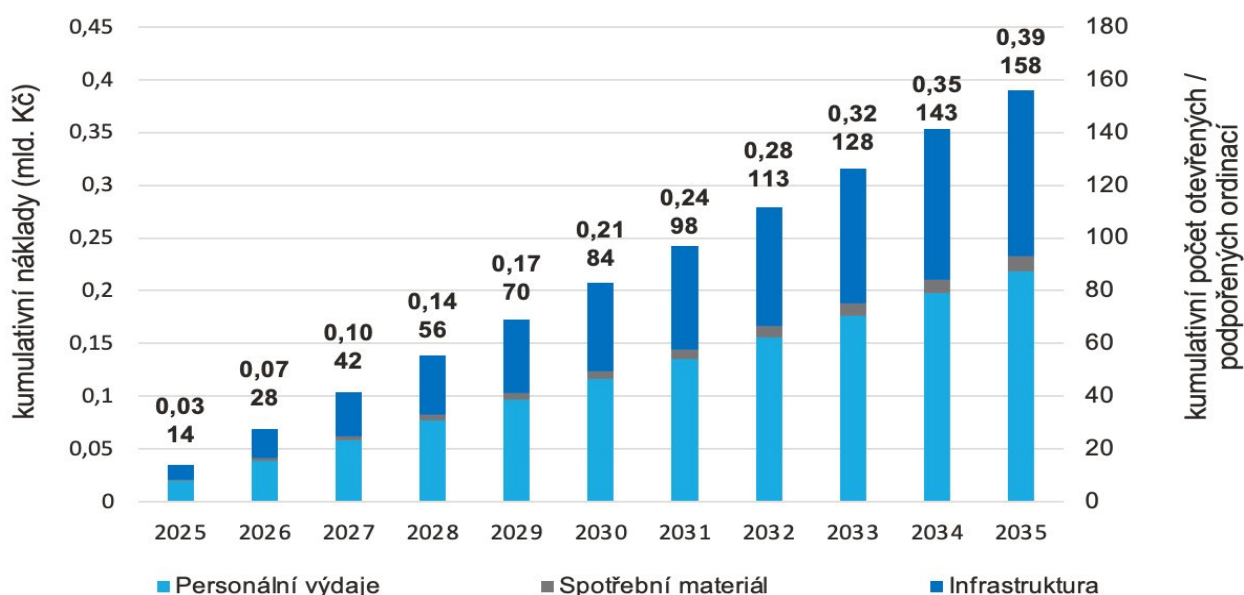
Tabulka 30: Přehled nákladů pro scénář A2.1a, odstranění rozdílu do roku 2035

Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
14	34 580 000	158	390 260 000

Zdroj: vlastní kalkulace

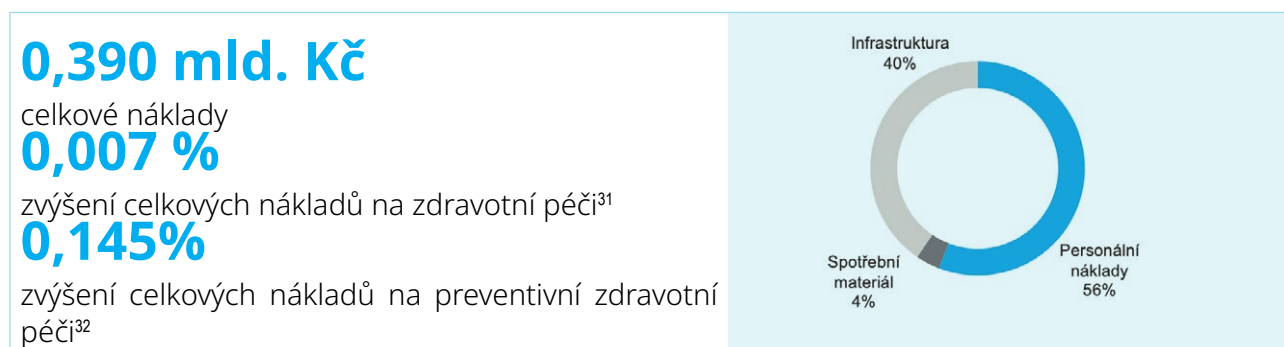
Pokud je strategií překlenout 20 % předpokládané mezery v kapacitě do roku 2030 pouze pomocí Modelu 1, pak by to skutečně znamenalo soustředit výdaje do kratšího časového rámce. Náklady spojené s tímto modelem by musely být rozděleny do kratšího časového období 6 let, a nikoli rozloženy do původního 11letého období. V důsledku toho by to vyžadovalo vyšší roční investice, aby se dosáhlo stejné úrovně odstranění nedostatku kapacity ve zkráceném časovém rámci.

Schéma 24: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrikálních ordinací pro scénář A2.1a



Zdroj: vlastní kalkulace

Schéma 25: Částečné uzavření kapacitní mezery kombinací Modelu 1



Zdroj: vlastní kalkulace

31 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

32 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

Tabulka 31: Přehled nákladů pro scénář A2.1b, odstranění rozdílu do roku 2030

Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
26	64 220 000	158	390 260 000

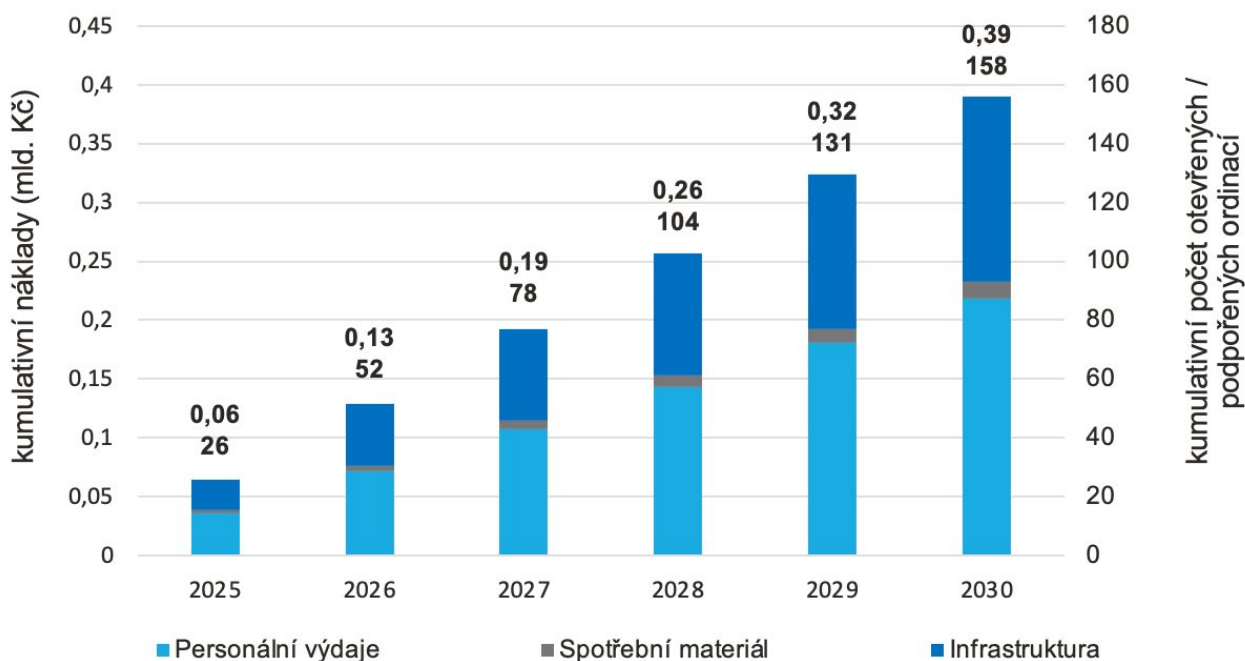
Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 32: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A2.1

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	58 539,000	331 721,000
Personální náklady	32 706,000	185 334,000
Spotřební materiál	2 133,000	12 087,000
Infrastruktura	23 700,000	134 300,000

Zdroj: vlastní kalkulace

Schéma 26: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A2.1b



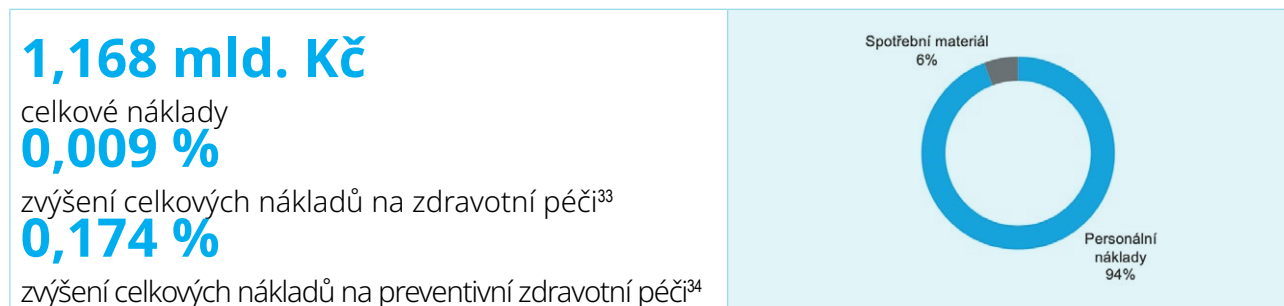
Zdroj: vlastní kalkulace

A3.1 ČÁSTEČNÉ ODSTRANĚNÍ KAPACITNÍ MEZERY (51 %) PROSTŘEDNICTVÍM MODELU 2

Tento scénář počítá s náklady na odstranění 51 % mezery v nových kapacitách.

Zaměřuje se na 41 SO ORP (tj. přibližně 399 EPÚ).

Pokud předpokládáme toto částečné odstranění předpokládané kapacitní mezery do roku 2035 výhradně prostřednictvím Modelu 2, odhadují se celkové náklady na 1 168 272 000 Kč.

Schéma 27: Částečné odstranění kapacitní mezery (51%) prostřednictvím Modelu 2

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 33: Přehled nákladů pro scénář A3.1

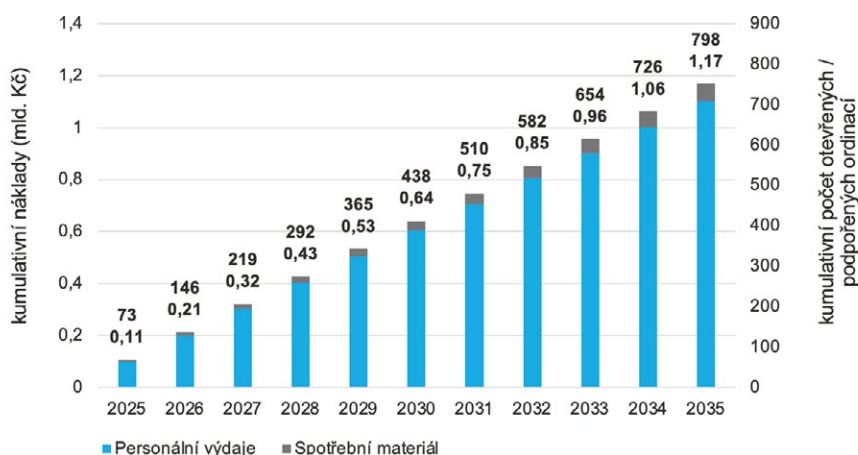
Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
73	106 872 000	798	1 168 272 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 34: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A3.1

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	175 240 800	993 031 200
Personální náklady	165 186 000	936 054 000
Spotřební materiál	10 054 800	56 977 200

Zdroj: vlastní kalkulace

Schéma 28: Kumulativní náklady v letech a kumulativní počet podpořených pediatrických ordinací pro scénář A3.1

Zdroj: vlastní kalkulace

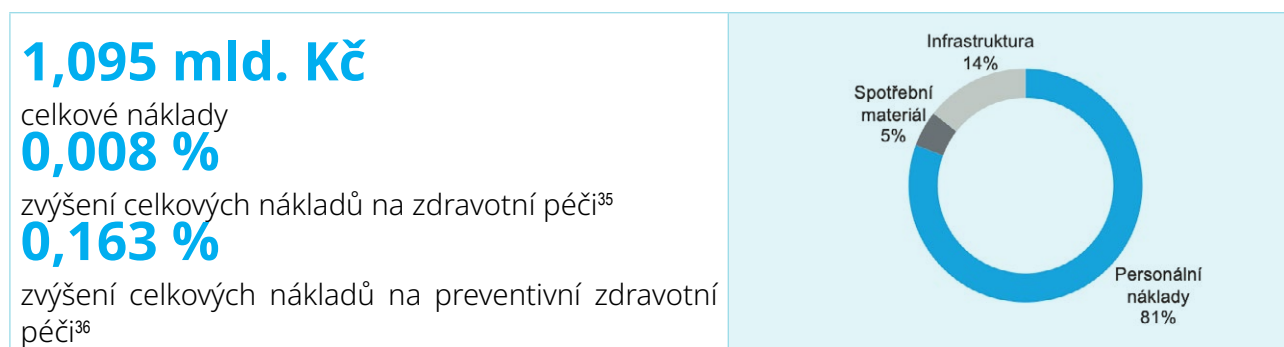
33 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 45 v Příloze 1.

34 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 45 v Příloze 1.

A3.2 ČÁSTEČNÉ UZAVŘENÍ KAPACITNÍ MEZERY (51 %) KOMBINACÍ MODELU 1 a MODELU 2

Tento scénář vypočítává náklady na odstranění 51 % kapacitní mezery kombinací Modelu 1 a Modelu 2. Ačkoli Model 1, který je nejvhodnější pro větší městské oblasti se stávající nemocniční infrastrukturou, bude řešit přibližně 20 % nedostatku v 10 SO ORP, zejména v oblastech s nejkritičtějšími nedostatky kapacit. Naproti tomu Model 2 je dostatečně univerzální, aby mohl být nasazen ve všech regionech, a účinně řeší zbývající nedostatek kapacity v 31 SO ORP. Odhadované náklady na takové řešení činí 1 095 908 000 Kč.

Schéma 29: Částečné uzavření kapacitní mezery (51 %) kombinací Modelu 1 a Modelu 2



Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 35: Přehled nákladů pro scénář A3.2

	Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
Model 1	14	34 580 000	158	390 260 000
Model 2	44	64 416 000	482	705 648 000
Celkem	58	98 996 000	640	1 095 908 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 36: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře A3.2

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	164 386 200	931 521 800
Personální náklady	132 480 000	750 720 000
Spotřební materiál	8 206 200	46 501 800
Infrastruktura	23 700 000	134 300 000

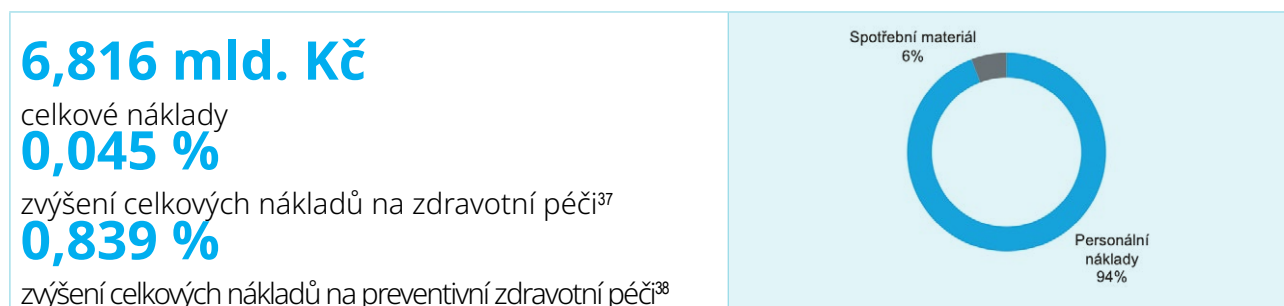
Zdroj: vlastní kalkulace

³⁵ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

³⁶ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

B1.1 ÚPLNÉ UZAVŘENÍ KAPACITNÍ MEZERY (100 %) PROSTŘEDNICTVÍM MODELU 2

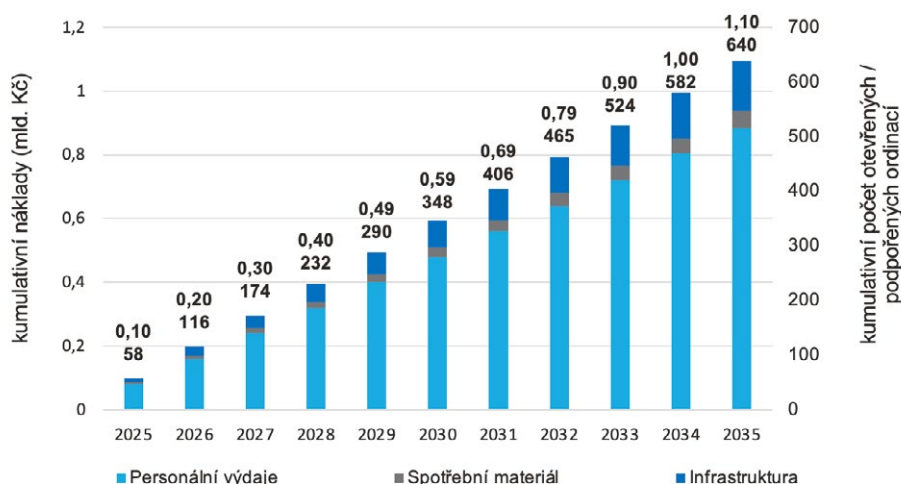
Pokud předpokládáme úplné odstranění předpokládané kapacitní mezery do roku 2035 výhradně prostřednictvím Modelu 2, odhadují se celkové náklady na 6 816 384 000 Kč.

Schéma 30: Úplné uzavření kapacitní mezery (100 %) prostřednictvím Modelu 2*Zdroj: vlastní kalkulace***Tabulka 37: Přehled nákladů pro scénář B1.1**

Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
141	206 424 000	1 552	6 816 384 000

*Zdroj: vlastní kalkulace***Tabulka 38: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B1.1**

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	1 022 457 600	5 793 926 400
Personální náklady	963 792 000	5 461 488 000
Spotřební materiál	58 665 600	332 438 400

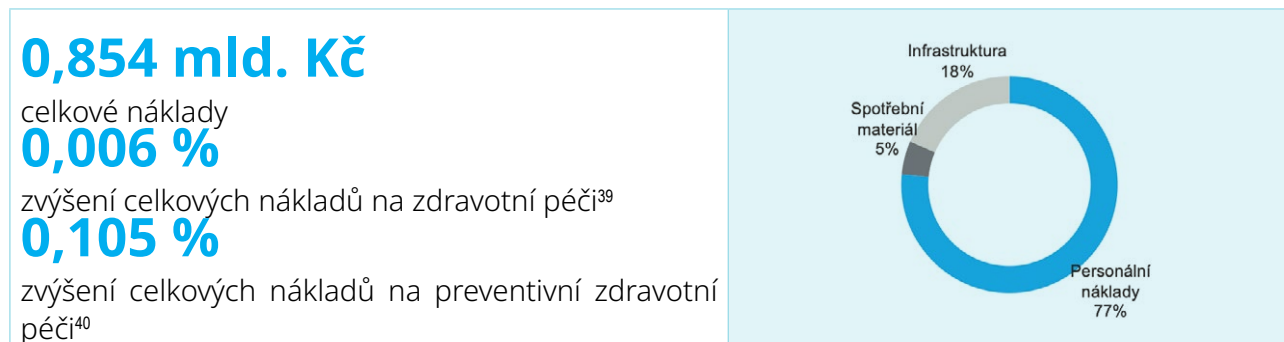
*Zdroj: vlastní kalkulace***Schéma 31: Kumulatívní náklady v letech a kumulativní počet podpořených EPÚ pro scénář B1.1***Zdroj: vlastní kalkulace*

37 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

38 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

B2.1 ČÁSTEČNÉ ODSTRANĚNÍ KAPACITNÍ MEZERY (20 %) PROSTŘEDNICTVÍM MODELU 1

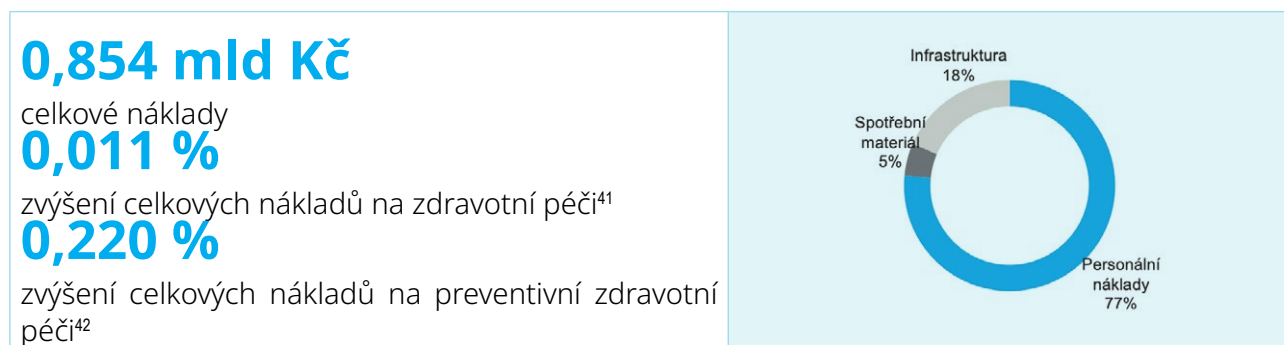
Pokud předpokládáme 20% odstranění předpokládaného kapacitní mezery do roku 2035 pouze prostřednictvím Modelu 1, celkové náklady se odhadují na 854 780 000 Kč.

Schéma 32: Částečné uzavření kapacitní mezery (20 %) prostřednictvím Modelu 1*Zdroj: vlastní kalkulace***Tabulka 39: Přehled nákladů pro scénář B2.1a, odstranění rozdílu do roku 2035**

Počet podpoře- ných kanceláří PLDD za rok	Náklady za 1. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Celkový počet kan- celáří PLDD (2025- 2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
14	345 800 000	20 580 000	20 580 000	158	854 780 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Pokud je strategií překlenout 20 % předpokládané kapacitní mezery do roku 2030 pouze pomocí Modelu 1, pak by to skutečně znamenalo soustředit výdaje do kratšího časového rámce. Náklady spojené s tímto modelem by musely být rozděleny do kratšího časového období 6 let, a nikoli rozloženy do původního 11letého období. V důsledku toho by to vyžadovalo vyšší roční investice, aby se dosáhlo stejné úrovně odstranění nedostatku kapacity ve zkráceném časovém rámci.

Schéma 33: Částečné uzavření kapacitní mezery (20 %) prostřednictvím Modelu 1*Zdroj: vlastní kalkulace*

39 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

40 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

41 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

42 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

Tabulka 40: Přehled nákladů pro scénář B2.1b, odstranění rozdílu do roku 2030

Počet podpoře- ných kanceláří PLDD za rok	Náklady za 1. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Celkový počet kance- láří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
26	642 200 000	382 200 000	382 200 000	158	854 780 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 41: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B2.1

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	128 217 000	726 563 000
Personální náklady	98 118 000	556 002 000
Spotřební materiál	6 399 000	36 261 000
Infrastruktura	23 700 000	134 300 000

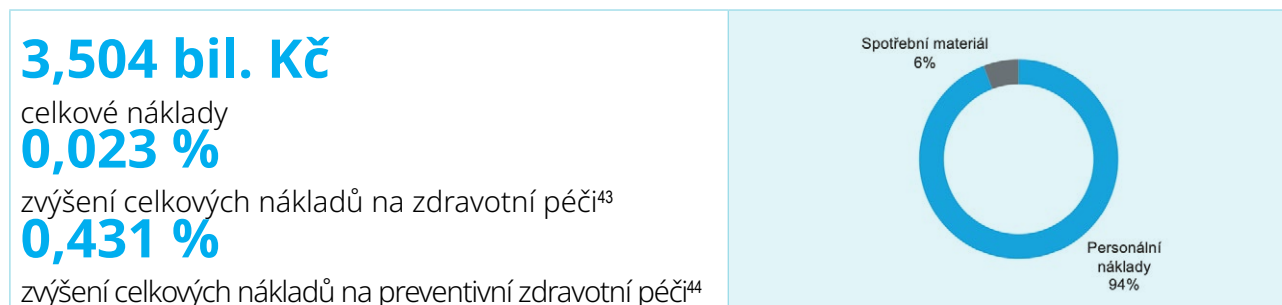
Zdroj: vlastní kalkulace

B3.1 ČÁSTEČNÉ ODSTRANĚNÍ KAPACITNÍ MEZERY (51 %) PROSTŘEDNICTVÍM MODELU 2.

Tento scénář počítá s náklady na odstranění 51 % kapacitní mezery. Zaměřuje se na 41 SO ORP (tj. přibližně 399 EPÚ).

Pokud předpokládáme úplné uzavření předpokládané mezery v kapacitách do roku 2035 výhradně prostřednictvím Modelu 2, odhadují se celkové náklady na 3 504 816 000 Kč.

Schéma 34: Částečné uzavření kapacitní mezery (51 %) prostřednictvím Modelu 2



Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 42: Přehled nákladů pro scénář 3.1

Počet podpořených kance- láří PLDD za rok	Náklady za rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
73	106 872 000	798	3 504 816 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 43: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B3.1

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	525 722 400	2 979 093 600
Personální náklady	495 558 000	2 808 162 000
Spotřební materiál	30 164 400	170 931 600

Zdroj: vlastní kalkulace

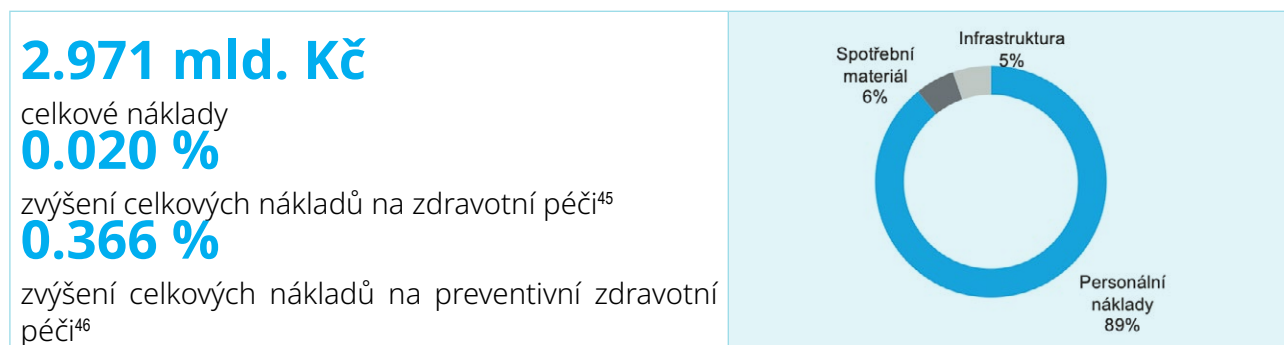
43 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

44 Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

B3.2 ČÁSTEČNÉ UZAVŘENÍ KAPACITNÍHO ROZDÍLU (51 %) KOMBINACÍ MODELU 1 a MODELU 2

Tento scénář vypočítává náklady na odstranění 51 % mezery v nových kapacitách kombinací modelu 1 a modelu 2. Odhadované náklady na takové řešení činí 2 971 724 000 Kč.

Schéma 35: Částečné uzavření kapacitní mezery (51 %) kombinací modelu 1 a Modelu 2



Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 44: Přehled nákladů pro scénář B3.2

	Počet podpořených kanceláří PLDD za rok	Náklady za 1. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Náklady za 2. rok (Kč)	Celkový počet kanceláří PLDD (2025-2035)	Celkové náklady 2025-2035 (Kč)
Model 1	14	34 580 000	20 580 000	20 580 000	158	85 478 000
Model 2	44	64 416 000	64 416 000	64 416 000	482	2 116 944 000
Celkem	58	98 996 000	84 996 000	84 996 000	798	2 971 724 000

Zdroj: vlastní kalkulace

Tabulka 45: Podrobný rozpis celkových nákladů v rámci scénáře B3.2

	Veřejné výdaje (Kč)	Výdaje pojišťoven (Kč)
Celkem	445 758 600	2 525 965 400
Personální náklady	397 440 000	2 252 160 000
Spotřební materiál	24 618 600	139 505 400
Infrastruktura	23 700 000	134 300 000

Zdroj: vlastní kalkulace

⁴⁵ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

⁴⁶ Celkové náklady na období 2025-2035. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 23 v Příloze 1.

Příloha 4

Hlubkové rozhovory

Table 46: Respondenti hlubkových rozhovorů

Jméno	Organizace	Pozice	Datum
Jakub Dvořáček	Ministerstvo zdravotnictví	Náměstek ministra	29. 04. 2024
Jan Michálek	Ministerstvo zdravotnictví	Ředitel odboru přímo řízených organizací	06. 05. 2024
Jan Hodač	Ministerstvo zdravotnictví	Odbor regulace cen a úhrad	07. 05. 2024
Irena Maříková	IPVZ	Ředitelka	09. 05. 2024
Adam Ander, Ivana Nováková	Ministerstvo zdravotnictví	Oddělení správy zdravotních pojišťoven a mezinárodní koordinace	20. 05. 2024
Blanka Kavková	Ministerstvo zdravotnictví	Vedoucí oddělení zdravotní péče	29. 05. 2024
Ilona Hulleová	SPLDD	Předsedkyně	31. 05. 2024
Olga Laaksonen	Ministerstvo zdravotnictví	Vedoucí oddělení vědy, výzkumu a dotací na vzdělávání	19. 06. 2024
Erika Minářová, Veronika Kovács Vospěl	NCO NZO	Náměstkyně po úsek vzdělávání, Manažerka projektu	18. 06. 2024
Miroslav Jankůj	VZP	Vedoucí oddělení ambulantních zdravotnických zařízení.	01. 07. 2024
Jan Hotmar	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Sekce zdravotní péče	18. 06. 2024
Jana Jurčíková	Fakultní nemocnice Ostrava	Projektová manažerka	17. 06. 2024
Daniela Hajšman, Monika Součková	Stodská nemocnice	Ředitel, Projektová manažerka zodpovědná za projekty UNICEF	14. 06. 2024
Radek Řechka	Oblastní nemocnice Příbram	Náměstek pro ekonomiku a provoz	25. 06. 2024
Hana Cabrnachová	SPLDD (Praha)	Místopředseda	20. 06. 2024
Dafina Mucaj	UNICEF	Zdravotní specialista	14. 06. 2024
Kateřina Pálková	Bývalá zaměstnankyně MZdr odpovědná za UNICEF intervenci	Projektová manažerka	14. 06. 2024
René Hrdlicka, Drahlava Mikšová	Nemocnice Kolín	Primář, Vedoucí oddělení lidských zdrojů	26. 06. 2024
Libuše Puchingerová, Zdeněk Kojecký	Fakultní nemocnice Olomouc	Projektová manažerka, Náměstek léčebné péče	16. 07. 2024
Marie Nejedlá	Státní zdravotní ústav	Vedoucí Centra podpory veřejného zdraví	24. 06. 2024
Soňa Cziczey	Magistrát hlavního města Prahy	Zdravotní a sociální oblast	26. 06. 2024
Elena Tulupova	Agency for Migration and Adaptation AMIGA	Předsedkyně	26. 06. 2024
Eva Matoušková	SPLDD	Předsedkyně kraje Vysočina, PLDD	10. 07. 2024
Alena Zimmerlová	SPLDD	Členka, PLDD	16. 07. 2024
Renáta Adamovská	SPLDD	Členka, PLDD	19. 07. 2024

Tabulka 47: Scénář hloubkových rozhovorů pro nemocnice

Téma	Otázka
Úvod	▪ Představení tazatelů a cíle rozhovoru ▪ Souhlas se zpracováním rozhovorů (práce s citacemi, anonymizace) ▪ Úvod do rozhovoru ▪ Následné kroky (zpracování rozhovorů – výstupy a dostupnost) ▪ Prostor pro otázky tazatelů a jejich představení
Situace před zásahem (RQ1, 2)	▪ Jak byla ve vaší nemocnici poskytována péče pro děti a dospívající? ▪ Vnímali jste nějaké nedostatky v poskytování primární péče ve spádové oblasti nemocnice (stížnosti pacientů, využívání sanitek apod.)? ▪ Jak tuto situaci ovlivnil příliv uprchlíků? ▪ Zvýšila se potřeba péče? V jakém rozsahu? ▪ Která cílová skupina vykazuje největší nárůst poptávky po péči?
Intervence a partnerství UNICEF (RQ2, 3)	▪ Jak jste se dozvěděli o podpoře UNICEF? ▪ Proč jste se rozhodli zúčastnit této iniciativy? ▪ Jak bylo centrum založeno? ▪ Vyskytly se během příprav nějaké překážky? Pokud ano, jaké? ▪ Jaké náklady pokryla podpora UNICEF? Byla podpora dostatečná? Pokud ne, v jaké oblasti chyběla? ▪ Jak probíhalo rozdělování finančních prostředků v průběhu roku? ▪ Jaké zkušenosti jste si z tohoto procesu odnesli?
Poskytování péče a následných služeb (RQ4)	▪ Jak jste zajistili péči v nově vytvořeném centru? Přijali jste nové pracovníky, nebo jste využili stávající kapacity? ▪ Existovala nějaká skupina pracovníků, kde bylo zajištění problematické?
Využití centra, informovanost (RQ3, 4)	▪ Pomohlo nově vytvořené centrum uspokojit potřeby péče? Pokud ne, proč? ▪ Využívali uprchlíci nově vytvořené centrum? ▪ Jak se o službě dozvěděli? ▪ Obrátili se na vás opakovaně s potřebou péče? ▪ Jak se uprchlíci do služby registrovali? ▪ Využívali centra především uprchlíci nebo i jiné skupiny? V jakém poměru? Změnil se tento poměr nějak v průběhu roku? ▪ Mohl/a byste shrnout hlavní problémy při poskytování péče uprchlíkům? Co bylo největší překážkou při poskytování péče?
Udržitelnost (RQ6)	▪ Jak pokračuje prodloužení péče po jejím ukončení? ▪ Pokračujete ve stejném rozsahu? Pokud ne, proč? ▪ Z jakých zdrojů hradíte rozšířenou péči ve středisku?
Závěrečné shrnutí a uzavření	▪ Jaké další kolegy nebo zúčastněné strany nám můžete doporučit k rozhovoru na základě zaměření našeho rozhovoru? ▪ Máte nějaké doplnění? ▪ Děkuje

Tabulka 48: Scénář hloubkových rozhovorů pro tvůrce politik

Téma	Detail
Úvod	- Představení tazatelů a cíle rozhovoru - Souhlas se zpracováním rozhovorů (práce s citacemi, anonymizace) - Úvod do rozhovoru - Následné kroky (zpracování rozhovorů – výstupy a dostupnost) - Prostor pro otázky tazatelů a jejich představení
Intervence UNICEF	- Jak byla intervence vnímána v nemocnicích? Z jakých důvodů se zařízení rozhodla pro účast? - Jak probíhalo rozdělování finančních prostředků v průběhu roku? - Na které položky bylo použito 100 % finančních prostředků? - Jak pokračuje rozšíření péče související s projektem po jeho ukončení?
Příchod uprchlíků	- Došlo v souvislosti s přílivem nových pojištěnců ke zvýšení poptávky po PLDD? - Byly zaznamenány stížnosti na dostupnost péče? Jak je ministerstvo řeší? - Využívají již uprchlíci zdravotní systém stejně jako čeští občané?
Platební systémy a financování zdravotní péče	- Jaké jsou hlavní rozdíly v systémech plateb mezi nemocniční a soukromou praxí? Můžete blíže popsat důsledky pro dostupnost PP? - V souvislosti s uprchlickou krizí byla část PP poskytována nemocnicemi – došlo k nějaké změně v úhradách? - Jaký dopad mají zvýšené platby na dostupnost a kvalitu péče? - Promítlo se zvýšení úhrad do zvýšení dostupnosti péče? - Jaké jsou možnosti poskytování PP v problematických regionech? - Jaké změny by mohly zlepšit systém financování zdravotní péče? - Předpokládáte nějaké velké změny ve financování (např. přechod na Klasifikační systém CZ-DRG)?
Politika a legislativa v oblasti primární zdravotní péče	- Jaké legislativní změny by mohly podpořit primární péči? - Jaký dopad měla pandemie COVID-19 a nebývalý příliv uprchlíků na zdravotnické služby? - Jaké jsou návrhy na řešení stárnutí populace dětských lékařů? - Jaká legislativní opatření by mohla být přijata ke zlepšení regionální dostupnosti péče?
Sdílené postupy	- Jaké jsou výhody a nevýhody skupinových praxí? - Jaké jsou finanční a legislativní překážky při zavádění konceptu skupinových praxí? - Pomohly by skupinové praxe v rozšíření dostupnosti zdravotní péče?
Spolupráce s pojišťovnami a systémové problémy	- Jaká je současná spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami? - Jaké jsou hlavní systémové problémy v dostupnosti primární péče? - Jaké pobídky nabízejí pojišťovny a jaké jsou jejich výsledky? - Jaké strukturální změny by mohly zlepšit fungování zdravotního pojištění?
Vzdělávání a integrace zahraničního zdravotnického personálu	- Jaké jsou současné výzvy v postgraduálním vzdělávání odborníků z praxe? - Jaký je proces integrace zahraničních lékařů do českého zdravotnického systému? - Jaké jsou finanční a akreditační překážky vzdělávacích programů? - Jak zvýšit zájem o primární péči během studia medicíny? - Jaké kroky by mohly usnadnit akreditační proces pro zahraniční praktické lékaře?
Strategické změny a výzvy v oblasti zdravotní péče	- Jak by systém fungoval, kdyby primární péče byla v ideálním stavu? - Jaké strategické změny jsou nutné pro zlepšení české zdravotní péče? - Jakým největším výzvám čelí české zdravotnictví? - Jaký dopad má na systém péče obcházení praktických lékařů pacienty ve prospěch specialistů? - Jaká jsou doporučení pro zlepšení kontinuity péče?
Shrnutí a závěr	Jaké další kolegy nebo zúčastněné strany nám můžete doporučit k rozhovoru na základě zaměření našeho rozhovoru?

Příloha 5

Scénář fokusní skupiny

Úvod (2 minuty)

V úvodu bude představen cíl podpory UNICEF, souhrn našich dosavadních zjištění a důvod realizace fokusní skupiny (přehled a popis klíčových informací, které je třeba získat), představení moderátora a základních pravidel fungování fokusní skupiny. Souhlas se zpracováním a nahráváním. Představení podpory UNICEF směrem k dané nemocnici, popis výchozího stavu, popis průběhu, situace po skončení podpory.

Představení účastníků a základní informace (5 minut)

Vzájemné představení jednotlivých respondentů, jejich očekávání ohledně fokusní skupiny. Zjištění základních charakteristik skupiny, míry využívání podpořené ambulance.

Cílené doplňující otázky podle charakteristiky respondenta, na jejich základě snaha o hledání vztahu respondentů k tématu zajištění primární péče, její dostupnosti a systému podpory z veřejných zdrojů.

1. *Kdy jste dorazili do České republiky?*
2. *Z jaké části Ukrajiny jste?*
3. *Kolik máte dětí?*
4. *Měli jste vy nebo vaše děti speciální zdravotní potřeby?*

Moderátor se pokusí navodit pozitivní atmosféru tak, aby byli respondenti dostatečně uvolnění, aktivně se účastnili diskuse a otevřeně odpovídali na otázky. Dále je prostor pro specifické otázky (sdělení), upřesňování postojů, názorů a způsobů chování.

Využití primární péče (10-15 minut)

5. *Jakým způsobem máte nyní zajištěnou lékařskou péči o Vás a Vaše děti?*

Následující otázky budou pokládány hromadně, moderátor bude oslovovat jednotlivé účastníky a hlídat čas.

6. *Jak často navštěvujete pediatra? Změnilo se to nějak během posledního roku?*
7. *Jak dlouho vám trvalo zjistit, jaké možnosti zdravotní péče máte k dispozici?*
8. *Kde jste získali informace? Byli jste schopni se v systému zorientovat sami, nebo vám někdo pomohl? Kdo konkrétně?*
9. *Kde jste získali informace o této konkrétní ambulanci? Doporučili byste ji svým přátelům nebo rodině? Pokud ne, proč ne?*
10. *Využíváte zdravotní péči více nyní než dříve (zejména porovnejte období po vstupu do České republiky a nyní)?*
11. *Využili jste v posledním roce nějakého specialistu kromě pediatra? Pokud ano, kterého a kde? Jak jste se k němu dostali?*

Zhodnocení poskytnuté péče (5-7 minut)

12. *Jaké byly vaše zkušenosti s českým zdravotnictvím, než jste začal využívat primární péči? (žádné, menší, standardní použití v jiné praxi, jiné - použití nástroje Slido, pokud je to možné, pak diskuse)*
13. *Umožnila Vám stávající pediatrická ordinace v dostatečné míře využívat potřebnou zdravotní péči pro Vás a Vaše dítě? Pokud ne, proč ne? Co by bylo potřeba změnit, aby to fungovalo?*
14. *Vnímáte nějaké potíže, problémy při poskytování zdravotní péče Vám a Vašemu dítěti? Je to například jazyková bariéra, jiný způsob organizace péče, jiný přístup lékaře? (zeptajte se, pravděpodobně to bude kombinace)*

Ověřujeme, zda respondent vnímá zajištění primární péče jako důležité pro jeho zdravotní stav a zda odpovídá jeho potřebám. Také zjistíme přínos podpory UNICEF podle respondentů.

Závěr (2 minuty)

Poděkování respondentům. Informace o dalším využití výstupů z fokusní skupiny.

Příloha 6

Expertní panel

Tabulka 49: Účastníci expertního panelu

	Jméno	Instituce	Pozice
Zástupci výkonné moci	Adam Ander	Ministerstvo zdravotnictví	Vedoucí oddělení správy zdravotních pojišťoven a mezinárodní koordinace
	Ivana Nováková	Ministerstvo zdravotnictví	Vedoucí oddělení správy zdravotních pojišťoven a mezinárodní koordinace
Zástupci pojišťoven	Helena Sajdlová, Miroslav Jankůj	VZP	Ředitelka odboru smluvní politiky, Vedoucí oddělení ambulantních zdravotnických zařízení
	Petr Šmach	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	Ředitel zdravotního odboru
Zdravotníci z oboru	Helena Sajdlová	VZP	Ředitelka odboru smluvní politiky
	Ilona Hulleová	SPLDD	Předsedkyně
	Jakub Uher	SPL	Právník
Akademická sféra	Jana Vargová	Fakultní nemocnice Motol	Vedoucí sociálního oddělení
	Kateřina Ivanová	Ústav veřejného zdravotnictví Univerzity Palackého v Olomouci	Pracovnice odpovědná za organizaci výuky Všeobecného lékařství za obor sociální lékařství
	Irena Maříková	IPVZ	Ředitelka
Neziskový sektor	Elena Tulupova	AMIGA	Ředitelka
	Klára Boumová	Charita Česká republika	Manažerka pro advokační činnost – oblast migrace
Zástupci UNICEF	Dafina Muçaj	UNICEF	Specialistka na zdravotnictví
	Hannah Kraus	UNICEF	Referentka pro monitoring a evaluace

