

Rok 2025 v primární péči: týmové praxe a lepší prevence

Je obdivuhodné, jak se primární péče etablovala mezi vysoce prestižní medicínské obory. Od převážně úřadujících obvodních lékařů před 35 lety ušla specializace všeobecný praktický lékař nedozírně dlouhou cestu. Chceme se však snad vrátit ke státním poliklinikám? Určité náznaky tu jsou. Společně s MUDr. Petrem Šonkou, předsedou Spolku praktických lékařů, věříme, že zdravý rozum zvítězí a že se opravdu vrátet nechceme. I tomuto tématu se MUDr. Šonka v našem bilančním rozhovoru věnoval.

Pane doktore, co považujete za největší úspěchy primární péče v loňském roce?

Rád bych zmínil dvě nejdůležitější věci: zrušení preskripčního omezení „L“ a týmové praxe.

Zrušení preskripčního omezení „L“ považuji za jeden z největších počinů ministra Válka. Český systém preskripčních omezení, který praktickým lékařům neumožňoval předepisovat více než polovinu přípravků dostupných na našem trhu, je naprostou anomálií, která nemá v Evropě obdobu. Téměř dvacet let jsme usilovali alespoň o odstranění preskripčních omezení skupiny L. Za ta léta jsme si vyslechli od ministerských úředníků, ředitelů SÚKL a představitelů odborných společností spoustu zástupných argumentů a nejrůznějších záminek a bizarních důvodů, kterými obhajovali neobhájitelný status quo. Žádný ministr zdravotnictví neměl odvahu tomuto jednotnému šiku čelit. Dokázal to až pan ministr Válek, za což mu patří velký dík, a mrzí mě, že tento v českých poměrech skutečně revoluční krok nebyl doceněn. Pro nás to je důležitá věc, protože jde zhruba o tisíc léků, které mohou nově od 1. 7. 2024 praktičtí lékaři předepisovat. S odstupem více než půl roku můžeme s klidem říci, že se nenaplnily černé scénáře dramatického dopadu na rozpočet pojišťoven ani obavy z poškození zdraví pacientů, kterým budou praktici nesprávně indikovat léky. Nestalo se vůbec nic, tedy až na to, že se řadě našich pacientů zjednodušil život a mají dostupnější zdravotní péči. Samozřejmě se to neobešlo bez třecích ploch s některými odbornostmi. Nejvýrazněji se proti této změně vymezili diabetologové, naopak řada odborných společností toto naše úsilí podpořila, za všechny bych rád jmenoval kardiology.

Dobrá, a co byste rád řekl k týmovým praxím?

O týmových praxích jsme už dlouho mluvili, nejprve jako o sdružených praxích, ale termín „týmové“ lépe vystihuje podstatu věci. Přívlastek „sdružené“ trochu evokoval proces slučování již existujících pracovišť, což se v realu určitě neděje, to jsou spíš naprosté výjimky.

A hlavně to vyvolávalo negativní pocit, že by to mohlo vést k jakési koncentraci péče a mizení z periferie. My se snažíme o pravý opak, totiž aby týmové praxe posílily nebo umožnily rozšířit kapacitu stávajících praxí, a to zejména v oblastech s velkým počtem pacientů a vysokým tlakem na praxi. V roce 2024 jsme se zdravotními pojišťovnami a ministerstvem dosáhli shody na definici a parametrech týmové praxe. To umožnilo vytvořit úhradový mechanismus, který tento typ poskytování primární péče podporuje. Jen za letošní leden byl pojišťovnami schválen tento typ úhrady pro více než 100 ordinací praktických lékařů a další desítky na schválení čekají. Ukazuje se tak, že námi navržený model je životaschopný. Jsem si jist, že týmové praxe se v blízké budoucnosti stanou dominantním způsobem poskytování péče v segmentu praktických lékařů. Čeká nás ale ještě spousta práce na kultivaci úhradového mechanismu a rozvoji konceptu týmových praxí. Toto je jen začátek.

Jak byste představil model týmové praxe?

Mělo by jít o jedno pracoviště, kde je více ordinací, více vyšetřoven a pracuje tam více lékařů a více sester. Jejich pracovní doba se nemusí překrývat v celém rozsahu, ale v době, kdy je největší tlak na ordinaci, by tam mělo být přiměřeně více lékařů a v periferních částech pracovní doby už

stačí pokrýt zdravotní služby jen jeden lékař. Rozšíří se tak i časová dostupnost. Z naší definice vyplývá, že se jedná o jedno místo poskytování služeb, které může mít detašované pracoviště, které je v dojezdu kolem 15 minut, zhruba do deseti kilometrů.

Na pracovišti definujeme navýšení týmové praxe o určitý úvazek – maximálně o dva celé úvazky. To znamená, že v týmové praxi pojišťovny hradí maximálně tři úvazky lékaře. Samozřejmě je možné i menší navýšení úvazku. Minimum je 0,2, tedy jeden den v týdnu. Kritéria pro týmové praxe jsou poměrně tvrdá: praxe musí mít minimálně 30 ordinčních hodin týdně rozložených do pěti dnů a musí mít minimálně 1 800 registrovaných pacientů na jeden úvazek lékaře. Zjednodušeně: rozšíření o úvazek 1,0 představuje závazek k registraci dalších 1 800 pacientů, tedy na celkový počet 3 600 s tím, že za kalendářní rok přibude minimálně 200 nových unicitních (jednicových) pacientů.

Úhradový dodatek se v rámci dohodovacího řízení stanoví pro následující rok. První týmové praxe mohly požádat o smlouvu do konce února se zpětnou platností od ledna 2025. O smlouvu lze žádat v průběhu celého roku. V dalších letech se může situace změnit, kolega může odejít nebo se naplní počet registrovaných pacientů a podpora již nebude nutná. Ještě bychom rádi doladili úhradové mechanismy za rozšíření spektra služeb poskytovaných týmovou praxí.

Zaznamenal jste reakce současných praxí?

Stávající ordinace mohou definici a stanovení úhrady týmových praxí vnímat jako signál, že tu dochází ke změně. Všichni na to pochopitelně nedokázali zareagovat během dvou měsíců, protože nějakou dobu trvá, než najdete spolupracovníky, není jednoduché zařídit vhodné prostory a jsou zapotřebí investice. To nejde udělat z týdne na týden.

Doufám, že to opravdu pomůže přivést do práce lidi, kteří teď stojí mimo systém – kolegyně na mateřských dovolených, které nemohou pracovat pět dní v týdnu, kolegy v mladém důchodovém věku, kteří už přestali provozovat svou praxi, ale ještě se jim nechce úplně do penze. To pomůže zvýšit kapacitu a dostupnost primární péče. Ale hlavně, podle mne to je ideální způsob generační obměny – možnost, jak si vychovat svého nástupce a předat mu praxi bez přerušení kontinuity.

Co byste rád dotáhl v letošním roce?

Rádi bychom pokračovali ještě v rozvoji týmových praxí a přípravě multidisciplinárního týmu, který by byl veden praktickým lékařem a tvořen větším množstvím zdravotnických pracovníků. Samozřejmě už teď týmová praxe umožňuje spolupráci lékaře plně kvalifikovaného a do úvazku se dá počítat i lékař po kmeni anebo lékař s atestací z jiného oboru, který se rekvalifikuje na praktického lékaře. Doposud nebyl způsob, jak rekvalifikanty během specializační přípravy zaplatit.

Pracujeme taky s myšlenkou terénní sestry, což by měla být plně kvalifikovaná sestra, která zná pacienty z ordinace a která by byla schopna k nim jezdit na návštěvy. Terénní sestra by měla umět zajistit vyšetření křehkých seniorních pacientů, znát dobře sociální prostředí pacientů, poznat, zda se jedinec zhoršuje nebo zlepšuje, dokázat vyhodnotit,

jestli je ohrožen rozvojem onemocnění, například duševního, poznat i týraného seniora a podobně.

Kromě běžné sesterské péče, kterou zajišťuje i home care, to znamená třeba ošetření bércového vředu, odběru krve a dalších výkonů, by sestra měla mít přesah do zdravotně-sociálního pomezí, do komunitní péče, měla by být schopna zkoordinovat rodinu s pečovatelskou službou.

Myslím si, že by se na ni do budoucna dalo delegovat mnoho kompetencí, třeba v posuzování zdravotního stavu pro účely například sociálních dávek či bezmocnosti.



Foto: Matěj PR

MUDr. Petr Šonka, předseda Spolku praktických lékařů

Ale existují i další iniciativy směřující ke koncentraci pracovišť primární péče.

Ano a musím říct, že jsme v rozporu s tím, co ministerstvo navrhlo do aktualizace původního projektu Zdraví 2030, který se má prodlužovat do roku 2035. Už na schůzce na Hradě jsme odmítli vznik multidisciplinárních center primární péče ve velkých městech, což nám evokuje návrat ke střediskům OÚNZ. Vznik těchto center primární péče ve velkých městech by měl být podle ministerského návrhu financován z prostředků Evropské unie. Ve velkých městech je dostupnost primární péče dobrá, potřebujeme podpořit vznik a mnohdy spíše udržení venkovských praxí nebo praxí v menších městech, kde chybějí.

Možná se autoři tohoto projektu inspirovali ve Španělsku, kam loni pořádala WHO pracovní cestu, již se kromě ministerských úředníků účastnili i naši kolegové z profesních a z odborných organizací praktiků. Španělská centra opravdu připomínají naše socialistická střediska, která disponují týmem sester a podpůrného personálu, ale praktický lékař tam nemá zdaleka takové jako kompetence, jako má u nás. Nejsou ani tak přístrojově vybavená. Když se kolegové ptali, jestli mají v ordinaci nějakou POCT diagnostiku, třeba alespoň CRP, dívali se na ně s úžasem a nevěděli, k čemu by to bylo. Taková centra primární péče vidíme jako cestu zpátky. Jde o národní zdravotní službu, kde je lékař zaměstnancem a pacient si lékaře nemůže vybrat. Obvodní lékař je mu určen podle místa bydliště. Starší z nás si to ještě pamatují z dob socialismu a jistě si vybaví, jak to chodilo za časů OÚNZ a proč jsme z mnoha dobrých důvodů tento systém v devadesátých letech opustili. Představa, že bychom se k němu měli vracet, je děsivá, stejně jako neznalost poměrně nedávné historie ze strany ministerských úředníků, kteří s takovým návrhem přišli. Ve Španělsku mám shodu okolností řadu dobrých přátel, tak vím, že všichni, kdo mají jenom trochu peněz, si platí privátní pojištění a čerpají zdravotní služby mimo systém státního zdravotnictví. Troufnu si tvrdit, že kvalita naší primární péče je podstatně vyšší a inspirovat bychom se měli v zemích, které jsou v primární péči na špičce, například v Nizozemsku nebo třeba v Dánsku.

Plánujete další rozvoj týmových praxí?

Rádi bychom ze vzorových týmových praxí, které mají veškeré vybavení a zkušeného školitele, udělali i školící centra pro praktiky. Ideální by bylo, kdyby v každém okrese existovalo jedno nebo dvě, kde se budou praktičtí lékaři školit kontinuálně a na profesionálnější úrovni. Kromě postgraduálního vzdělávání by se měla centra věnovat také vzdělávání pregraduálnímu a ukázat medicím podstatu primární péče a to, že práce praktického lékaře je důležitá, atraktivní a krásná. Ministerstvo chce žádat dotace pro 20 multidisciplinárních center ve velkých městech a počítá s dotací 60 milionů korun na vznik jednoho takového centra. Ale pokud by se částka 1,2 miliardy investovala do primární péče, bude to znamenat jakési pokropení živou vodou a dojde k rozvoji primární péče na venkově a v malých městech. Primární péče je jediným segmentem zdravotní péče, do kterého od změny systému v devadesátých letech žádné investice nešly. Nesáhli jsme si ani na peníze z fondu obnovy po covidu, které Evropská unie poskytla na obnovení zdravotní péče a zlepšení zdravotní péče bez ohledu na to, jestli je to ambulantní, nemocniční

sektor, jestli je to soukromé, nebo státní zařízení. Takže bychom byli moc rádi, kdyby se v příštím plánovacím období myslelo při čerpání evropských dotací na primární péči.

Co plánujete pro letošek kromě týmových praxí?

Na konci ledna 2025 jsme poslali na ministerstvo návrh na změnu vyhlášky o preventivních prohlídkách u praktických lékařů a doufáme, že se nám ji podaří prosadit v prvním pololetí tohoto roku. Platná vyhláška z roku 2012 je už obsoletní a oprávněně se jí vytýká, že obsahuje velmi málo laboratorních vyšetření pro záchyt preventabilních metabolických a kardiovaskulárních onemocnění. Například glykemie se nyní vyšetřuje při poslední prohlídce u pediatra nebo při první u praktika a pak ve třiceti a čtyřiceti letech. To je zcela nedostatečné vzhledem k epidemii cukrovky v ČR a k tomu, že se začíná projevovat u stále mladších osob. To platí i o dalších onemocněních a považujeme za důležité, aby se na ně preventivní prohlídky zaměřily a rizikové faktory hledaly dříve a s častější frekvencí tak, abychom dokázali těmto onemocněním ideálně zabránit, anebo alespoň včas zahájit jejich léčbu, abychom předešli rozvoji závažných komplikací.

Kromě glykemie a lipidogramu by se v určitém věku měl kontrolovat také lipoprotein(a) a NT-proBNP ve snaze zachytit u asymptomatických pacientů počínající chronické srdeční selhání. Zaměřujeme se také na chronické onemocnění ledvin, kdy častěji hodnotíme poměr albumin/kreatinin. K fyzikálnímu vyšetření se přidá obvod pasu. Dříve a s častější frekvencí se bude dělat EKG. Je to v souladu s doporučeními kardiologů a nefrologů a plníme tak jeden ze specifických cílů Národního kardiovaskulárního plánu.

Součástí prohlídky je i kontrola účasti pacienta na všech preventivních a screeningových programech a programech časného záchytu, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Výrazně jsme upravili závěr prohlídky, v němž by mělo být zhodnocení klinického a laboratorního nálezu, včetně stanovení diagnóz, zařazení pacienta do dispenzárních skupin, návrh disease managementu chronických onemocnění, návrh individuálního očkovacího plánu a návrh léčebných a režimových opatření, včetně edukace pacienta.

Taková prohlídka bude určitě náročnější, ale taky podstatně smysluplnější. Sociologický průzkum potvrdil, že jedním z důvodů, proč lidé na preventivní prohlídky nechodí, zejména v mladém věku, je pocit, že prohlídky jsou pouhou formalitou bez skutečného významu.

Stanoví tento návrh i časový rozvrh prohlídek?

V České republice mají dospělí pacienti nárok na preventivní prohlídku jednou za dva roky. Existují názory, že u pacientů v mladším věku by preventivní prohlídky nemusely být tak časté. My frekvenci preventivních prohlídek měnit nechceme. Upřímně si nemyslím, že je špatně jednou za dva roky udělat inventuru zdravotního stavu i u mladého a dosud zdravého pacienta, který jinak přijde do ordinace spíše výjimečně. Při frekvenci prohlídek jednou za pět nebo za deset let se ztrácí kontakt s pacientem v období, kdy by bylo nejefektivnější ovlivnit jeho životní styl. Vzhledem k tomu, co jsme si řekli o tom, že se preventabilní onemocnění začínají v důsledku životního stylu projevovat ve stále mladším věku,

prodloužení intervalů mezi prohlídkami na více než dva roky podle mého názoru smysl nedává.

Praktičtí lékaři se věnují prevenci, screeningu, výuce, jsou zatíženi administrativou. Zbývá jim vůbec čas ještě na terapii?

Ano, zbývá. To všechno, o čem jsme mluvili, má jeden sekundární efekt: nutí vás udělat si v práci systém a stanovit priority. Disease management chronických onemocnění mě nutí mít pacienty kompenzované, naočkované. Když to zvládnou, ubude pacientů s komplikacemi.

A hlavně se tím zvýší kvalita života pacientů. Pacient by měl mít pocit, že u praktika opravdu dostává to, co potřebuje, a neměl by vyhledávat péči jinde.

Dříve chodili hypertonici každý měsíc pro léky. Dnes jsou standardně zváni po třech měsících, a pokud jde o spolupracujícího kompenzovaného člověka, pak si ho klidně pozvu po půlroce. Přichází čas, kdy pacienti budou schopni exportovat hodnoty krevního tlaku online.

Pak bude stačit roční kontrola s EKG a laboratoří. Totéž by se asi dalo říct u prediabetiků. Mnoho z nás začíná používat například virtuální sestry, které samozřejmě nedokážou vyřešit medicínský problém, ale převzou správu patientských požadavků. Trochu pomáhá i distanční péče, která odfiltruje část banálních věcí, kvůli nimž pacient nemusí přijít do ordinace. Tady je namístě opatrnost, protože mnoho pacientů i chronicky a vážně nemocných by nejraději do ordinace vůbec nechodilo.

Stále nás zatěžuje obrovské množství administrativy. Velmi by nám ulehčilo práci, kdybychom nemuseli vystavovat a ukončovat neschopenky, například pro banální nachlazení. Stále jsme národ, který má na světě snad nejvíc činností, jež jsou podmíněny posudkem lékaře. Ke kuriózním patří třeba lékařský posudek, zda člověk může vykonávat činnost lesní či vodní strážce, tedy fungovat jako porybný. Řada činností je sice podmíněna lékařským posudkem, přitom ale neexistuje norma, která definuje požadavky na zdravotní způsobilost pro tuto činnost. Zkrátka to nedává smysl, ale znamená to spoustu zbytečně vynaložené energie, času a peněz.

A co elektronizace praktického lékařství?

Zvěsti, které nepravdivě tvrdí, že s elektronizací na tom jsou praktičtí lékaři nejhůř ze všech odborností, mě doveďou rozčítit. Každý praktik má počítač, každý s ním pracuje, nikdo už dneska neumí odeslat data na pojišťovnu jinak než online. Všichni praktici vyplňují elektronický očkovací průkaz. Profesor Dušek nás všude chválí, jak to funguje hladce a výborně. Nyní stejným způsobem probíhá hlášení ARI/ILI. To jsou dobré příklady elektronizace. Mnozí doktoři ani nevědí, že něco hlásí, protože údaj se odesílá po zadání kódu diagnózy ze softwaru automaticky. Tak má podle mě vypadat elektronizace, nesmí lékaře zatěžovat jakoukoli činností navíc a má respektovat způsob práce lékaře a přizpůsobit se mu; mnohdy je to ale naopak a lékař se musí přizpůsobovat IT systému, což pochopitelně nedělá nikdo rád. Mimochodem, automatizované hlášení ARI/ILI nás všechny pobavilo, protože prvních několik týdnů po tom, co se zavedlo, se ozývaly zděšené hlasy z krajských hygienických stanic, že se toho hlásí hrozně moc a že to vůbec neodpovídá tomu, co se hlásilo dřív. No, dříve se hlásilo

po telefonu, takže v momentě, kdy jsme měli plné ruce práce, zavolal někdo z hygieny a zeptal se, kolik jste měli takových a takových onemocnění. Takže se člověk podíval z okna a něco „vystřelil“. A ukázalo se, že jsme to všichni hrubě podceňovali, že realita je úplně jiná.

Proto tedy říkám, že praktici jsou vlastně premianty v elektronizaci. Mnoho praktiků používá e-zprávu a frekvence jejího používání roste. Mám nasmlouvaný kostní densitometr a vyšetřuji pacienty pro gynekology a pro praktické lékaře z okolí v rámci populačního záchytu osteoporózy. Přístroj mám rok v provozu a nálezy z vyšetření posílám elektronicky prostřednictvím e-zprávy. A za celou tu dobu jsem zaznamenal pouze dva kolegy, kteří e-zprávu nepoužívají a nebyli schopni přijmout lékařskou zprávu elektronicky. Myslím, že je to na venkovský okres velmi pěkné.

Smutné je, že se celý ambulantní sektor elektronizuje za své. U nás si náklady na elektronizaci hradíme z toho, co nám zdravotní pojišťovny zaplatí za zdravotní péči, na rozdíl od lůžkového segmentu, kde jsou na to dotace. Žádné finanční prostředky čerpané z miliard určených na elektronizaci zdravotnictví nesměřovaly do ambulantního segmentu. E-zpráva je privátní projekt, který byl postaven za nižší jednotky milionů, jediný náklad pro ordinace představuje certifikovaný elektronický podpis, to je ročně několik stovek korun. Když to srovnáte s výsledky, co dokázal stát s vynaložením miliardových nákladů, je to k smíchu, nebo spíš k pláči. Zatím jsme se nedočkali ani jednotného certifikátu zdravotnického pracovníka a resortního časového razítka, bez nichž nelze vést elektronickou zdravotní dokumentaci a které nám slibují od roku 2012.

Zmínil jste distanční péči, ale telemedicína nabízí další možnosti.

Připravovali jsme určité projekty v rámci centra telemedicíny v Olomouci, což nyní utichlo. Uvítali bychom telemedicínský konzultační tým praktického lékaře. To znamená, mám-li u sebe pacienta a dospěl jsem k názoru, že potřebuji akutní konzultaci kardiologa, včetně vyhodnocení třeba EKG křivky, měl bych spojení na specialistu, na něhož bych se mohl obrátit. Dávalo by to smysl v mnoha oborech, včetně psychiatrie či onkologie. Praktik by tak mohl dispensarizovat více pacientů a zároveň by se urychlila cesta pacienta ke správnému specialistovi.

Kde vidíte prostor pro zlepšení, co vás trápí?

Mnohdy mám pocit, že těžce a marně bojujeme o kompetence, které by zcela přirozeně měl mít praktik. Naopak stále častěji v péči praktika skončí pacient, u něhož jsem si skoro jist, že praktikovi nepatří – třeba nedoléčený člověk propuštěný z nemocnice s návrhem dalších diagnostických procesů, které má obstarat praktik. V jiné situaci je praktický lékař v krajském městě a úplně jiné je to u venkovského lékaře, který má zařídit CT, magnetickou rezonanci či PET/CT. Téměř mimo realitu.

Na jednu stranu řešíme, zda můžeme napsat moderní léky na cukrovku, na druhou stranu, když v okrese skončí diabetolog a není za něj náhrada, předepisujeme inzulinu, byť péče o diabetika na inzulinu v naší kompetenci není, a to najednou nikomu nevadí.

Marta Šimůnková