

OBČAN V SÍTI

05/2024

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

ÚHEL POHLEDU



Zorjan
Jojko



Jitka
Vojtová



Václav
Janalík

BRUSELSKÁ OHLÉDNUTÍ



Eva
Karásková

VOLNÉ FÓRUM



Zdeněk
Švanda



Petra
Adámková



Martin
Polák



Renáta
Knorová

JAK SE U NÁS DAŘÍ SPECIALIZOVANÉ AMBULANTNÍ PÉČI?

Ambulantní specialisté tvoří heterogenní skupinu poskytovatelů péče, jejichž společným jmenovatelem je absence silného sponzora. Na rozdíl od nemocnic, kterým kryje záda jejich zřizovatel, nebo od praktických lékařů, kteří mají jistotu ve svých registrovaných pojištěncích, si svůj podíl na zdravotnickém koláči musejí obstarat sami. V dobře nastaveném zdravotnictví by měli poskytovat odborné zázemí praktickým lékařům,

a tak jim pomáhat řešit maximum problémů jejich pacientů v ambulantním prostředí a tím přispívat k vyšší efektivitě systému.

Naše současná realita je tomu značně vzdálená. Příčin současného stavu je více. Od začátku devadesátých hraje ve vytváření sítě ambulantních specialistů velkou roli nastavení Seznamu výkonů a jeho rozdílná vstřícnost k jednotlivým odbornostem. Často zdůrazňované dělení výkonů na lukrativní a ne-



lukrativní mělo jasný dopad do praxe. Ty prvně jmenované chtěl poskytovat každý, kdo mohl, a tak často, jak se daly vykázat, o ty druhé žádná tlačénice nebyla. Letitá snaha tyto nerovnosti odstranit měla zatím jen částečný úspěch. A tak dnes máme v některých

odbornostech nadbytek kapacit, ve srovnání s ostatními státy EU, a v jiných citelnou nouzi.

Logika říká, že v těch dobře placených oborech bychom měli mít nadstandardní dostupnost péče, ale chyba lávky, opak je pravdou. To proto, že ve hře je další faktor, a možná ten nejdůležitější, kterým je absence někoho, kdo by se staral o to, aby péče byla kvalitní a efektivní. Aby i u nás vstoupilo do života staré heslo amerických HMO, tedy léčit „správneho pacienta, ve správný čas, na správném místě, a to správným způsobem“.

Je dlouhodobě známo, že indikace významného počtu výkonů prováděných v našem zdravotnictví by neobstála při podrobnějším posouzení. Absence pravidel upravujících pohyb pacienta v systému vede k tomu, že výkony, které může provést praktický lékař nebo které nejsou vůbec potřeba, zahlcují ambulance specialistů a prodlužují čekání těch, kteří jejich péči opravdu potřebují.

Svůj velký podíl na současném nepřiznivém stavu mají hloupě nastavené regulace ze strany pojišťoven. Ty kdysi, ve snaze lépe kontrolovat náklady na zdravotní péči, nastavily limity pro praktiky a specialisty, které se týkají preskripce a vyžádaných vyšetření. Výsledek je celkem logický. Praktický lékař, který nechce riskovat finanční újmou, rezignuje na pátrání po diagnóze a odesílá své jen trochu složitější pacienty rovnou ke specialistům. To proto, že náklady na péči specialisty se mu do limitů nepočítají, na rozdíl od laboratorních vyšetření. Situaci ještě zhoršují československy specifická preskripční omezení pro praktické lékaře, kteří z palety možných léků mohou hrazeně předepsat jen zhruba polovičku. Takže místo předepsání receptu v rámci kapitace jej pacient dostane až po absolvování komplexního nebo kontrolního vyšetření specialistou.

Z ekonomického hlediska je pro specialisty výhodné pečovat o „jed-

noduché“ pacienty, kteří by správně patřili do péče praktiků, protože si tím „ředí“ celkové náklady. To je také jedna z podstatných překážek efektivní kooperace mezi praktiky a specialisty, viz třeba oblast diabetologie. Dalším našim fenoménem je, že nemocniční lékaři, zejména ze státem přímo řízených institucí, si paralelně budují svá soukromá zařízení a mohou tak své pacienty nejen efektivněji vyšetřovat, ale současně mají i významnou konkurenční výhodu proti svým opravdu čistě ambulantním kolegům. Situace je natolik komplikovaná, že ani hypotetická digitalizace zdravotnictví, AI či telemedicina ji zásadně neovlivní. Je celkem zřejmé, že bez zásadních změn v tom, jak spravujeme peníze pojištěnců, se nic zlepšit nemůže. Vložme šem samosprávnosti do čel zdravotních pojišťoven a odstraňme zabudovaná kazítka ze všech částí zdravotního systému.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

POSTAVENÍ AMBULANTNÍCH SPECIALISTŮ V SYSTÉMU ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

MUDr. Zorjan Jojko
kardiolog, předseda, Sdružení
ambulantních specialistů ČR

Postavení ambulantních specialistů v systému považuji za klíčové, neboť mám za to, že naprostá většina těchto lékařů a zdravotníků plní velice kvalitně svou roli uprostřed mezi praktickými lékaři a nemocnicemi tak, aby vše, co nepotřebuje hospitalizaci, bylo léčeno ambulantně.

Naším už dlouhodobým problémem je neexistence kvalitní definice, kolik nás ve kterém oboru má být, občasné neoprávněné obviňování, že poskytujeme více péče,

než je třeba, a také to, že jsme cyklicky upozadováni v úhradách našich služeb.

Nově přibyl problém s tím, že stár-neme, že mladí lékaři se k nám nijak nehrnou, a také s tím, že politici si k nám už opakovaně sáhli pro peníze, když „hasilí“ protesty v jiných segmentech.

Od roku 1992 se opakovaně objevila snaha naši síť kultivovat, nebo nějak řídit námi poskytovanou péči. Někdy bohužel – jindy bohudík – skončily tyto plány na papíře.

Přes tyto evidentní ústrky stále existujeme a stále poskytujeme kvalitní péči svým pacientům.



Zorjan Jojko

Jistě platí, že bez nás nemůže být naplněna ekonomicky racionální a pro pacienty komfortní myšlenka, dle níž vše, co lze řešit ambulantně, nemá být posíláno do nemocnice.

AMBULANTNÍ SPECIALIZOVANÁ PÉČE, POHLED PLÁTCE I UŽIVATELE

MUDr. Jitka Vojtová, MBA
zdravotní ředitelka, OZP

Na téma „Jak u nás funguje ambulantní specializovaná péče?“ se dívám z pohledu plátce a potenciálního i současného pacienta. Ambulantní specializovaná péče (zdá se) funguje a je (relativně) dostupná. Větší výzva pro všechny zúčastněné ale je a bude to, jestli by nemohla fungovat lépe/jinak a kdy nás dostihne demografie ve smyslu stárnutí kmene zdravotníků, ať už lékařů, nebo nelékařských pracovníků ambulantní specializované péče, a současně stárnutí populace jako takové. Na toto téma už toho bylo hodně řečeno a jako červená nit demografická hrozba prostupuje i nejnovější Strategickou analýzou potřeb resortu zdravotnictví formulovanou MZ ČR.

Oblastí, ve které je z mého pohledu nejvíce rezerv a zároveň nejvíce sporů o správnost, je nastavení průchodu pacienta systémem. Můžeme tomu říkat i „dělba práce“

mezi akutní lůžkovou péčí, ambulantní specializovanou péčí a primární péčí. Zřejmě najdeme shodu v tom, že je třeba, aby pacientovi byla poskytnuta správná péče ve správný čas a na správném místě. V otázce, jak toho dosáhnout, už ale tak snadný konsensus nebude. On vlastně problém nastane už ve chvíli, kdy se pokusíme definovat to, která péče je ta správná (z pohledu rozsahu, kvality, ...), které místo je to správné (lůžko – ambulance/ordinace) a který čas je ten správný. Pokud se v některém bodě totiž odchýlíme od optima, vznikají problémy a škody. Ty nejhorší jsou na zdraví a životě, jsou tu ale i škody materiální.

V souvislosti s ohrožením dostupnosti péče ve smyslu prodlužování čekacích dob se často mluví o přímých platbách. Pokud bychom přijali tvrzení, že se čekací doby prodlužují z důvodu nedostatku lékařů, nemohou na tom přímé platby nic změnit. Pokud je příčinou nedokonalá organizace, propustnost bez



Jitka Vojtová

limitů atd., pak je toto řešení jistě jednou z cest.

Systémové změny, které by zvýšily efektivitu a zejména do budoucna i dostupnost ambulantní specializované péče, nás velmi pravděpodobně neminou. Ať už to bude zmíněné nastavení „dělby práce“ – zejména zvýšení „prostupnosti“ pro pacienty (nikoliv propustnosti), nebo vstup nových technologií, AI, telemedicíny, digitalizace, nebo nové úhradové mechanismy, považují je do budoucna za nezbytné.

POTŘEBUJE POSKYTOVÁNÍ AMBULANTNÍ SPECIALIZOVANÉ PÉČE NĚJAKÉ ZMĚNY?

JUDr. Václav Janalík, MHA,
konzultant v oblasti financování a organizace zdravotní péče,
EFCARE s.r.o.

Segment ambulantních specialistů v českém zdravotnickém systému nestojí osamoceně. Pokud se máme zamyslet nad zvyšováním efektivity, nezbytně musíme vnímat i okolní typy péče, tedy zejména péči primární na straně jedné a akutní lůžkovou péči

a následnou péči na straně druhé. Zásadní problém totiž tkví v tom, zda péči ambulantních specialistů skutečně využívají ti pacienti, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav tento typ péče skutečně potřebují a pro něž je efektivní.

Když se na tento problém podíváme podrobněji, zjistíme, že v drtivé většině situací nám chybí definice něčeho, co můžeme nazývat patientskou cestou nebo disease managementem, prostě pravidly,



Václav Janalík

kteřá zjednodušeně řečeno určí, kdo má být kdy a kým léčen. Jakkoliv je vytváření těchto pravidel více než žádoucí, bohužel praxe je zcela odlišná. V první řadě na sebe narážejí různé odborné názory na vhodnost či nevhodnost konkrétního terapeutického postupu v dané situaci. Lze do jisté míry pochopit, že se mohou lišit názory zástupců odlišných odborností, nicméně rozpory často

naivně čekat na dobu, kdy bude panovat naprostá shoda všech zainteresovaných skupin nad všemi druhy patientských cest. Měli bychom se tedy zamyslet, co vše lze změnit relativně rychle.

Abychom uvolnili alespoň částečně ruce ambulantních specialistů a vytvořili prostor pro větší počet pacientů, měli bychom **ty, u kterých to zdravotní stav dovoluje, ponechat v péči praktických lé-**

čím prvkem, který by mohl přinést zvýšení efektivity, je **důležitá kontrola kapacit** poskytovatelů zdravotních služeb a plánování smluvní a úhradové politiky v návaznosti na tyto kontroly. V tuto chvíli (bohužel) nemají ambulantní specialisté žádnou povinnost sdělovat zdravotním pojišťovnám své volné kapacity, smluvní síť je proto plánována často s ohledem pouze na počty úvazků. Nechci na tomto místě pojišťovnám křivdit a vím, že mnohé z nich pravidelně provádějí průzkumy reálné dostupnosti a doplňují zjištění do svých plánů. Troufnu si ale říci, že v roce 2024 bychom mohli mít v tomto ohledu ambicióznější plány a požadovat po poskytovatelích využívání elektronických objednávkových systémů s tím, že by **data z objednávkových systémů byla sdílena se zdravotními pojišťovnami**. Došlo by tak velmi jednoduše k dosažení dvou cílů současně. Jednak by zdravotní pojišťovna měla reálná aktuální data dostupnosti péče, jednak by mohla do svých aplikací zahrnout propojení na objednávkové systémy poskytovatelů. Pacient/pojištěnec by tak získal možnost velmi jednoduchého online přehledu dostupných objednávacích termínů v jedné aplikaci.

V neposlední řadě vidím **prostor v rozvoji telemedicíny**. Období covidu nám bohužel v očích mnoha odborníků i laiků smršklou vnímání telemedicíny jen do telefonického nebo videohovoru mezi lékařem a pacientem, ale ve skutečnosti oblast telemedicíny skýtá obrovský potenciál, jak zvýšit nejen dostupnost, ale zejména kvalitu péče o pacienty. Ve chvíli, kdy se používání telemedicínských prostředků stane standardní součástí portfolia odborné ambulance, lze očekávat, že jedním z pozitivních efektů bude opět vytvoření většího prostoru pro ty, jejichž zdravotní stav vyžaduje spíše osobní návštěvu lékaře.

V drtivé většině situací nám chybí definice něčeho, co můžeme nazývat patientskou cestou nebo disease managementem, prostě pravidly, která zjednodušeně řečeno určí, kdo má být kdy a kým léčen.

nastávají i mezi lékaři ze stejného oboru. Je až zarážející, jak ono známé „dva právníci, tři názory“ platí v medicíně velmi podobně. Druhá rovina problému by se pak dala označit jako definice nároku. Český právní řád definuje nárok pojištěnce velmi široce, jednoznačné limity nalezneme bohužel spíše ojediněle. Snahy o definování patientských cest pak tedy mohou narážet na to, že bývají mylně označovány za omezování nároku. Pokud bych tedy měl odpovědět na úvodní otázku, kterou si kladu, tedy zda péči ambulantních specialistů skutečně využívají ti pacienti, kteří ji skutečně potřebují a pro něž je efektivní, jsem přesvědčen, že v mnoha případech bohužel ne. Mám rád příklad jednoho pana primáře, který říká, že často pacient připomíná cestujícího na autobusovém nádraží, kde autobusy nemají čísla a neexistují jízdní rády, takže je spíše otázkou náhody, zda autobus, do kterého cestující nastoupí, jede do té správné cílové stanice a jede touto nejkratší cestou. Pak se setkáme s přehlcením ambulancí a dlouhými čekacími dobami a přemýšlíme, jak tento problém řešit. Je jasné, že zdravotnický systém potřebuje rychlejší řešení než

kařů. S tím ale souvisí například revize preskripčních omezení, aby praktik mohl skutečně plnohodnotně pečovat o jemu svěřené pacienty. Kromě toho bychom se měli zcela vážně zamyslet nad rozsahem kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků, **legální přenesení některých činností na sestry** je dalším z nástrojů, které mohou ambulantním specialistům, ale ostatně i praktickým lékařům, přinést více prostoru pro péči o pacienty.

Se změnami popsanými v předchozím odstavci však musejí jít ruku v ruce i **změny úhradových mechanismů**. Ve většině odborností ambulantní specializované péče je celková roční úhrada limitována ze strany zdravotních pojišťoven průměrnými úhradami z minulosti. Pokud by tedy došlo k prostému přesunu lehčích (a tím pádem levnějších) pacientů k praktickým lékařům, u většiny poskytovatelů by to vytvořilo bezprostřední negativní ekonomický dopad. Zvláště v dnešní době, kdy disponibilní zdroje systému významně klesají, je tedy bezpodmínečně nutné, aby každá obdobná změna úhradových mechanismů byla podrobena analýze finančního dopadu.

1. Jak u nás funguje ambulantní specializovaná péče a jak se jejím poskytovatelům daří?
2. Máme dobře nastavenou dělbu práce mezi nemocnicemi, ambulantními specialisty a praktiky?
3. Je prodlužování čekacích dob, a s tím související rostoucí vybírání přímých plateb, nevratným procesem, nebo se nabízí nějaké řešení? Jaké byste navrhl/a?

Odpovídá Ing. Zdeněk Švanda, předseda představenstev, Nemocnice PK

1. V poskytování zdravotní péče napříč celou zemí je hodně co zlepšovat a ambulantní specializovaná péče není výjimkou, a to v řadě směrů.

Bohužel je velký **rozdíl v místní dostupnosti** mezi regiony bez ohledu na odbornost. Zatímco ve velkých městech je dostupnost většiny ambulantních specialistů dobrá, mimo velká města je naopak v řadě oborů nedostatečná. Dále je **rozdíl v časové dostupnosti** konkrétní odbornosti. Jsou obory, kde se na vyšetření čeká několik měsíců.

Dále je **problém v úhradách, které se liší dle pojišťoven, ale např. i podle toho, kdo ordinaci provozuje**. Zatímco privátní subjekt dostává úhrady navázané na výkonnost ambulance, nemocnice dostávají často úhrady paušálně navázané na výkonnost celého oddělení vč. lůžkové péče vztažené k referenčnímu období. Vyšší výkonnost ambulance tak nezajistí adekvátní navýšení úhrady a nemocnice pak provoz ambulance dotují.

2. Jedním z nich je nedostatek praktických lékařů – chybí plošně, ale hlavně opět v méně atraktivních regionech a dál ubývají. **To se protíná se stárnutím populace**, kdy pacientů s běžnými zdravotními potížemi naopak přibývá. Do nemocnic tak chodí k ošetření stále více lidí, které by měli zaléžít praktičtí lékaři. Zároveň při současném nastavení

kapitačních plateb nejsou praktičtí lékaři dostatečně motivováni k tomu, aby své pacienty měli snahu ošetřit sami. To neplatí plošně. Mnozí plní své poslání na 100 %. Ale zdaleka ne všichni. Setkáváme se s případy, kdy PL zavře ordinaci bez zajištění náhrady a dá jen na dveře nápis „V případě potřeby vyhledejte nemocnici či pohotovost“. Setkáváme se s případy, že pacient přijde od PL bez diagnózy či doporučení s tím, že mu nedokázal pomoci.

Z toho pak následuje, že mnozí pacienti, ač mají vlastního PL, s jakýmikoli potížemi jdou rovnou do nemocnice. Někteří to dělají i z nevědomosti, že by měli jít primárně ke svému PL. A někdy je to záměrné problematické jednání pacienta, kdy nejde k PL, aby u něj nemusel čekat, nebo kvůli „nevyhovující“ ordinační době. Místo toho jdou raději večer na pohotovost – často s banální nebo neakutní záležitostí. V extrémních případech si volají i záchranku. Ani pacient není motivován k tomu, aby s běžnými zdravotními potížemi kontaktoval primárně PL. Pak jsou přetížene nemocniční ambulance.

To znamená, že není správně systémově nastavena spolupráce tří stran a směřování pacientů. Pokud nedojde ke změně systému, zejména v primární péči, o které se mluví skoro 15 let, systém základní zdravotní péče zkolabuje.

3. Rozhodně by nemělo být zavedeno „kdo si zaplatí, dostane dřívější termín“. Priority poskytování veřejné zdravotní péče



Zdeněk Švanda

musejí být nadále určovány medicínskými důvody.

Kde by se ale měly upravit nebo zavést regulační poplatky, je služba pohotovostí, urgentních příjmů a záchranných služeb. Jejich zneužívání ze strany obyvatel dosahuje už neúnosné meze. Současný 90korunový poplatek na pohotovostech už dávno nemá regulační charakter. AČMN navrhuje částku 500 Kč za ošetření na LSPP či výjezd ZZS v případě, kde nejde o akutní stav.

Další smysluplnou úhradou by byl poplatek za hotelové služby při hospitalizaci, např. za stravu, úklid apod. (nikoli za zdravotní péči). Během hospitalizace jsou na vrub zdravotního pojištění přenesené i náklady provozu domácnosti pacienta, která s léčbou nesouvisí.

Zavedení těchto dvou poplatků by mělo být prvním a v současné

době asi nejdůležitějším krokem ke změně. Na tu pak mohou navázat další změny, vč. optimalizace spravedlivějšího nastavení úhrad ze systému zdravotního pojištění mezi poskytovateli zdravotní péče, zlepšení systému vzdělávání lékařů, sester aj. Rozhodně je namísto debata o struktuře poskytovatelů zdravotní péče, kterou ale ve veřejném zájmu musejí řídit zastřešující instituce, nikoli nespravedlivě nastavené tržní mechanismy. A Nemocnice Plzeňského kraje se ztotožňují s výzvou Asociace českých a moravských nemocnic, kterou formou otevřeného dopisu zaslala loni v listopadu předsedovi vlády a ministru zdravotnictví.

Odpovídá Mgr. Petra Adámková, ředitelka, Onko Unie

1. Vyberu si k odpovědi spíše první část otázky, kde mám k dispozici aktuální data o onkologických pacientů. V rámci mapování reálné cesty (resp. „flow“) pacienta systémem naší onkologické péče jsme v období listopad 2023 až březen 2024 realizovali dotazníkové šetření k úvodní fázi cesty, tedy diagnostice. Především, že naše data nejsou reprezentativní ve všech regionech a u všech onkologických diagnóz (zatím, dotazník je stále otevřený), ale pro určení a vysledování trendů v oblasti putování pacientů od praktických lékařů ke specialistům (a někdy i opět zpátky) až na onkologii je lze s touto limitací interpretovat.

Myslím, že nikoho nepřekvapí stručně shrnutí: specialistů není mnoho a s regionálně velmi nerovnoměrným pokrytím, velmi těžko se k nim pacienti objednávat (telefonní kontakt je spíše bariérou než prostředkem k rychlé dohodě a objednání) a pro onkologické pacienty, v jejichž diagnóze hraje velkou roli čas, je často zásadní i mnohdy pokulhávající kvalita péče, resp.



Petra Adámková

zvážení kompetencí, zkušeností, ale i reálných možností daného specialisty a včasné odeslání pacienta na vyšší úroveň pracoviště bez zbytečných průtahů.

2. Podle mého názoru chybí u mnohých diagnóz jasné nastavení správného managementu dané diagnózy napříč systémem. Každý dělá svoji práci, chybí však větší propojenost sítě. Odeslání pacienta na další pracoviště se řídí buď jeho místní dostupností, nebo nastavenou spoluprací, často bez rozdílu v přihlédnutí k závažnosti diagnózy. Vidíme to u onkologických diagnóz, kde hraje životně důležitou roli čas. Chybí jasné nastavení, kam (typ/úroveň pracoviště) má daná odbornost pacienta poslat, nebo např. využívání „statim“ kódů na urychlené vyšetření, přehled navazujících kroků apod. Za onkologii zde vidím velkou úlohu odborných společností a plátců, kteří by mohli definovat „cesty pacienta“ v daných diagnózách jako doporučení pro lékaře na všech úrovních v každém regionu a optimalizovat tak péči.

3. Myslím, že určitě digitalizace pomůže zřehlednit časové možnosti, AI zase kapacitní mož-

nosti (viz například diagnostiku diabetické retinopatie). Z mého pohledu by mohla pomoci změna managementu některých zařízení, důraz na kvalitu péče, ale také zvýšení ochoty některých pacientů např. dojíždět na vyšetření.

Odpovídá MUDr. Martin Polák, primář interního oddělení, Klaudiánova nemocnice, Mladá Boleslav

1. Odpověď na tuto otázku bych rozdělil na dvě oblasti, a to na poskytování ambulantními specialisty v soukromém sektoru a v rámci ambulantních provozů při nemocnicích. Podle současné legislativy je možné se na ambulantní speciality obrátit i bez doporučení praktických lékařů. Pokrytí jednotlivých regionů v ČR ambulantními specialisty je různé – nejhustší síť je samozřejmě ve velkých městech, naopak horší je dostupnost v pohraničí a některých krajích. To vede samozřejmě k situacím, kdy existující ambulantní specialisté vyhlásí „stop“ stav a pacient následně vyhledává péči ambulantních specialistů při nemocnicích. Pro ambulantní speciality je samozřejmě s výhodou, pokud je pacient vyšetřen praktickým lékařem, je proveden odběr anamnézy, fyzikální vyšetření a základní laboratorní a další vyšetření, je stanovena nějaká diagnóza a zahájena terapie. Teprve pokud nastavená terapie není dostatečně efektivní nebo je nutné provést další vyšetření, měl by praktický lékař doporučit pacienta k ambulantnímu specialistovi. Pokud by tento systém fungoval, pak by nedocházelo k prodloužování čekacích dob. Je také důležité zdůraznit, že způsob hrazení péče u ambulantních specialistů je odlišný od způsobu hrazení péče u praktických lékařů. Díky tomu jsou tedy kladeny velké nároky právě na ambulantní speciality, kde úhradová vyhláška ne vždy některým odbornos-



Martin Polák

tem přeje. Jako malý příklad lze uvést rozdílné hrazení péče u internisty a kardiologa u stejných výkonů, jako např. hodnocení EKG. Shrnutí – některým odbornostem se daří lépe, některým hůře.

2. Tento problém jistě nelze vidět černobíle. Dělbá práce v daném regionu samozřejmě závisí na kvalitě poskytované péče praktickými lékaři, jejich sítě, dostatečné sítě ambulantních specialistů, ať soukromých, či při nemocnicích. Obecně řečeno jsme však v současné době svědky toho, že část praktických lékařů do jisté míry rezignovala na svoje povinnosti, tedy pečovat o pacienty v plném rozsahu, vykonávat u nich např. návštěvní službu apod. Velmi často dochází k tomu, že praktický lékař odesílá pacienta se žádankou o převzetí do péče ambulantního specialisty s doporučením, např. zaškrtnutím na žádance kolonky vyšetření a pozn. kardiologické, interní apod. Další informace nejsou vůbec vypsány, je evidentní, že praktický lékař vůbec pacienta nevyšetřil, neodebral anamnézu, neprovedl základní vyšetření. Vrcholem nekolegiality je, pokud praktický lékař ambulantním

specialistům vzkazuje požadavek na vyšetření prostřednictvím pacienta. V regionech, kde je při nemocnici urgentní příjem, pak velmi často dochází k situacím, že po telefonu je pacientovi doporučeno, aby jel do nemocnice, kde mu budou všechna potřebná vyšetření provedena ihned. Důsledkem toho pak dochází k extrémnímu přehlcení urgentních příjmů. Dalším problémem je předání pacientů zpět do péče praktických lékařů či ambulantních specialistů. U ambulantních specialistů je to spíše otázka kapacity, jinak samozřejmě pacienty dále sledují. U praktických lékařů je to ovšem mnohdy velmi obtížné. Někteří praktičtí lékaři o pacienty nechťejí dále pečovat s odkazem, že vše má provádět ambulantní specialista, protože k němu chodí. Odmítají psát chronickou zavedenou medikaci bez preskripčního omezení. Je to tedy v kontrastu k vyjádřením předsedy SPL o tom, že praktičtí lékaři by měli mít větší pravomoc, i k připravovaným změnám MZ v preskripci léků, např. pro DM, Parkinsonovu chorobu, astma apod. Jak jsem řekl, není to černobíle. Jsou samozřejmě praktičtí lékaři, kde toto neplatí, kde se o své pacienty starají, jsou ochotni své pacienty navštěvovat, a dokonce je v domácím prostředí i léčit, bez problémů je po propuštění převzít. Pokud by vše fungovalo bez problémů, tak jak to vidíme u západních či jižních sousedů, tedy např. že praktičtí lékaři se sdružují a poskytují patřičnou péči i v době dovolených, kdy se navzájem zastupují, provádějí návštěvní službu, pak by se samozřejmě zlepšila i dostupnost nemocniční péče a nedocházelo by k přehlcení některých segmentů.

3. Při současném systému poskytování péče je prodlužování čekacích dob realitou. Jak jsem již řekl, souvisí to především s nedostatečným pokrytím primární

péče, nedostatkem ambulantních specialistů a přesunem mnohých výkonů do nemocnic. Dalším faktorem, který vede k prodlužování čekacích dob, je nadužívání, či dokonce zneužívání poskytování lékařské péče. Proč by tomu tak nemělo být? Je jistě pro pacienta výhodné jet přímo do nemocnice nebo si zavolat ZZS. Všechny tyto služby jsou zdarma nebo za minimální poplatek v době ÚPS. Jedním z nejkřiklavějších příkladů nadužívání té nejdražší péče je opakované vyšetřování a přijímání osob, které nadužívají alkohol či jiné návykové látky. Tito pacienti jsou často několikrát za týden přivezeni na UP nemocnice, opakovaně je jim prováděno CT hlavy; pokud nejsou schopni převozu na záchrtnou stanicí, jsou přijímáni na nejdražší lůžko JIP/ARO. Opět vše zdarma! Naše ústava zaručuje rovný přístup ke zdravotní péči všem, a to bez rozdílu, mnohdy samozřejmě zcela zdarma. Je to ovšem správné? Jedna významná osoba řekla, že nejhorší je „dělat rovné mezi nerovnými“. Z mého pohledu je jediné možné řešení zvýšení poplatků za poskytování péče, nikoliv na symbolickou částku, ale naopak v některých případech částku od stovek do několika tisíc korun (zde zvláště při zneužití péče), kdy uhrazení částky bude možné vymáhat i soudně. Jistě je nutné vyřešit problém sociálně slabších skupin, tedy že bude možné uhradit tyto částky z prostředků sociální sféry. Dalším podle mne nezbytným krokem je umožnit vstup soukromého pojištění, tak aby si klient mohl díky tomu dovolit některé služby nad rámec současného pojištění, např. lepší pokoj, přednostní ošetření apod. Za klíčové však považuji uskutečnění radikální reformy českého zdravotnictví, která by zvýšila efektivitu a díky tomu udržela současnou kvalitu lékařské péče. Tato reforma by měla být s přesahelem volebního období, a měla by tedy být dlouhodobého

charakteru. Že to jde, o tom svědčí reformy zdravotnictví ve Švýcarsku či Dánsku. Dalším důležitým krokem je dle mého názoru odpolitizování zdravotních pojišťoven, především VZP. Díky této reformě by mělo dojít k rozšíření primární péče, přesunu péče do ambulantní sféry, zeštíhlení sítě zdravotnických zařízení poskytujících akutní péči a vzniku zařízení poskytujících následnou péči, hospicovou péči. Jistě by mělo dojít k propojení zdravotní a sociální oblasti, vzniku sítě sociálních lůžek a podpore agentur poskytujících péči v domácím prostředí.



Renáta Knorová

Odpovídá MUDr. Renáta Knorová, MBA, ředitelka, Zdravotní úsek ČPZP, předsedkyně, Zdravotní sekce SZP ČR

1. Ambulantní specializovaná péče by měla být místkem mezi primární péčí a superspecializovanou péčí, či péčí lůžkovou. Před pár lety bylo v ČR ambulantních specialistů hodně, postupně nám stárnou, a i když noví přicházejí, roste jejich nedostatek. Potýkají se se stejnými problémy jako ostatní zdravotníci – s nadměrnou administrativní zátěží, technologickými změnami a dalšími výzvami, ale nemyslím si, že se jim všem daří špatně. V ambulantní specializované péči máme široké spektrum odborností, kterým se daří ekonomicky různě, je legitimní, že každý se chce mít lépe. Pokud se podíváme na růst/stagnaci úhrad přes úhradovou vyhlášku, tak lze chápat, že sami ambulantní specialisté necítí, že jsou výhercem systému.

2. Nemáme. Dělení péče mezi nemocnicemi, ambulantními specialisty a praktickými lékaři v České republice má své přednosti i nedostatky. Záleží na mnoha faktorech, včetně dostupnosti zdravotní péče, geografického

informací o pacientovi, narušení návaznost péče a zvyšovat nákladovost péče.

3. A priori bych do jedné věty nedávala prodluzování čekacích dob = vybírání přímých plateb. Neděje se tak všude, jsou kraje, odbornostní, regionální rozdíly. Řešení? Chce někdo v ČR řešení? Kdyby ano, už by tu bylo. Jedním z mnoha možných řešení by bylo interpretaci zákona o svobodné volbě lékaře ponechat jen na volbě primární péče a dále mít možnost chodit k ambulantnímu specialistovi pouze na základě doporučení praktického lékaře. Nutná by byla povšechná „inventura“ všech dispenzarizovaných pacientů ve specializovaných ambulancích, někteří ze zvyku nebo z jiných důvodů chodí s banalitami opakovaně do specializovaných ambulancí. V nich pak nemají prostor na nové nebo složitější pacienty a všechny akutní stavy odesílají jinam (podtýkám, netýká se plošně všech regionů a ani všech odborností). Další možností řešení je připomenout povinnost ošetřit akutní stavy, sankcionovat nepřijetí akutního pacienta, mít povinně vyhrazené ordináční hodiny na akutní či nové pacienty.

V případě vybírání přímých plateb platí, že dokud je někdo zaplatí, tak budou existovat, reálný nástroj na kontrolu zdravotní pojišťovna nemá. Ke zvážení je, proč související platby zakazovat. Proč neřící, co je hrazená služba a kdy je poskytována „bezplatně“. Neměl by se rozsah „bezplatné péče“ v mezích zákona podrobit analýze? Inspirovat se v okolních zemích EU? Politická vůle na omezení rozsahu „bezplatnosti“ ovšem schází, a tak jsou ze solidárního zdravotního pojištění hrazeny i služby, které se zlepšováním zdravotního stavu pojištěnců mají mnohdy málo společného.

DOČKÁ SE EVROPSKÁ UNIE PÁTÉ SVOBODY? VÝZKUM A INOVACE MUSEJÍ HRÁT V EU MNOHEM ZÁSADNĚJŠÍ ROLI, VZKAZUJE NOVÁ ZPRÁVA EVROPSKÝM POLITIKŮM

Mgr. Eva Karásková, Policy & Communication Lead, MSD Česká republika

Před měsícem se Občan v síti věnoval diskusi o tom, co českému zdravotnictví dalo a případně vzalo dvacet let v Evropské unii. Podobná reflexe v duchu Kam kráčíš, Evropo nicméně probíhá i na straně orgánů Evropské unie. Jedním z významných příspěvků do debaty je před měsícem publikovaná zpráva bývalého italského premiéra Enrica Letty, kterého v loňském roce pověřili premiéři zemí EU, aby pro novou Evropskou komisi a Evropský parlament, jenž vzejde z červnových eurovoleb, připravil zprávu o stavu základního stavebního kamene EU, staršího než euro nebo hranice bez pasových kontrol, tedy vnitřního trhu EU. Ten totiž začíná v geopolitické a geoeconomické realitě současného světa a pod záplavou předpisů a stále rostoucích administrativních povinností prokazatelně ztrácet dech. Letta měl proto také navrhnout, jak to napravit.

Zkušený politik si tento úkol vzal k srdci a objel 65 evropských měst, kde na více než 400 setkání mluvil s mnoha lidmi od politiků přes akademiky a odborníky až po běžnou veřejnost (v lednu navštívil i Prahu). Výsledkem je téměř 150stránkový dokument s názvem „Mnohem více než trh“, který teď v dubnu odprezentoval svým zadavatelům – a ti zprávu podpořili a vyzvali Evropskou komisi, aby se jejími závěry a doporučeními zabývala. Letta mimo jiné prohlásil, že v době svého vzniku, tedy v 80. letech minulého století, vnitřní trh v podobě, jak ho

známe nyní, adekvátně a úspěšně zareagoval na realitu tehdejšího světa. Ten je však již minulostí, a proto nastal čas na změnu.

Proč se o tom zmiňujeme v naší rubrice? Letta je totiž přesvědčen, že debata o budoucnosti vnitřního trhu EU, který má udržet Unii na předních příčkách globálního ekonomického i politického žebříčku, se neobejde bez témat, jako jsou ochrana veřejného zdraví, dostupnost zdravotní péče, odolnost zdravotnických systémů, využití nejmodernějších technologií a dat ve zdravotnictví nebo podpora zdravotnického výzkumu a inovací. A to už je v kontextu dosavadních diskusí o fungování vnitřního trhu EU docela novinka.

Výzkum, inovace, znalosti a vzdělání, to jsou oblasti, kam je třeba napnout síly především, je přesvědčen bývalý italský premiér. Jde podle něj o hnací motor hospodářského rozvoje i společenského a kulturního pokroku. A to natolik zásadní, že do zakládacích smluv EU by měla přibýt vedle svobody pohybu osob, služeb, zboží a kapitálu i svoboda pátá: **svoboda bádání, zkoumání a tvoření ve prospěch lidstva bez hranic a dalších překážek**. Vytvořením společné vize a k tomu potřebné průmyslové, technologické a výzkumné infrastruktury, odstraněním byrokratických překážek na unijní i národní úrovni a aktivní podporou přeshraniční spolupráce by měl být kultivován živý ekosystém odborníků, kteří budou sdílet své znalosti a posouvat Evropu vpřed. Oblast klinického výzkumu a biotechnologií nevyjímaje.

„Mezi sektory, které mají z páté



Eva Karásková

svobody těžit, přímo vyčnívá sektor zdravotnictví,“ pokračuje Letta. Jedná se totiž o oblast, jež podle něj potřebuje „významnou revitalizaci“, jak ostatně podtrhla i nedávná covidová pandemie. Roste závislost na mimoevropských dodavatelích, evropské talenty migrují mimo EU, rapidně klesá porodnost, mění se demografické složení evropské populace a lze očekávat další zdravotní krize, vypočítává autor zprávy. A dodává, že tomu nepomáhají ani přetrvávající nerovnosti mezi zeměmi EU v délce dožití nebo dostupnosti primární péče, diagnostiky a léčby.

„Je třeba odstraňovat překážky ve sdílení znalostí a harmonizovat přeshraniční toky dat,“ apeluje Letta, který vidí ve využívání moderních technologií, jako je umělá inteligence, a dat obrovský potenciál. Podporuje plán na vznik evropských prostorů pro sdílení dat v klíčových odvětvích – po vzoru Evropského prostoru pro zdravotní data (EHDS). Ten je podle Letty „klíčovou iniciativou“ EU, nepostradatelnou pro pokrok ve zdravotnickém výzkumu a vývoji a lepší plánování zdravotní péče. Zdůrazňuje také potřebu zachovat konkurenceschopnost Evropy v oblasti farmaceutického průmyslu a vrací se k vizi představené ve Farmaceutické strategii pro Evropu z roku 2020. „K tomu, abychom



Autor zprávy o budoucnosti vnitřního trhu EU Enrico Letta (vlevo) na tiskové konferenci s předsedou Evropské rady Charlesem Michelem po jednání předsedů vlád zemí EU v Bruselu dne 17. dubna 2024. Foto: Evropská unie

dokázali čelit nepříznivým změnám na mezinárodním trhu, zejména těm, které mají dopad na patentovou politiku a atraktivitu výroby, potřebujeme pružný a snadno použitelný nástroj,“ píše.

Letta si velmi dobře uvědomuje, že to vše se může podařit jen díky aktivní spolupráci těch, kteří o tom něco vědí a něco umějí. Volá proto po aktivní podpoře partnerství veřejného a soukromého sektoru a propojení veřejných a privátních zdrojů a odborných znalostí. Podporou spolupráce mezi různými stranami, včetně průmyslu, akademické obce nebo poskytovatelů zdravotní péče, lze využít silné stránky každého sektoru k vývoji nových léčebných postupů, zlepšení přístupu ke zdravotní péči a řešení hlavních společenských zdravotních problémů. Taková partnerství ale potřebují dynamický ekosystém, jenž podpoří inovace, ale

zároveň uspokojí rozmanité potřeby pacientů, zdůrazňuje.

Celou jednu kapitolu Letta věnuje posílení odolnosti evropského zdravotnictví. Poukazuje na úspěch Evropského plánu boje proti rakovině, který by se mohl stát modelem pro další oblasti, jako jsou duševní zdraví, antimikrobiální rezistence nebo neurodegenerativní onemocnění. Výslovně zmiňuje očkování jako „kritický nástroj pro prevenci (šíření) virů a nemocí“ a vyzývá k přijetí evropského očkovacího průkazu. Apeluje také na rozvíjení programu PRIME, který má prioritizovat a urychlovat hodnocení a vstup průlomových terapií na evropský trh, podobně jako je tomu v USA. Vyzývá k podpoře větší integrace v oblasti poskytování zdravotní péče a zajištění udržitelného přístupu k ní pro všechny občany Evropské unie.

Zpráva se věnuje i tématu veřejné podpory. Podle Letty by se měla stát méně nástrojem národních potřeb, jež vnitřní trh EU dále fragmentují, a místo toho se více přesunout do podoby řešící potřeby evropské. Státní pomoc má být výjimkou, nikoli pravidlem, je přesvědčený Letta a navrhuje, aby státy věnovaly část peněz určených na veřejnou podporu na společné evropské projekty. Stručně řečeno, funkční vnitřní trh je pro Evropskou unii a udržení její pozice na globálním hřišti naprosto klíčový. „Vnitřní trh potřebujeme,“ uvedl Letta v dubnu pro zpravodajský server Politico. „Ale musí umět ukázat zuby,“ dodal vzápětí. Zda jeho vize bude inspirovat i nové europoslance a komisaře, to ukážou příští léta. Osobně jsem velmi ráda, že veřejné zdraví a inovace figurují v těchto úvahách na předních příčcích.