

OBČAN V SÍTI

03/2024

www.zdravotnictvi2.cz | <https://konceptce.kzp.cz/>

ÚHEL POHLEDU



Petr
Šonka



Jaroslav
Šíma



Venuše
Škamptová

BRUSELSKÁ OHLÉDNUTÍ



Helena
Sedláčková

VOLNÉ FÓRUM



Vojtěch
Mucha



Katarína
Vičková



Oldřich
Šubrt



Renata
Knorová



Michal
Čarvaš

JAK TO U NÁS VYPADÁ S PRIMÁRNÍ PÉČÍ A CO BY BYLO DOBRÉ V NÍ ZMĚNIT?

Historicky ležela péče o zdraví populace na bedrech praktických lékařů a byli to oni, kdo stáli u zrodu systémů veřejného zdravotního pojištění. Když v bismarckovském Německu dostali v roce 1883 zaměstnavatelé, v rámci vytváření systému sociálního zabezpečení, zákonnou povinnost zřizovat nemocenské pokladny pro své zaměstnance, museli vyřešit problém efektivní správy jejich prostředků. Řešení přinesly kontrakty mezi

pokladnami a praktickými lékaři, které je zavazovaly poctivě stanovit začátek a konec vyplácení nemocenské a dělat vše pro to, aby byla co nejkratší. A tak se z peněz určených primárně na dávky v nemoci začaly platit i zdravotní služby.

V té době se léčilo v domácnostech a nemocnice se staraly jen o ty, kteří domov postrádali. Rozvoj medicíny s sebou přinesl postupnou oborovou specializaci a proměnu nemocnic v instituce zajiš-



ťující technicky a ošetrovatelsky náročnou péči. Vývoj odbřemnil praktické lékaře od části specializované péče a v našich končinách i od nepřetržité péče o své pacienty, která se dominantně přesunula na nemocnice. V zemích, kde se zdravotní systémy kontinuálně

rozvíjely, poskytují praktici služby v podstatně širším rozsahu, než je u nás zvykem. V takovém Nizozemsku zajišťuje praktik primární gynekologickou péči (každý osmý porod se odehrává doma), zašije řeznou ránu, vyčistí uši, vyšetří zrak a je trvale trénován v tom, aby spolehlivě rozlišoval mezi stavby, které může zvládnout sám a které patří na specializované pracoviště. U nás se po zestátnění zdravotnictví v padesátých letech rozsah služeb praktických lékařů omezil ve prospěch specializované péče. Po pádu režimu a rušení okresních ústavů národního zdraví se síť praktických lékařů atomizovala a atmosféra nebyla nakloněna vytváření sdružených praxí. Nastala doba individuálního boje o zrno a bezradný systém se mu snažil čelit nasazením regulací, které potlačovaly motivaci k léčení co nejširšího spektra nemocných. Preskripční omezení, limity na objem předepsaných léků nebo vyžadání péče tlačily praktické léka-

ře od aktivní diagnostiky a řešení medicínských problémů vlastními silami do role posudkářů a distributorů péče.

Tak jako celému zdravotnictví schází i praktickým lékařům efektivní zpětná vazba a systémový tlak na poskytování kvalitní a efektivní péče. Proto jsou mezi nimi velké rozdíly ve způsobech léčení i v přístupu k pacientům. Na jedné straně jsou ti, kteří minimalizují výdej energie omezením ordinace doby, distribucí pacientů ke specialistům a vypuštěním návštěvní služby. Na druhém pólu máme ty, kteří se snaží svým pacientům poskytnout maximum jak v rozsahu péče, tak ve své dostupnosti. Ironií je, že ti druzí často narážejí na regulační omezení nastavená zdravotními pojišťovnami. Když jsem před mnoha lety vedl ve VZP projekt Akord, tak právě ty, kteří své pacienty poctivě vyšetřovali a léčili, chtěla pojišťovna penalizovat, a to i přes to, že celkové náklady na jejich registrované pojištěnce byly

podprůměrné. Rozvoji primární péče neprospělo ani oddělení domácí péče, protože praktičtí lékaři ztratili svá tykadla v terénu. Odpovědí na omezenou dostupnost částí praktických lékařů je vznik řetězců, které na jedné straně postrádají osobní vztah mezi pacientem a lékařem, ale na straně druhé umožňují řešit běžné zdravotní problémy v době, kdy to pacientovi vyhovuje. Kvalitní primární péče je klíčem k efektivnímu zdravotnictví. Aby se tomu tak stalo, potřebujeme mnohé změnit. Je to stará známá písnička – digitalizace, sdílení informací, rozšíření diagnostických metod, telemedicina, AI, provázanost s ambulantními specialisty a lůžky, sdružení praxí a jejich posílení o terénní sestry a zejména správně nastavené motivace ze strany zdravotních pojišťoven. Začali jsme se tím směrem pohybovat, ale jde to příliš pomalu. Zrychlení lze očekávat až ve chvíli hlubších systémových změn. Tak uvidíme.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

JAK SI U NÁS STOJÍ PRIMÁRNÍ PÉČE A CO SE V NÍ MĚNÍ

MUDr. Petr Šonka
praktický lékař, Přeštice, předseda, Sdružení praktických lékařů

Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve všech vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený všeobecný praktický lékař je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu

geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. I v našich podmínkách omezených kompetencí praktiků a přebujelé sítě nemocnic a ambulantních specialistů vyřeší praktický lékař potíže 80 % pacientů, kteří se na něho obrátí. Pouze cca 20 % pacientů putuje dále zdravotním systémem. Přitom segment praktických lékařů (VPL + PLDD) spotřebuje jen necelých 6 % vydaných prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Potenciál všeobecných praktických lékařů v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, není využit. To je způsobeno posunem kompetencí, pře-



Petr Šonka

trávajícím z dob socialistického zdravotnictví, který je fixován ekonomickými zájmy ostatních poskytovatelů zdravotní péče a nekonceptností řízení českého zdravotnictví. Podle OECD mají

praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o vulnerabilní skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším. Nevyužitý potenciál primární péče v ČR spočívá především v nízkých kompetencích a omezo-

péči zanedbávaly, a relevantní navýšení finančních prostředků pro úhradu primární péče.

V roce 2017 se situace v primární péči stala neudržitelnou. Růst kapitační platby za posledních 10 let (2008–2017) o 7 % nekryl ani inflaci, natož rostoucí režijní náklady ordinací, včetně nákladů na růst platů sester. Dlouhodobé podfinancování segmentu, se-

představit tehdy novému ministru zdravotnictví Adamu Vojtěchovi, který si nutnost změn v primární péči uvědomoval a plně je podporoval. V roce 2018 vznikla na MZ pracovní skupina složená ze zástupců VPL, PLDD, ČLS JEP a úředníků ministerstva, která během několika měsíců připravila návrh Reformy primární péče. Ta měla vést k rozšíření kompetencí praktických lékařů a jejich jasnějšímu vymezení ve vztahu k ambulantním specialistům a uvolnění preskripčních omezení. Cílem bylo umožnit poskytovat praktickému lékaři maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen, a nelimitovat jeho činnost zbytečnými administrativními překážkami a restrikcemi. A také posílit jeho roli průvodce pacienta zdravotním systémem, který má zajistit, aby se pacient rychle a bez zbytečného bloudění dostal k péči, kterou potřebuje. Součástí plánu byla také nutná změna financování primární péče, která měla vést nejen k navýšení prostředků pro primární péči, ale také posílení výkonové složky plateb a nalezení nové rovnováhy mezi kapitační a výkonovou složkou úhrady praktiků, která by je motivovala

Nevyužitý potenciál primární péče v ČR spočívá především v nízkých kompetencích a omezování možností VPL na straně jedné a v nedostatečném využívání regulační a organizační role primární péče pro přístup k nákladným specializovaným službám na straně druhé.

vání možností VPL na straně jedné a v nedostatečném využívání regulační a organizační role primární péče pro přístup k nákladným specializovaným službám na straně druhé.

Zdravotní systém České republiky, stejně jako zdravotní systémy ostatních vyspělých zemí, čelí v posledních desetiletích obrovskému růstu výdajů na zdravotnictví, způsobenému nadměrnou specializací medicíny, rychlým rozvojem inovativních farmak (centrové léky, biologická léčba), moderních diagnostických přístrojů a metod. Prolonguje se délka života, což společně s nízkou porodností vede k rychlému stárnutí populace. Ukazuje se, že náš zdravotní systém není připraven čelit těmto výzvám, a politici před těmito problémy zavírají oči. Je přitom zcela zjevné, že bez zásadních strukturálních změn je náš zdravotní systém ve své současné podobě neudržitelný.

Klíčovou součástí těchto změn musí být proměna a posílení primární péče, která musí být schopna poskytnout v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči lehce dostupnou pacientovi. To předpokládá zásadní změnu přístupu ministerstva a pojišťoven, které desítky let primární

trvalý nezájem politiků a pojišťoven o primární péči a dlouho neřešená otázka generační obměny se naplno projevila. Praxe lékařů odcházejících do důchodu nebylo komu předat, začaly se množit případy, kdy bez náhrady končily ordinace praktiků a jejich pacienti se ocitali bez péče. A to nejen v pohraničí, kde už jsme na to byli zvyklí, ale najednou stále častěji i v oblastech pár desítek kilometrů vzdálených od Prahy, například na Kutnohorsku a Be-

V českých zemích tradiční model praxe v podobě jeden lékař a jedna sestra se postupně stává přežitkem.

nešovsku. Tehdy jsme pochopili, že se od politiků ani organizátorů zdravotnictví pomoci nedočkáme, a pokud chceme primární péči udržet v chodu a v budoucnu rozvíjet, musíme si pomoci sami. Na konci roku 2017 SPL ČR vypracovalo společně se SVL ČLS JEP koncepci změn primární péče, které považovalo za nutné provést, aby se zastavil trend rozpadu sítě praktických lékařů a zhoršující se dostupnosti jejich péče. Štěstí přeje připraveným, takže jsme mohli již hotový materiál

k větší aktivitě. Klíčovým úkolem reformy bylo zajistit rovnoměrnou distribuci VPL v rámci celé ČR a udržet jejich síť v periferních oblastech a s tím související personální posílení oboru spojené s navýšením rezidenčních míst a změnami ve vzdělávání a možnostmi requalifikací z jiných oborů. Materiál reformy byl velmi komplexní a zabýval se řadou dalších témat, jako je změna LPS, elektronizace, standardizací vybavení ordinací, sdruženými praxemi atd. Klíčové body refor-

my se staly součástí koncepčního materiálu Zdraví 2030.

Na realizaci jednotlivých bodů se pracuje od roku 2018. Slibně se rozvíjející reformu na dva roky zastavil COVID-19. Dnes už opět práce na reformě běží, a i když se o ní tolik nemluví, neznamená to, že by se neděly změny. Řada cílů reformy se úspěšně plní a někde jsme téměř hotovi, jinde je na-

kařů, které se za posledních 8 let podstatně zvýšily zejména v oblasti péče o pacienty s chronickými onemocněními, prevence, screeningu, časného zachytu, ale i výkonů POCT diagnostiky. Zde je spolupráce s MZ a zdravotními pojišťovnami velmi konstruktivní a efektivní. Práce VPL se v tomto směru velmi mění. Málo se například ví, že o více než 38

li pro ten jeden existující kousek dálnice postavené ještě za Hitlera. Když srovnáme jejich a naši dálniční síť dnes, máme se zač stydět. Měli bychom si dát pozor, aby se nám za pár let nestalo totéž s primární péčí. I v této věci se snad blýská aspoň trochu na lepší časy a ministerstvo připravuje vyhlášku, která umožní všechny léky s preskripčním omezením L předepisovat VPL a PLDD. To jistě zjednoduší naše fungování a zlepší komfort pacientů tím, že nám to umožní psát řadu zcela běžných léků, které jsme dosud psát nesměli. Ale nemění to nic na tom, že pro primární péči zůstávají nedostupné moderní léky pro léčbu diabetu, chronického onemocnění ledvin, srdečního selhání či dyslipidemie, které do primární péče rozhodně patří a v rukou praktiků by se dostaly k pacientům, u kterých jsou indikovány a kteří by z nich profitovali, ale ve skutečnosti se k nim nikdy nedostanou vzhledem k časové, geografické a kapacitní nedostupnosti příslušné specializace, která je má oprávnění předepisovat.

Přes výše napsané a přestože změny neprobíhají tak rychle, jak by se nám líbilo, jsme od roku 2018 ušli obrovský kus cesty a troufnu si neskromně tvrdit, že žádný jiný segment zdravotní péče v ČR neprochází tak zásadní proměnou jako péče primární. Rozhodně s tím ale nemůžeme přestat a započatou práci je třeba rychle dokončit. Bude to ku prospěchu fungování celého našeho zdravotního systému, byť se to možná kdekomu nelíbí.

Praktické lékaře zatěžuje obrovské množství administrativy, která nebývala narůstá, takže jsou nuceni poskytovat stále větší objem práce, která se bezprostředně netýká péče o zdravotní stav populace (posudková činnost, administrativní činnost pro SSZ, Úřad práce, PČR, komerční pojišťovny atd.). Zvýšení byrokratické zátěže je také spojeno s EET a GDPR.

... spolu se Slovenskem jsme jediné země EU, které mají nastavena tak drastická omezení preskripce pro praktiky.

opak vývoj neuspokojivý. Průměrná oboru zvýšila jeho atraktivitu pro absolventy lékařských fakult a jejich zájem o specializaci v našem oboru je velký. Každoročně atestuje kolem 200 nových VPL, z toho se 50 rekvifikuje z jiných oborů. Průměrný věk VPL se snižuje a ordinací VPL přestalo ubývat. Přestože problém se zajištěním jejich kapacit v méně atraktivních oblastech tu ještě léta bude, troufnu si tvrdit, pokud se nestane nic neočekávaného, že všeobecní praktici problém generační obměny zvládnou. Totéž nelze tvrdit o PLDD, kde je situace katastrofální a zhoršuje se, zejména kvůli nešťastným a nepromyšleným změnám v jejich vzdělávání. Segment praktických lékařů už řadu let není tradičním otlučkáním úhradové vyhlášky, jako tomu bývalo v minulosti, a jeho úhrady rostou rovnoměrně s ostatními segmenty. Podařilo se prosadit řadu úhradových mechanismů zohledňujících kvalitu a dostupnost jejich péče a motivujících ke zlepšení produkce, zejména v oblasti prevence a péče o pacienty s chronickým onemocněním. Přesto je stále podíl z celkových úhrad směřujících do primární péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění nižší než 6 %, což není dostatečné. Zásadní posun nastal v kompetencích praktických lé-

% diabetiků se stará výhradně všeobecný praktický lékař. Velmi dobře se rozvíjí spolupráce s některými odbornostmi. Například aktuální změna v péči o pacienty s osteoporózou, kde došlo k významnému zapojení primární péče, včetně uvolnění preskripčních omezení a možnosti diagnostiky v ordinacích primární péče, ukazuje, že lze najít efektivní model péče o pacienta s vybraným onemocněním včetně jasného vymezení kompetencí praktiků a specialistů, které je ku prospěchu obou segmentů, ale především ku prospěchu pacienta a fungování zdravotního systému. Slibně se v tomto směru rozvíjí spolupráce s onkology, kardiology a nefrology.

Naopak naprosto nedostatečný posun nastal v uvolňování preskripčních omezení pro VPL. Tam to jde velmi pomalu a ztuha a stále platí, že spolu se Slovenskem jsme jediné země EU, které mají nastavena tak drastická omezení preskripce pro praktiky. To vnímám jako zásadní limit rozvoje primární péče a fungování českého zdravotního systému. Dramaticky nás v poslední době předstihlo Polsko, která nemá zdaleka tak rozvinutou síť primární péče, přesto tam v tuto chvíli neexistují žádná omezení preskripce pro praktiky. Pamatuji doby, kdy jsme se Polákům smá-

Smysluplná elektronizace zdravotnictví by měla byrokraci snižovat, ale zatím jsme svědky opačného trendu. Příkladem budiž složitý a nepovedený systém elektronického receptu.

Segment všeobecných praktických lékařů je v ČR značně nehomogenní. V jednotlivých oblastech ČR se liší nejen hustotou své sítě a počtem registrovaných pacientů, ale také spektrem výkonů, které provádí, i jejich objemem. Do značné míry je to dáno poptávkou, kterou ovlivňuje hustota a dostupnost sítě lůžkových zařízení a ambulantních specialistů. Obecně lze konstatovat, že praxe praktického lékaře na venkově a v malých městech, kde je dostupnost lůžkové a ambulantní specializované péče omezená, poskytuje větší rozsah péče (ve smyslu kvantitativním i co se týče širšího spektra výkonů) než praxe ve velkých městech, kde je nabídka služeb specialistů a lůžkových zařízení bohatá. To je třeba zohlednit a upravit systém úhrad primární péče, který v současné době tyto rozdíl mezi jednotlivými praxemi téměř nebere v potaz.

Jasně definované navýšení úhrad za péči pracovitějšími praxemi, podmíněné splněním kvantitativních a kvalitativních parametrů, vytvoří motivační prostředí, které postupně povede k žádoucímu chování většiny praxí. K tomu je ovšem nutná existence nástrojů, které umožní praktickému lékaři ovlivňovat racionální čerpání zdravotní péče u svých pacientů. Pokud má primární péče projít smysluplnou proměnou, je třeba najít vícerychlostní model změn, který poskytne dostatek prostoru pro rozvoj a seberealizaci a také nadstandardní ekonomické ocenění praxím s vysokým výkonem a bude k žádoucímu chování motivovat praxe průměrné. Těm musí být zároveň poskytnuto dostatečně dlouhé přechodné období, které jim umožní přizpůsobit se novým požadavkům. Změny

musejí být postupné a celkově akceptovatelné, podpořené pozitivní motivací jasně nastavenými ekonomickými stimuly, podporujícími žádoucí chování praxe. Rozhodně není prostor pro přetěžování, negativní motivaci či snahu o snížování úhrad, které by mohly znamenat předčasně ukončení činnosti kolegů, za

CHOPN, spánkové apnoe, nová konstrukce výkonů pro kolorektální screening;

- nové výkony: rozšiřující činnost praktických lékařů o výkony z paliativní medicíny, psychosomatiky, léčby chronické bolesti, myoskeletární medicíny, fyziatrie a péče o pacienty v pobytových zařízeních.

Současný stav, kdy kvalifikovaný všeobecný praktický lékař konstatuje naplnění indikačního kritéria, a přesto nemůže léčivý přípravek předepsat a odesílá pacienta ke specialistovi, uvedenému ve vyhlášce, pokládáme za neekonomický, diskriminační a dále neúnosný.

kteří v současné době neexistuje náhrada. To by vedlo přetížení ostatních praxí a ohrozilo proces proměny primární péče.

Nové výkony

Kompetence praktických lékařů je třeba rozšířit zařazením nových výkonů, které se budou týkat zejména těchto oblastí:

- management chronických onemocnění: tyto výkony by měly motivovat ke komplexní dispenzární péči o pacienty s chronickými onemocněními, jako diabetes, prediabetes, hypertenze, dyslipidemie, thyreopatie, ICHS, CHOPN, včetně výkonů pro edukaci těchto pacientů;
- diagnostické výkony: umožní zlepšení a zrychlení diagnostiky a rozhodování o dalším způsobu léčby akutních stavů přímo v ordinaci praktického lékaře, zejména POCT metody ke stanovení D-dimeru, kardioprotektivních markerů, spirometrie v diferenciální diagnostice dušnosti a v péči o pacienta s CHOPN, oxygenoterapie, ale také DUSG žil DKK a výhledově i USG břicha;
- screeningové výkony: určené pro záchyt onemocnění, jejichž včasná léčba zlepšuje významně prognózu pacienta a snižuje náklady na poskytovanou péči. Jedná se o časný záchyt demencí,

Je nutné říci, že změna primární péče, zahrnující změnu úhrad, významně rozšíření kompetencí a objemu práce praktických lékařů, vyžaduje navýšení celkových prostředků ze zdravotního pojištění vynakládaných na tento segment. Předpokládáme postupný nárůst financování segmentu praktických lékařů z dnešních necelých 6 % na cca 8 %.

Personální vybavení

V českých zemích tradiční model praxe v podobě jeden lékař a jedna sestra se postupně stává přežitkem. Moderní praxe vyžaduje tam, kde jsou pro to podmínky (počty pacientů, dostupnost aj.), spolupráci lékaře (lékařů) s více zdravotními sestrami a ostatním nelékařským zdravotním personálem. Jsou to tzv. **skupinové praxe**. Zdravotní sestry musejí převzít část činností dosud vykonávaných lékařem, jako jsou edukace pacientů, ošetřování pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí, pracovní-lekářské prohlídky, vyšetření pacientů pro potřeby sociálních šetření, pro které je nutné zavést příslušné výkony. Je nezbytné, aby ordinace VPL disponovala administrativní silou, která bude schopna převzít od lékaře většinu jeho administrativní zátěže. Předpokládaným

standardem ordinace všeobecného praktického lékaře je také recepce (management praxe), která bude řešit objednávání pacientů, organizaci pracovního rozvrhu praxe (pracovně lékařské péče, posudkové činnosti), vyřizování telefonáty, evidovat nakládání s infekčním odpadem, komunikovat s úřady atd. Je tedy třeba podpořit přirozený vývoj, který bude směřovat k praxi, kde pracuje více lékařů, ať už se jedná o sdružené praxe, nebo jsou lékaři v pozici zaměstnance. Zde se nabízí model partnerů známý např. z advokátních praxí. To by též usnadnilo generační obměnu všeobecných praktických lékařů. Takové personální změny povedou ke zkvalitnění a větší efektivitě péče, ale také přinesou zvýšené požadavky na prostory a budou znamenat zvýšení režie ordinací všeobecných praktických lékařů. Zvláště za situace, kdy současná hodnota režie, stanovená Ministerstvem zdravotnictví v Seznamu zdravotních výkonů, ani zdaleka nekryje režii stávající.

Věcné vybavení

Bude nutno redefinovat standardní vybavení praxe a povinné výkony praktického lékaře. Povinnou výbavou by, proti současnému stavu, mělo nově být EKG, POCT analyzátor CRP, INR, eventuálně další POCT analyzátor pro diagnostiku akutních stavů (např. kardiomarkerů, D dimerů), pulzní oxymetr, Holter TK. Také zde platí podmínka dostatečně dlouhého přechodného období.

Odstranění preskripčních omezení

Je nutné co nejrychleji odstranit preskripční omezení vázané na odbornost lékaře, které kromě Slovenska nemá v Evropě obdobu. Současný stav, kdy kvalifikovaný všeobecný praktický lékař konstatuje naplnění indikačního kritéria, a přesto nemůže léčivý

přípravek předepsat a odesílat pacienta ke specialistovi, uvednému ve vyhlášce, pokládáme za neekonomický, diskriminační a dále neúnosný. Je to i jeden z důvodů, proč má ČR ze všech zemí EU nejvyšší počet kontaktů občanů se zdravotnickým systémem. Vytvořili jsme seznam léčiv, u kterých je nutno okamžitě odstranit preskripční omezení. Systémovým řešením je plošně odstranění preskripčních omezení skupiny „L“, nebo cestou MZ ČR ve veřejném zájmu u navržených léků uvést, že je může předepisovat i všeobecný praktický lékař (ÚZIS zkratka PRL). Další oblastí, kde je třeba uvolnit omezení v předepisování, jsou zdravotnické prostředky – vozíky, lůžka, chodítka, glukometr a diagnostické proužky, které všeobecný praktický lékař nesmí předepisovat (přestože dispenzarizuje diabetiky!) a pro něž musí pacienti zbytečně posílat ke specialistům.

Vzhledem k nedostatečné dostupnosti lékařských služeb, zejména ve venkovských oblastech, je třeba otevřít otázku obnovení výdeje léků v ordinacích všeobecných praktických lékařů na venkově.

Hrazení péče

Kapitačně výkonový systém úhrad se jeví jako optimální, dobře funguje ve většině evropských zemí a je také celosvětově doporučován WHO jako preferovaný systém úhrady primární péče. V ČR je však třeba změnit poměr mezi kapitační a výkonovou složkou úhrad ve prospěch výkonové složky. Kapitační platba, navázaná na registraci, zásadním způsobem posiluje vazbu mezi lékařem a pacientem, je podmínkou pro efektivní prevenci a screening a omezuje provádění zbytečné zdravotní péče. Praxe ukazuje, že je třeba ekonomicky podpořit žádoucí chování praktických lékařů směrem k posky-

tování široké a komplexní péče především o pacienty dispenzarizované pro chronická onemocnění. Jako cesta se jeví posílení výkonové složky úhrad a posílení role všeobecného praktického lékaře v managementu chronických onemocnění. Kapitační platba by, po navýšení režie na reálnou hodnotu a poté, co se do její hodnoty promítne navýšení ceny lékařské práce u devatenácti základních výkonů v kapitaci zahrnutých, měla být pravidelně valorizována alespoň o cenu inflace.

LPS

Současný způsob poskytování LPS (dříve LSPP) je zastaralý a přežitý. Nutit VPL k účasti na něm znamená vystavovat ho forenzním rizikům a plynout omezeným personálním fondem primární péče na neefektivní zdravotní službu. Navrhujeme, aby tato služba v případě potřeby byla součástí urgentních nebo centrálních příjmů vybraných nemocnic.

Specializační vzdělávání

Pro udržení generační obměny všeobecných praktických lékařů je nutno vyprodukovat cca 180 nových praktických lékařů ročně, z toho 130–150 nových absolventů lékařských fakult a cca 20–50 kolegů, kteří se budou rekvatifikovat z jiných specializačních oborů. Ideálním řešením je zajistit pro obě skupiny specializační vzdělávání cestou dotace na tzv. rezidenční místa. Jejich počet ale v posledních letech pravidelně klesal. Pro všeobecné praktické lékaře je třeba počet navýšit alespoň na 130 rezidenčních míst ročně pro absolventy lékařských fakult a připravit podobný systém pro rekvatifikující se lékaře. Pro pracoviště školící rezidenty opákaně je třeba zajistit lepší ekonomické ohodnocení, než je tomu dosud, a zabezpečit i výchovu nových školitelů např. ve spolupráci s EURACT.

JAK TO U NÁS VYPADÁ S PRIMÁRNÍ PÉČÍ ANEB KROK ZA KROKEM K MODERNÍMU ZDRAVOTNICTVÍ!

Mgr. Jaroslav Šíma, MBA
předseda představenstva,
MOJE AMBULANCE a.s.

Primární péče prošla v posledních letech bezesporu značným vývojem přinášejícím hlavně pacientům řadu výhod. Ať už se jedná o postupné rušení některých preskripčních omezení, rozšiřování kompetencí lékařů, zejména v péči o chronické pacienty, nebo o nové a širší možnosti přístrojového vybavení. Přesto aktuálně platná regulace v oblasti léčivých přípravků, kdy praktičtí lékaři mohou využívat ani ne 50 % dostupného portfolia (číselníku) léků, nemá v přílehlých státech Evropy obdobu a omezuje možnost léčby, které mohou svým pacientům nabídnout. Rovněž i přetrvávající kompetenční omezení a nárůst byrokracie komplikují postavení primární péče do role, kterou by měla v celém systému plnit. Přitom efektivně fungující primární péče má potenciál řešit až 80 % všech patientských kontaktů se zdravotním systémem za značně nižších finančních nákladů než specializovaná ambulantní péče nebo nemocniční služby. V ČR se úhrada za péči u praktických lékařů dlouhodobě pohybuje na úrovni oscilující pouze okolo 6 % všech úhrad vydaných zdravotními pojišťovnami na zdravotní péči.

Dle mého názoru už toto základní nastavení vyvízí k využití této výjimečné příležitosti intenzivněji pracovat na zavádění dalších potřebných změn vedoucích právě k rozšíření kompetencí lékařů, zrušení dalších preskripčních omezení, pokračující digitalizaci procesů, ale hlavně celkovému zvýšení atraktivitu oboru i pokračující

čující generační obměně. Obdobně zahájení diskuse o rozdělení kompetencí mezi lékaři a sestrami by i s ohledem na personální problémy a před lety zavedený požadavek na zvýšení kvalifikace sester mělo nabrat na intenzitě.

Osobně jsem však přesvědčen, že další a rychlejší zavádění potřebných změn je více diskutováno, než do praxe uváděno, a přestože v řadě oblastí je na navazujících krocích všeobecná shoda, jsou v praxi přiváděny jen velmi pozvolna. Mám tím na mysli zejména pokračující rozvolňování preskripčních omezení, např. u léčivých přípravků skupiny „L“ pro VPL (snad závěr r. 2024?), ale i poměrně dlouhou dobu diskutovanou sdruženou praxi a jejich ukotvení v legislativě včetně souvisejícího nastavení úhrady. Obdobně i standardizace ordinací je diskutována téměř 10 let bez jakéhokoliv hmatatelného výsledku. Nutnou součástí tohoto kroku je samozřejmě předcházející definice personálního, přístrojového vybavení, rozsahu ordinací doby i dalších podmínek, které by takovéto praxe musely splňovat, ale to beru spíše jako technické, i když velmi podstatné záležitosti bez zásadní nehody, a proto mi absolutně uniká skutečný důvod nečinnosti.

Sdružená praxe představuje inovativní řešení, které otvírá dveře k novým možnostem nejen pro všeobecné praktické lékaře, ale i specialisty z jiných oborů. Při svém fungování přináší sdružená praxe řadu výhod, které jsou v běžné praxi nedosažitelné. Jedním z hlavních přínosů je flexibilita v zastupování lékařů a sester v případě nemoci či dovolené, což umožňuje lepší organizaci



Jaroslav Šíma

pracovního času a snižuje stres z nedostatku personálu. Snadnější nastavení různých zkrácených úvazků i dalších individuálních dohod vč. např. posunutí začátku a konce pracovní doby u lékařek/lékařů s malými dětmi významně přispívá k dosažení vyváženého poměru mezi pracovním a osobním životem. V dnešní době tolik diskutovaný work life balance je zejména pro mladé lékaře s malými dětmi tou obrovskou výhodou. Na druhé straně je třeba si otevřeně přiznat, že sdružené praxe nejsou jediným řešením budoucího fungování primární péče a přináší i svá negativa, např. v potřebě mít dobře vnitřně zajištěnou kontinuitu péče u chronických pacientů, a to zejména ve velkých praxích s řadou působících lékařů. Stejně tak tyto praxe nejsou řešením pro regiony s nízkou hustotou obyvatel, kde malé praxe budou nadále plnit svou nezastupitelnou roli, a je zde potřeba výrazněji zatraktivnit podmínky jejich fungování, a to zejména ty finanční. Různé pobídky týkající se pronájmů, bydlení pro lékaře, náborových příspěvků a dalších benefitů jsou dnes již našťástí standardem. Přestože jsem si vědom, že zdravotnictví jakožto celek se aktuálně nachází ve složité pozici dané problémy s financováním,

končícími rámcovými smlouvami lůžkových zdravotnických zařízení, nutnou generační obměnou v některých oborech, a především potřebou zahájit politicky téměř neprůchodnou reformu akutní lůžkové péče, nemělo by nastavení moderních a atraktivních pod-

mínek fungování primární péče být tím, co bude stát v pozadí, zatímco prioritou jeho řešení bude dále odsouvána.

Na závěr musím konstatovat, že i když Ministerstvo zdravotnictví, odborné a zájmové společnosti vyvíjejí snahu o další posouvání

potřebných změn a limitů omezujících poskytování primární péče, které pomohou nejen registrovaným lékařům, ale celému systému zdravotnictví, prosazení těchto změn přes politickou reprezentaci je strašlivě zdlouhavé a nepružné.

O STAVU PRIMÁRNÍ PÉČE A JEJÍM ROZVOJÍ

Mgr. Venuše Škampová
ředitelka, Odbor zdravotní péče,
MZ ČR

Jak u nás primární péče plní roli, která jí náleží?

Jistě se všichni shodneme na tom, že primární péče je základním prvkem systému zdravotních služeb nejen v ČR, a to zejména proto, že má potenciál řešit běžně na denní bázi většinu zdravotních problémů pacientů, aniž by to vyžadovalo obrovské náklady. Primární péči vnímáme jako segment zdravotních služeb, který tady vždycky byl, je a bude. Jsme však v situaci, kdy i tento segment je vážně ohrožen problémy s personálním zabezpečením, se stárnutím praktiků, s jejich úbytkem, se zajištěním primární péče v okrajových lokalitách apod., což se velmi citelně projevuje především v oblasti primární péče o děti a dorost. Přesto lze říci, že primární péče svou roli plní, a to navzdory všem problémům, které je nucena řešit.

Jaké jsou její silné a slabé stránky a co jí překáží v rozvoji?

Základní úlohou praktického lékaře by měla být role průvodce pacienta zdravotním systémem. Domnívám se však, že ve jménu práva pacienta na svobodnou volbu lékaře a poskytovatele zdravotních služeb jsme rezignovali na tuto důležitou roli. Namísto toho mnohdy jen přihlížíme, jak mnozí pacienti putují zdravotním

systémem od jednoho specialisty k druhému a výsledkem je, že nedostávají péči, kterou opravdu potřebují, ale spíše péči, o níž se domnívají, že ji potřebují. To je dle mého názoru základní chyba, které lze zabránit, ale je otázka, zda k tomu máme dostatek odvahy.

Ministerstvo zdravotnictví nikomu nenařizuje, že se musí registrovat u praktického lékaře, což ale neznamená, že popírá zásadní výhody této registrace, a to i s ohledem na preventivní péči, kterou praktičtí lékaři poskytují jako běžnou součást svojí praxe. Je dobrou zprávou, že procento občanů, kteří docházejí s větší či menší pravidelností na preventivní prohlídky, se pozvolna zvyšuje (aktuálně se pohybuje kolem 60 %), i když k ideálu máme opravdu daleko.

Jako poměrně slabou stránku primární péče vnímám jistou nestandardnost v jejím poskytování. Mezi jednotlivými poskytovateli primární péče je poměrně velký rozdíl co do rozsahu poskytované péče i co do její kvality. Např. zatímco pro jednoho praktika není vůbec problém vykonávat u registrovaných pacientů návštěvní službu, druhý ji již dávno vyřadil ze svého portfolia, ačkoli se na této zákonem dané povinnosti nic nezměnilo. V poslední době se také stále častěji setkávám s tím, že si pacienti stěžují na to, že jsou svým praktickým lékařem vyzýváni, aby se k němu objednávali i v případech, kdy mají akutní potíže.



Venuše Škampová

Řada pacientů si také stěžuje, že je pro ně problém se přes recepci k lékaři vůbec dostat. Je opravdu pryč doba, kdy jsme mohli ke svému praktikovi přijít v jeho ordinaci době se svým problémem, aniž bychom na to museli předem upozornit? Nemám nic proti obecnému systému, ale ten by měl spíše fungovat např. pro vydávání různých potvrzení, pro preventivní prohlídky, případně pro kontroly chronických pacientů. Co na to odborníci?

Jak funguje kooperace mezi jednotlivými úrovněmi zdravotní péče?

Dobrý praktický lékař zvládne mnoho, ale ne všechno. Často se v souvislosti se stárnutím populace a se stoupající potřebou zdravotní péče hovoří o nutnosti přesunu kompetencí, a to např. všemi zdravotnickými profesemi. Není důvod, aby se lékař zabýval

činnostmi, které může stejně dobře vykonávat, a také je v nemnoha případech již nyní vykonává, např. všeobecná sestra. Neměli bychom však dopustit, aby to mělo přímý dopad na kvalitu kontaktu pacienta s lékařem, či dokonce, aby tím byl kontakt pacienta s lékařem omezován.

Co by se mělo udělat pro to, aby praktickým lékařem chtěl být každý?

Vytvoříme-li podmínky k tomu, aby praktický lékař byl vzdělaný a kompetentní a mohl svoji práci dělat moderně (s využitím moderních technologií a telemedicíny) a efektivně, může v budoucnu nastat situace, že praktickým lékařem bude chtít být více absolventů lékařských fakult. Zatímco se v akutní lůžkové péči zvažuje spíše postupná reorganizace přizpůsobená skutečným potřebám populace, v oblasti primární péče je plánován rozvoj sítě ve smyslu jejího rozšíření a zkvalitnění, rozšíření kompetencí zdravotníků v primární péči atd.

No, a co se pro to dělá?

V oblasti vzdělávání již byly uskutečněny některé změny a připravují se další, zejména v pediatrii. V oblasti kompetencí se aktuálně pracuje na uvolnění preskripčních omezení. Je věnována velká pozornost zvýšení dostupnosti primární péče, v plánu je podpora vzniku a implementace sdružených praxí. Ačkoli konečná podoba sdružených praxí se teprve rodí, je žádoucí, aby v nich pracovalo více lékařů, všeobecné sestry, administrativní pracovníci, sociální pracovníci a další. Velkou roli sžívá i postupné pronikání elektronizace do reálné praxe.

Na závěr se nemohu nezmínit o reformě primární péče. O této aktivitě Ministerstva zdravotnictví mnozí hovoří jako o promarněné příležitosti, případně jako o něčem, co se zásadně nepodařilo. S tím však nemohu souhlasit. Před několika lety byla do strategického materiálu Zdraví 2030 zařazena reforma primární péče jako jedna z nejdůležitějších strategických

oblastí systému zdravotních služeb. Za pomoci odborníků byly zformulovány dílčí cíle, které jednoznačně směřují k modernizaci primární péče. Ke zmíněným dílčím cílům patří posílení kompetencí, snížení počtu preskripčních omezení, podpora sdružených praxí, zvýšení kvality poskytované péče, změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci, optimalizace využívání programů rezidenčních míst, vytvoření moderních modelů vzdělávání, nastavení managementu chronických onemocnění, zvýšení podílu obyvatel využívajících preventivní prohlídky, zajištění lékařské pohotovostní služby. I ostatní strategické oblasti Zdraví 2030 (personální stabilizace, elektronizace, změny úhradového systému atd.) se významně dotýkají primární péče. Výše uvedené cíle rozhodně nebyly Ministerstvem zdravotnictví opuštěny a vzhledem k tomu, že jejich plnění většinově spadá do let 2025–2030, není nic ztraceno.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jak vnímáte postavení praktických lékařů a co byste na něm měnil/a?
2. Očekáváte, že budou hrát v budoucím zdravotnictví větší roli než dosud, nebo to není pravděpodobné?
3. Pokud by měla jejich role posílit, tak co by pro to bylo třeba udělat?

Odpovídá MUDr. Vojtěch Mucha, předseda rady, Mladí praktici

1. Postavení praktického lékaře se v současné chvíli velmi mění. Za první republiky bylo české rodinné lékařství na světové úrovni. Komunistický režim mu ale uštědřil několik tvrdých ran. Přišli jsme o péči o děti vznikem oboru PLDD, čímž je dodnes přerušena kontinuita péče o pacienta od narození do smrti. Přišli jsme o gynekologii a dispenzarizaci

mnoha chronických onemocnění vznikem velkého množství specializací. Vznikem obvodů pacient přišel o svobodnou volbu lékaře a z kompetentního rodinného lékaře se rázem stal „obvodňák“: pouhý rozesílač pacientů k „opravdovým“ lékařům. Posledním hřebíčkem do rakvičky se stal zvyk přidělování obvodů v neatraktivních lokalitách za trest (např. při politické inkompatibilitě lékaře s režimem). Dnes je ale situace zcela odlišná. Tehdejší prezident-

ka WHO Margaret Chan pronesla v roce 2013 na světové konferenci praktického lékařství (WONCA) v Praze, že „praktické lékařství musí jako pták fénix povstát ze svého popela“. A toho jsme dnes skutečně svědky.

2. Rostoucí role VPL ve zdravotnictví není pravděpodobná, ale zcela nezbytná. Ze zahraničních zkušeností víme, že dobře fungující segment primární péče umí vyřešit 80–90 % kontaktů paci-



Vojtěch Mucha

entů se zdravotním systémem za 10–20 % nákladů. Pokud má dostatek kompetencí, kvalitní vzdělání a hodnocení na základě kvalitní péče, umí o pacienty pečovat na výborné úrovni. Dnes jsme svědky nárůstu atraktivitu našeho oboru mezi mediky i lékaři, kteří se přeskolují z jiných oborů. Roste počet praktických lékařů, kteří jsou ochotni školit nové kolegy, i přes přetrvávající nedostatečnou finanční atraktivitu takového jednání a velkou administrativní zátěž. Konečně se dožíváme dlouho očekávaného rušení preskripčních omezení. Díky tomu můžeme kvalitně dispenzarizovat a léčit pacienty především s chronickými onemocněními. Věk, odkdy může praktický lékař registrovat pacienty, klesl na 14 let. Praktický lékař může nabízet pestrou paletu diagnostických i terapeutických metod přímo v ordinaci, vč. například ultrazvuku, denzitometrie apod. Stoupá atraktivita oboru VPL, zájem o něj, kompetence a snad i kvalita péče. Co je ale hlavní – praktičtí lékaři jsou dlouhodobě velmi pozitivně vnímáni pacienty. V posledním průzkumu SVL z roku 2023 bylo se svým praktickým lékařem spokojeno 95 % pacientů.

3. Vzhledem k demografickému vývoji naší populace je hlavně potřeba zajistit dostatečný přísun nových praktických lékařů především pro děti a dorost. Tam je nyní největší současný problém, protože medián věku PLDD již přesáhl 60 let a počet nově atestovaných pediatriů spíše klesá. S rostoucími kompetencemi VPL je také nutné dbát na vysokou kvalitu vzdělávání i vedení praxe praktických lékařů, což se zatím prakticky neděje. Objektívni sledování kvality (nejen) primární péče a na ní postavené hodnocení lékařů by mělo být v českém zdravotnictví prioritou. Současné programy (VZP+ apod.) jsou nepřilíhš povedeným pokusem o takové hodnocení, který vede spíše k vyšší administrativní zátěži lékařů než opravdovému sledování/hodnocení kvality péče. Potřebovali bychom také větší rozsah vědecké činnosti v segmentu primární péče, abychom se mohli rozhodovat podle našich vlastních dat a nespolehat jen na zahraniční. Mj. za tím účelem byla také založena skupina pro výzkum v primární péči při 1. LF UK.

Osobně se domnívám, že pro dobře funkční systém celé zdravotní péče v ČR je také nutná reforma fungování ostatních segmentů. Praktické lékaře a hlavně pacienty zatěžuje mj. špatná organizace sekundární péče v ČR. Její nastavení vede ke špatné dostupnosti akutních a „subakutních“ vyšetření specialistou (kupř. akutně vzniklé stavy bezprostředně neohrožující život pacientů, nebo dekompenzace chronických onemocnění, pro které je pacient u specialisty dispenzarizován). Pacient indikovaný k takovému vyšetření obvykle obdrží termín v řádu měsíců, takže ho musí léčit buď sám VPL na hraně svých kompetencí, nebo odeslat rovnou do nemocnice. Nedočkávat se také těšíme na možnost většinou elektronickou dokumentaci a vyměňovat informace s ostatními segmenty, aby nedocházelo ke zbytečným ztrátám informací, multiplicitám vyšetření apod.

Celkově se ale všeobecně praktické lékařství u nás již dnes nachází ve velmi dobrém stavu. V některých oblastech (jako např. přístrojové vybavení nebo screening) se mnohé naše ordinace nacházejí na světové úrovni.

Odpovídá MUDr. Katarína Vlčková, primářka domácího hospice a ambulance paliativní a podpůrné péče, Cesta domů, z.ú.

1. Myslím si, že praktičtí lékaři hrají velmi důležitou roli v zajištění a koordinaci zdravotní péče. V době mé rezidency v oboru VPL jsem zjistila, že agenda prak-



Katarína Vlčková

tika je velmi široká. A že i mezi mými mladými kolegy je velká vůle postarat se o své pacienty co nejlépe a neodesílat je hned do nemocnice. Myslím si, že tento přístup je zásadní, ale je možný jen do určitého počtu registrovaných pacientů. Mělo by jich být tolik, aby měl praktik dost času znát souvislosti zdravotního stavu s jeho sociální situací a aby měl dostatek prostoru zapojit pacienta do plánování budoucí péče a do rozhodování o způsobu poskytování péče. Praktik je nejenom lékař, ale do určité míry poskytuje podporu

i v psychosociální oblasti, a to nejen pacientovi, ale komunikuje i s rodinou. Na praktikovi velmi záleží, co se bude s pacientem dít, jestli se mu dostane adekvátní a přiměřené péče. Tak, aby nebyl pacient nadměrně traumatizován přesuny po zdravotnických zařízeních a aby nebyl zneužíván systém akutní péče. Praktičtí lékaři se musejí neustále a v dost velké šíři vzdělávat, aby získávali kompetence v co nejširším spektru oborů. Je to jediná cesta, jak by mohl praktik odesílat pacienta ke specialistovi, až když je to nevyhnutelné. Proto vnímám, že je důležité, aby měli praktici dost prostoru právě na své vlastní vzdělávání a aby byli specialisty vnímáni jako partneři a mohli s nimi konzultovat nejlepší postup pro konkrétního pacienta.

2. Myslím si, že role praktických lékařů nadále poroste, právě proto, že se medicína stále více specializuje a specializovaná péče dosáhnou jen pacienti ve vážném stavu. Myslím si, že praktici budou muset zvládat čím dál více úkonů a budou se muset umět zorientovat ve složitějších situacích.

3. Vstřícná komunikace specialistů s praktikem, pokud se na ně praktik obrátí. Což si myslím z vlastní zkušenosti funguje hezky. Ale nejsem si jistá, jestli je to obecná zkušenost. Za důležitou považují motivaci praktiků k tomu, aby pro ně nebylo cílem množství zaregistrovaných pacientů, ale aby byli ohodnoceni za to, jak kvalitně se o své pacienty starají, jaký objem péče těm jednotlivým pacientům poskytnou. Samozřejmě, že to souvisí s počtem praktických lékařů, aby bylo možné se o každého člověka postarat v dostatečné kvalitě.



Oldřich Šubrt

Odpovídá MUDr. Oldřich Šubrt, CSc., MBA, zakladatel, Program H Plus, předseda, správní rada AHCM

1. V každém zdravotním systému je role praktických lékařů klíčová – u nás je financování obecně nastaveno standardně – kapitace s bonusy za dostupnost, a další vstřícné kroky vůči pacientům, posun jsou bonifikace za koordinaci péče – např. u hypertoniků, ale z nějakého důvodu se nerozšiřují dostatečně rychle, praktický lékař by měl být správcem pro chronic disease management, k tomu by jistě potřeboval více kompetencí, jasné incentivy vztažené přínosům a více dostupných informací o svých klientech.

2. Musí, když nebudou, kvalita zdravotnictví se zhorší, dostali jsme se na špičku ve specializované medicíně, ale začínáme zůstat v té běžné, viz statistiky OECD o délce zdravého aktivního života a podílu preventabilního onemocnění na morbiditě i mortalitě obyvatel.

3. Osobně věřím na digitalizaci, přinese více informací, zajistí personalizaci, a nakonec povede

k prediktivní medicíně vycházející z velkých sloučených dat a AI, kterou nemůže koordinovat nikdo jiný než právě praktici, buď současní, nebo ti příští.

Odpovídá MUDr. Renata Knorová, MBA, ředitelka zdravotního úseku, ČPZP, předsedkyně, Zdravotní sekce SZP ČR

1. Role praktického lékaře v zdravotnickém systému by měla být základnou pyramidou zdravotních služeb. Činnost praktického lékaře má (má mít) zásadní vliv na zdravotní stav populace, přeneseně i dopad na ekonomickou udržitelnost systému. Proč nepíšu, že „je“ jeho základnou?

Mají dnes praktičtí lékaři v ČR další potenciál ke zlepšování zdravotního stavu obyvatel, ke zvyšování zdravotní gramotnosti občanů, či dokonce k racionalizaci výdajů?

Role praktického lékaře v systému veřejného zdravotního pojištění je nezastupitelná. Proto, aby mohl praktický lékař plnit jakékoliv vize kvalitně fungující primární péče, by bylo žádoucí, aby:

- občan ČR – pojištěnec v systému veřejného zdravotního pojištění měl sám vyšší povědomí o odpovědnosti za vlastní zdraví a s tím definovanou odpovědnost (o které by měl vědět);
- pravidla nastavení vztahů mezi jednotlivými složkami systému byla jasně stanovena; vztahy mezi primární a ambulantní specializovanou péčí postrádají jasná pravidla, vazba mezi poskytovatelem primární péče a spádovou nemocnicí v mnoha regionech nefunguje optimálně;
- praktický lékař plní pro další složky naší společnosti roli „vydavatele“ různých potvrzení a formulářů, což ho odvádí od vlastní péče o své pacienty.



Renata Knorová

Pokud se výše uvedené změní a pokud dojde k nárůstu zájmu o povolání lékaře primární péče, můžeme očekávat světlé zítřky.

2. Byla bych velice ráda, kdyby praktický lékař měl dostatek prostoru na to, věnovat se svým pacientům, kooperovat se specialisty v regionu včetně lékařů ze spádových lůžkových zařízení, kdyby byl skutečně gate-keeperem na vstupu čerpání zdravotních služeb. Vzhledem k délce diskusí na toto téma a mnohým výše popsaným známým problémům jsou má očekávání změn spíše v rovině přání.

3. Lépe definovat role všech účastníků v systému veřejného zdravotního pojištění, počínaje odpovědností občana za své zdraví. Všem lékařům primární péče, kteří o naše pojištěnce pečují, si dovolím i v této anketě poděkovat.

Ing. Michal Čarvaš, MBA, předseda, AČMN, ředitel, Nemocnice Prachatice a.s.

1. V rámci primární péče je problémem stárnutí lékařů, zejména všeobecných praktických lékařů (VPL) a praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD). Na druhou stranu máme poměrně hustou síť ambulantních specialistů. Udržení takto husté sítě by znamenalo navýšit počet studujících lékařů a lékařů připravujících se na atestaci v nemocnicích v jednotlivých oborech. Tomu ale brání řada faktů a administrativních překážek. Určitě by pomohlo umožnit vzdělávání v základních oborech ve všech nemocnicích poskytujících jak lůžkovou, tak i ambulantní péči. Postavení VPL by mělo být jako osoby, která je nejbliž pacientovi, zná jeho zdravotní stav, ideálně jako rodinný lékař, který zajistí řadu vyšetření sám a na ta ostatní specializovaná zajistí odeslání včas ke specialistovi.

2. Z hlediska organizace primární péče se nabízí trend ze zahraničí, kterým je spojování kapacit, praxí a vznik tzv. center primární péče. Jedná se o shluky ordinací více odborností a lékáren v menších městech a městysech poskytující základní péči dostupnou co nejbliž občanům. Další příležitostí je elektronizace zdravotnictví včetně napojení primární péče na návaznou péči – na odborné ambulance nemocnic a lůžkovou péči.

Pokud nebude ambulantní a lůžková péče dostupná ve všech koutech ČR, jako je nyní, bude logicky větší tlak na VPL i na jejich erudici, aby řešili více věcí sami, protože budou nejbliž pacientovi.



Michal Čarvaš

3. Myslím, že je třeba nově nastavit pravidla a požadavky nejen na VPL, ale i na ostatní prvky systému českého zdravotnictví, který musí fungovat v režimu 365/24/7. Není motivační hradit většinu péče kapítací nebo paušály. Je třeba efektivně motivovat VPL k podílení se na zajištění komplexní primární péče včetně pohotovostních služeb a k naplnění screeningových programů a zlepšení prevence. S ohledem na jejich erudici a celoživotní vzdělávání lze jistě uvolnit i preskripci některých léků dle doporučení specialistů, aby pacient nemusel mít tolik návštěv lékařů, kolik dnes má, a mohl efektivněji proplouvat systémem.

STRAŠÁK ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ OBCHÁZÍ EVROPU. CO S TÍM A JAKOU ROLI MÁ HRÁT PRIMÁRNÍ PÉČE?

Mgr. Helena Sedláčková, Policy & Patient Advocacy Manager, MSD Czech Republic

Stalo se již dobrým zvykem autorem této rubriky propojovat svá bruselská ohlédnutí s obsahem příslušného čísla Občana v síti. V souvislosti s debatou o roli primární péče, s níž se neodmyslitelně váže i otázka nedostatku praktických lékařů, zejména pak těch pro děti a dorost, nám téma přinesla žhavá současnost: návrat závažných infekčních onemocnění, s nimiž jsme už tak nějak přestali v myslí počítat. Nárůst výskytu černého kašle v ČR nebo první letošní úmrtí na záškrt (tato nemoc se k nám vrátila před dvěma lety po 27 letech) jsou bolestně varovným dokladem toho, na čem se dlouhodobě shodne WHO i Evropská komise (nyní v podobě svého generálního ředitelství pro krizovou připravenost HERA) – šíření vysoce nakažlivých patogenů je jednou z největších zdravotních hrozeb současnosti. WHO v této souvislosti mezi hrozby zařazuje i rostoucí neochotu populace nechat se očkovat a zdůrazňuje, že nejdůvěryhodnějším průvodcem rozhodování o očkování zůstávají lékaři, zejména ti komunitní, v české realitě ti praktičtí.

U nás doma v této souvislosti dlouhodobě voláme po zoufale chybějící národní imunizační strategii, jež by měla zahrnout vedle zvyšování zdravotní gramotnosti veřejnosti i podporu a edukaci zdravotníků mj. také ve schopnosti adekvátně reagovat na dezinformace. Podobné volání však zaznívá i v Bruselu.

Není divu, infekční choroby neznají hranic a covidová pandemie (znovu) jasně ukázala, že určitá koordinace opatření v oblasti volného pohybu osob, služeb, zboží a kapitálu, ač má své limity, je nezbytná. Nicméně i když eurokomisařka pro zdraví Stella Kyriakidesová v souvislosti se zneklidňujícím nárůstem vysoce nakažlivých spalniček v Evropě před měsícem znovu zopakovala svoji covidovou „mantru“, tj. že očkování chrání a zachraňuje životy, o vzniku celoevropské strategie v této oblasti, která by adekvátně zareagovala na současnou hrozbu, nezmínila nic.

EU dnes čelí těžkým výzvám v podobě stárnutí populace, změn klimatu či geopolitické nestability. Nelze přehlížet skutečnost, že pro odolnost a bezpečnost evropských zemí je strategicky důležité, aby jejich populace byla zdravá a zdravotnické systémy finančně udržitelné a odolné (není náhodou, že jedním z dopadů covidové pandemie bylo, že některé státy se do určité míry nedokázaly postarat o své ne-covidové nemocné). K tomu je potřeba učinit řadu kroků, jimž se můžeme podrobněji věnovat v jiném článku, nicméně robustní imunizační politiky zahrnující všechny věkové skupiny na národní i nadnárodní úrovni jsou toho klíčovou součástí. Jde o mocný nástroj, který předchází nemocem, zachraňuje životy, šetří peníze, přispívá k hospodářskému růstu, přináší inovace i prosperitu.

Nejde však jen o práci s laickou i odbornou veřejností ohledně využívání již existujících vakcín, ale také o systémovou pod-

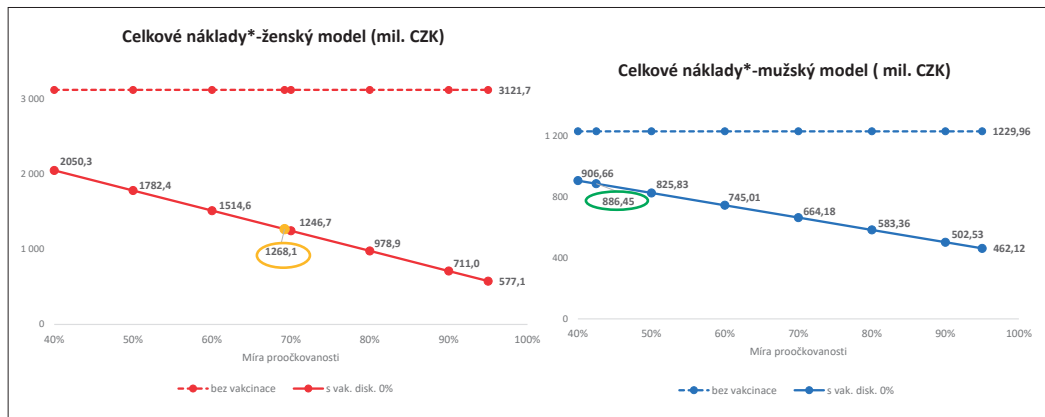


Helena Sedláčková

poru vědecké a výzkumné práce, která povede k vývoji očkovacích látek nových. Jak opakovaně upozorňuje sdružení výrobců očkovacích látek v Evropě Vaccines Europe, v letech 2000–2009 v EU probíhalo 22 procent klinických studií v oblasti vakcinace, během dalších deseti let došlo k jejich poklesu o 17 procent a do roku 2023 o dalších 14 procent. To nejsou malá čísla, vezmeme-li v úvahu, jak odlišné mohou být imunitní reakce populací různých kontinentů a také jak přítomnost klinických studií obecně urychluje vstup nových vakcín na daný trh a jejich dostupnost pro veřejnost s ohledem na již existující zkušenosti s nimi.

To, že očkování má zásadní význam také v širším kontextu je proti jednomu z největším evropských zabijáků, rakovině, stvrдила Stella Kyriakidesová nedávným předložením návrhu Doporučení pro členské státy ohledně nádorových onemocnění, jimž lze předcházet očkováním, konkrétně pak proti infekci HPV (lidský papilomavirus) a žlutence typu B. Doporučení jsou součástí sady opatření realizující Evropský plán boje proti rakovině, jednu z vlajkových lodí mandátu Kyriakidesové. Komisařka připomíná, že v Evropě každým rokem umírá

Závislost celkových nákladů na očkování a léčení nemocí spojených s HPV v závislosti na míře proočkovanosti. (Tichopád, Kamenský 2023)



S rostoucí proočkovaností proti HPV klesají **přímé náklady** zahrnující očkování, screening a léčbu prekanceróz a karcinomů asociovaných s HPV.

Klesají i **nepřímé náklady** (způsobené úmrtím před dosažením důchodového věku). Při 90% proočkovanosti proti HPV jsou 8× nižší u žen a 9× nižší u mužů.

Zdroj: Výzkumná skupina CzechHTA, Katedra biomedicínské techniky FBMI ČVUT

téměř 14 tisíc žen na rakovinu děložního hrdla a objevuje se kolem 16 000 nových případů žloutenky typu B. Dokument, který by měly členské státy přijmout na zasedání Rady ministrů zdravotnictví letos v červnu, proto mj. vyzývá k přijetí či posílení národních vakcinačních programů, důslednému sběru dat a monitoringu proočkovanosti a také zpřístupnění záznamů o provedeném očkování veřejnosti a tím zvýšení jejího zájmu o své vlastní zdraví.

A vedle dětí doporučuje rozšiřovat očkovací programy na další skupiny, které mohou z očkování profitovat a nebyly ještě proočkovány, v případě HPV například na dospívající a mladé dospělé. Výslovně je pak zmíněna možnost vakcinace v jiných než zdravotnických zařízeních, jako jakou například školy. Nelze v této souvislosti vyloučit, že členské státy do textu aktivně vloží i zmínku o lékárnách. V Česku jde o poměrně výbušné téma, nicméně

ruku na srdce – a tím se vracím na začátek svého textu – očkovat prostě musíme, a kdo bude očkovat v místech, kde chybí praktický lékař? A vracím se ještě dále k článku v předchozím vydání OvS, který zmiňuje rostoucí roli zaměstnavatelů ve zdravotní prevenci. Vedle státu mají totiž především oni samotní bytostný zájem na tom, aby pro ně pracovali zdraví, nikoli nemocní zaměstnanci.