


Má-li zdravotnictví fungovat, musí fungovat všechny segmenty primární péče

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|-------|-------------------------|---------|---------------------------|
|  | 10.02.2020 (12:48:07) | Internet | Lékař | Florence.cz - Články | NEZNÁMÝ | Zdraví a zdravotnictví |

Na otázky o úspěších a neúspěších na postu ministra, o aktuálních projektech, elektronizaci zdravotnictví, zvýšení kompetencí sester, pohledu na genovou terapii a zabezpečení nemocnic proti násilí a dalších tématech pro časopis Florence odpovídal ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Uplynula zhruba polovina vašeho volebního období. Mohl byste shrnout, co se vám podařilo, co se vám naopak nepodařilo, v čem vidíte rezervy? Co byste do budoucna ještě rád změnil?

Věcí se určitě dělá celá řada. Pokud bych měl zhodnotit, co se povedlo změnit k lepšímu, tak bych na prvním místě určitě zmínil jistou stabilizaci resortu. Myslím si, že ministerstvo zdravotnictví v minulosti nemělo takovou důvěru, jakou má dnes, ale samozřejmě je stále na čem pracovat. Snažíme se komunikovat se všemi segmenty zdravotnictví, protože nejde jen o nemocnice. Jsou tu lidé z terénu, ambulantní specialisté, praktičtí lékaři, stomatologové a tak dále, je jich celá řada. Chceme, aby se všichni podíleli na rozvoji zdravotnictví a také aby jim rostly úhrady. Není to tak, že vybíráme selektivně jenom nemocnice a ostatní pro nás nejsou tolik důležití. Já osobně jsem přesvědčen o tom, že má-li zdravotnictví fungovat, musí fungovat všechny segmenty primární péče, od domácí péče po specializovaná pracoviště. Myslím, že tento trend se mi za dva roky působení podařilo nastartovat. Aktivizovali jsme takzvané dohodovací řízení o úhradách, se všemi jednáme u kulatého stolu a není to o žádném selektivním vyjednávání. Úhrady meziročně stouply o 35 miliard, což nemá v historii období.

Také je nutné zmínit, že se nám podařilo nastartovat reformu primární péče, která je nejdůležitější, protože se s ní občan setkává nejčastěji. V současnosti se v této oblasti potýkáme se stárnoucími praktickými lékaři. Praktici v minulosti často fungovali jen jako článek, který pacienta přeposílal k jiným lékařům, my chceme rozšířit jejich kompetence tak, aby se o pacienta hlavně starali. Jde určitě o běh na dlouhou trať, ale je to velmi důležité. Pokud nebude fungovat primární péče, tak to například znamená, že nemocnice budou přetížené a skončí v nich i případy, které mají být řešeny například v terénu. Stejně tak se nám podařilo nastartovat podporu domácí péče, která je také důležitá, protože ulevuje nemocnicím. Pacient může zůstat v domácím prostředí a není nucen k hospitalizaci. Povedlo se nám akcentovat segmenty, které předtím nebyly tolik zapojené, byť jsou zásadně důležité pro fungování zdravotnictví. V neposlední řadě se povedlo rozhábat reformu péče o duševní zdraví, která cílí na to, aby pacienti mohli být léčeni v komunitních centrech. Tak budou moci žít plnohodnotný a standardní život za pomoci multidisciplinárních týmů, nebudou muset

být zavřeni v psychiatrických zařízeních. Letos se nám podařilo přesunout asi 1600 pacientů z léčeben do komunitních center.

Poslední, co bych zmínil, je zavedení elektronického receptu. Projekt běží dva roky a zatím se nevyskytly žádné problémy. Lidé si na systém SMS a QR kódů zvykli.

A co se nepovedlo?

Stále se potýkáme s personálními problémy. Je potřeba si přiznat, že situace není nikterak ideální. Jde především o sestry, byť se v poslední době situace začíná stabilizovat a sester neodchází tolik jako dřív. Meziroční úbytek je nižší. Situace se ovšem nedá stabilizovat ze dne na den. Je to na delší běh. Abyste do systému dostali více sester a lékařů, musíte je nejdříve dostat do škol – a tady je ještě jeden úspěch, který jsem zapomněl zmínit: podařilo se nám rozšířit kapacity lékařských fakult. Tím pádem budeme mít více absolventů v horizontu šesti sedmi let. Na personální úrovni nás čeká hodně práce.

Aktuálně pracujeme na změně několika zákonů. Jednak se to týká změny dostupnosti léků – takzvaný emergentní systém, zamezení nelegálního vývozu léků z České republiky –, jednak usilujeme o elektronizaci lékařské dokumentace, aby bylo možné sdílet data mezi různými články v péči o pacienta.

Na co si zdravotnický personál nejvíce stěžuje, co dolehne k vašim uším?

Stesky jsou, byly a budou. V současnosti se nejvíce ozývají ty, které souvisejí s přetěžováním personálu. Jde o sestry i lékaře a otázku přesčasů, což je diskutované téma, byť nesnadno řešitelné. Každý rok se samozřejmě objevuje téma finančního podhodnocení, ale objektivně došlo k nárůstu odměňování zdravotníků. Řada z nich to ocenila a problém nyní vidí jinde než v penězích, tedy v tlaku a přetížení v práci. Řešení je právě v reformě primární péče, která uleví nemocnicím.

Co nejvíce komplikuje práci střednímu zdravotnickému personálu?

Je to jistě celá řada věcí. U sester je to často výše zmiňovaný nedostatek personálu, který ústí v jejich přetěžování. Také narážíme na to, že chybí nižší zdravotnický personál, který by měl právě sestřím usnadňovat práci. Jedná se třeba o fyzicky náročné úkony a podobně. Samozřejmě to není správně a my chceme systém budovat tak, aby sestra byla odborným pracovníkem a nedělala jen úkony fyzického rázu. Má být kompetentní zdravotník a má mít po ruce vyškolený nižší zdravotnický personál.

Měl by fungovat tým a sestra by neměla dělat spektrum prací od úklidu pracoviště po podávání léků. Často se také setkávám s tím, že střednímu zdravotnickému personálu ztěžují práci špatně nastavené kompetence. Právě sestřím se snažíme kompetence rozšiřovat, a tím je více emancipovat. V současnosti zvažujeme podporu komory sester, která by mohla být jakýmsi zastřešujícím orgánem či institucí. Mohla by například pomáhat při dalším vzdělávání.

Často se zmiňuje i otázka administrativy. Tedy že sestra i lékař jsou zavalení haldami formulářů, takže nemohou léčit pacienty, což je jejich primární poslání.

My už jsme kroky pro zlepšení tohoto problému učinili. V minulém roce došlo k redukci ošetřovatelské dokumentace, která byla vedena sestrami. Víím, že v řadě nemocnic říkají, že se snížil objem dokumentace o polovinu. Takže v tomto ohledu se snažíme také odlehčovat. Ale na druhou stranu nějaká administrativa vždycky bude, zdravotnictví se totiž bez administrativy dělat nedá. Musí být nějaká firemní stopa, záznamy, vykazování pojišťovně atd. Otázka je, jestli tuto práci musí dělat sestra, nebo ji může dělat nějaký administrativní pracovník, jehož cestou se právě snažíme jít. V tomto roce spouštíme kurz administrativní pracovník ve zdravotnictví, který by měl po poměrně krátkém školení převzít vedení administrativy od sestry nebo lékaře. Tento krok lze oproti zvýšení počtu zdravotnických pracovníků učinit poměrně rychle.

Kdy by reálně k ulevení od administrativy mohlo dojít?

Zatím vše běží ve zkušební verzi. Ze strany nemocnic, ambulancí a dalších zdravotnických zařízení je o administrativního pracovníka zájem. Kurz není nikterak složitý a požadavkem je pouze maturitou ukončené středoškolské vzdělání. První pracovníci vyjdou ze studia někdy v průběhu jara a pak se mohou zapojit do procesu. Je to skutečně v řádech měsíců nebo roku.

Mluví se o motivačních prvcích pro pracovníky ve zdravotnictví, například o výslužném nebo o dřívějším odchodu do důchodu. Je to reálně možné?

Diskutujeme o tom, dokonce jsme založili pracovní skupinu pro personální stabilizaci, nic takového tu předtím nebylo. Jsou v ní zástupci zaměstnavatelů, odborů a další. Pokud jde o finanční ohodnocení typu výsluh, aktuálně jednáme s ministerstvem financí, pokud jde o dřívější odchod do důchodu, jsme v kontaktu s ministerstvem sociálních věcí. Není to ovšem jenom o penězích a časnějším odchodu do důchodu. Přišli jsme s některými dalšími opatřeními, která se již v reálu zavádějí – jedná se například o psychosociální podporu zdravotníků. Často těch, kteří jsou ve větším tlaku, jmenovitě záchranáři nebo zdravotníci na ARO atd. V řadě nemocnic už psychosociální podpora v praxi funguje. Z mého pohledu je nutné, aby v nemocnici byl někdo, na koho by se zdravotník zažívající emocionální vypětí, setkávající se s vážnými případy mohl obrátit a takzvaně nevyhořel. Psychosociální pracovníci už pomáhali například zdravotníkům po střelbě v ostravské fakultní nemocnici.

Co by podle vás mohlo do zdravotnictví přilákat mladé lidi a motivovat je?

Určitým prvkem jsou jistě finance. Ovšem pro mladé lidi často nejsou peníze na prvním místě, jak pozorujeme. Je to hlavně o tom, že mileniálové a mladší generace chtějí mít „work-life-balance“, tedy nějaké vyrovnaní pracovního a osobního života, často chtějí zkrácené úvazky atd. Pokud se zdravotnictví tomuto trendu přizpůsobí, pak určitě půjde o motivační prvek, který by mohl přilákat mladé lidi.

Jsem přesvědčen, že pro práci ve zdravotnictví musí mít člověk určitý charakter, nemůže zde pracovat úplně každý. Není to přepisování tabulek v kanceláři, čímž tuto práci nechci shazovat, ale ke zdravotnictví musí mít člověk nějaký vztah, musí se chtít starat o druhé, mít to v sobě. V současnosti se právě povolání sestry snažíme prezentovat, probíhají kampaně „Studuj zdravku“ nebo „Nursing now“. Snažíme se ukazovat toto povolání jinak než v negativním smyslu, zdůrazňujeme jeho prestiž a přínos pro společnost. Cílíme tím na mladé, kterým je okolo patnácti a rozhodují se o své budoucí kariéře. Právě kampaně v podobném duchu by je mohly do zdravotnictví nasměrovat.

Jak se díváte na dobrovolníky ve zdravotnictví? Je jejich zapojení přínosem?

Bezesporu ano. Dokonce už jsme spustili některé programy, které mají podpořit dobrovolnictví ve zdravotnictví. Rozdělujeme poskytovatelům dotace, aby rozvíjeli dobrovolnickou spolupráci. Ta samozřejmě v řadě nemocnic fungovala i dříve. Myslím, že je mezi námi mnoho lidí, kteří se takto chtějí zapojit a můžou dělat třeba práci, na kterou sestra nemá tolik času. Dobrovolníci pacientům například čtou, tráví s nimi čas nebo s nimi vyvíjejí pohybové aktivity. Sestra se pak věnuje spíše odborné stránce. Dobrovolníci skvěle doplňují sestry a zvyšují celkovou kvalitu zdravotní péče ze subjektivního pohledu pacienta atd.

Zákaz kouření v restauracích a na veřejných místech už je tu také cca dva roky. Máte nějaké měřitelné výsledky? Mělo to například vliv na snížení počtu pacientů trpících nemocemi způsobenými kouřením?

První data ukazují, že vliv toto rozhodnutí mělo, že se snížil počet pacientů akutně hospitalizovaných pro diagnózy přímo související s kouřením, ať je to třeba astma, infarkt myokardu či další choroby. Vidíme, že od té doby počet těchto pacientů klesá, ale musíme být v prezentaci výsledků obezřetní, protože opatření platí pouze relativně krátkou dobu. Ovšem nemyslím, že se během dvou let nějak zásadně změnilo návyky kuřáků, a například snížení počtu onkologických onemocnění způsobených kouřením se projeví až s delším časovým odstupem, protože kuřák se k nádoru většinou neprokouří během roku, ale jsou to spíš desítky let. Existuje k tomu velké množství studií a poznatků.

Trend je takový, že v čase klesá počet kuřáků obecně, dokonce i dětí, které kouří pravidelně. Určitě to zatím není úplně ideální, protože Česká republika je stále co do procenta kuřáků v první třetině žebříčku zemí EU.

Myslíte, že zvýšení daně na tabák a některé druhy alkoholických nápojů sníží jejich spotřebu?

U cigaret se už něco odpracovalo, ale u alkoholu zatím nikoli. Z hlediska konzumace alkoholu v přepočtu na obyvatele patříme k evropské špičce, a proto prosazujeme opatření, která povedou ke snížení konzumace alkoholu. Kroky konzultujeme s WHO a právě zvýšení daně je jedním z opatření, která vedou ke snížení konzumace těchto dvou komodit. Ale nutno dodat, že to není a ani nemůže být jediné opatření. U alkoholu se daň nezvyšovala asi deset let, a přitom se zvyšovaly příjmy, tím pádem je alkohol levnější a jeho dostupnost

vyšší. Pokud se podíváme okolo po Evropě, tabák i alkohol jsou u nás jedny z nejlevnějších.

Jaká jsou tedy další opatření?

Jedná se například o omezení konzumace tabáku a alkoholu ve veřejných prostorách. Pak je určitě důležité omezení reklamy, na tabák je reklama zakázaná, na alkohol zatím nikoli. Alkohol vidíte všude, na billboardech, v tiskovinách, v televizi i na internetu. My se v současnosti snažíme cílit na redukci reklamy na alkohol. V neposlední řadě je důležitá osvěta. Celkově jde také o běh na delší trať, ale je nutné s tím něco dělat.

Lidé se často ptají, proč omezujeme jejich svobody, že mohou pít a kouřit, jak chtějí. Problém je v tom, že potom se tato „svoboda“ projevuje ve zdravotnictví, kdy vynakládáme obrovské prostředky na léčbu nemocí, které alkohol a tabák způsobují. Alkohol je navíc spojený i s kriminální činností, dopravními nehodami. Dopad na zdravotnictví je fatální. Je tedy v zájmu státu a ministerstva zdravotnictví, abychom snižovali tyto nežádoucí faktory a dbali o zdraví obyvatel.

Co si myslíte o vstupu technologických novinek a informačních technologií do zdravotnictví? Co vám připadá nejpřevratnější?

Jsem velký fanoušek všech technologií obecně, myslím si, že technologie mohou výrazně změnit zdravotnictví. I proto pracujeme na digitalizaci. E-recept je první vlaštovka a už vidíme, že to funguje a že je pro pacienty pohodlnější než předchozí papírové recepty. Je to o digitalizaci a sdílení dat. Dnes se hodně rozvíjejí různé technologie na bázi umělé inteligence a věřím, že to je velký převrat. Umělá inteligence bude schopna číst snímky z magnetické rezonance nebo mamografu, bude schopna vyhodnocovat výsledky možná přesněji než lékař. Je schopna pracovat s obrovskými objemy dat, která si samozřejmě běžný člověk nemůže zapamatovat. Tato práce s velkými daty milionů pacientů, která jsou použitelná v rámci jednoho nástroje v rámci diagnostiky, může být dobrým a převratným nástrojem pro lékaře.

Ve zdravotnictví je ještě jedna oblast, která se rozvíjí, a to je telemedicína. Už funguje i u nás a řada pacientů, kteří jsou například chronicky nemocní, mají kardiologické problémy a podobně, je sledována na dálku a nemusí tak často chodit k lékaři na pravidelné prohlídky. Odesílají svá data přes mobil nebo tablet a lékař je sleduje a vyhodnocuje. To je velmi dobrý nástroj pro medicínu v rámci chronických chorob, které jsou dnes největší zátěží pro zdravotnictví.

A co podle vás genová terapie?

Genová terapie znamená obrovský přelom v medicíně. To, že budeme schopni vyléčit nemoc, kterou zatím vyléčit neumíme, je fascinující. Byl jsem na jedné tiskové konferenci a tam ji jeden z řečníků nazval medicínou snů. Genová terapie je skutečně schopná vyléčit pacienty, kteří by byli léčitelní, ale ne vyléčitelní. Je schopna modifikovat „pošramocný“ gen, a tím pádem eliminovat chorobu. To je něco, co je převratné například u vzácných onemocnění, často nevléčitelných. První preparáty se objevují v oblasti léčby cystické


fibrózy či hemofilie a budou se objevovat další a další. Je to velmi nákladná léčba, v současné době jde o desítky milionů korun za terapii pro jednoho pacienta. Bezesporu se to časem, stejně jako u jiných léků, změní. Musíme posuzovat přínos léků, zda zvyšují kvalitu života pacienta, opírat se o názory odborných společností, a pokud léky přínosné jsou, musíme zkrátka léčbu pacientům zajistit. Léčba může být finančně náročná, ale pacient se vyléčí a může fungovat, pracovat a být produktivní v rámci ekonomiky. Vše má své pro a proti a je to jen o vyhodnocení konkrétního léku. Genová terapie je bezesporu velmi slibná a může v řadě oblastí změnit léčbu pacientů.

Bude možné najít prostředky pro lepší zabezpečení nemocnic?

Je třeba si přiznat, že toho nejsme schopni na sto procent, to nejsou schopni ani nikde jinde na světě. Na druhou stranu nad tím nemůžeme mávnout rukou a ani to neděláme. Diskutovali jsme s ostravskou nemocnicí i dalšími a činíme určitá opatření, aby minimálně nemocnice byly z hlediska ochrany lépe zabezpečeny. Dnes nemocnice vytvářejí bezpečnostní analýzy, na které jim dáváme finanční prostředky, aby identifikovaly bezpečnostní nedostatky, například špatný kamerový systém, a vytvořily krizové plány. To aktuálně probíhá. Také provádějí školení personálu. Ostatně v Ostravě se po školení personál v krizovém případě zachoval přesně, jak měl. Zabarikádoval se v ordinacích, aby se tam útočník nedostal. Je důležité, aby personál věděl, jak v takových situacích postupovat, jak má probíhat evakuace pacientů.

Nechceme z nemocnic dělat vězení a asi by to ani nebylo správné. Je třeba si uvědomit, že nemocnice je obrovský veřejný prostor a chodí tam pacienti, příbuzní, veřejnost, je tam velký obrat lidí. Nedokážu si představit, že bychom každého prohlíželi a kontrolovali jeho osobní věci. To myslím není úplně správná cesta.

Bonifikační program VZP PLUS

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|-------|------------------------|---------|---------------------------|
|  | 11.02.2020 (08:48:12) | Internet | Lékař | Tribune.cz - Články | NEZNÁMÝ | Zdraví a zdravotnictví |

V této poradně uvádíme podrobnosti o jednotlivých modulech programu VZP a také důležité termíny, které je nutné pro účast v programu dodržet.

Bonifikační program VZP PLUS, jehož cílem je řešit konkrétní a aktuální témata, jako je například dostupnost hrazených zdravotních služeb nebo kvalita zdravotní péče poskytované skupinám pojištěnců s vybranými chronickými onemocněními, zahájila VZP ČR

v polovině roku 2019. Program pokračuje i v roce 2020.

VZP PLUS – DOSTUPNOST

Modul VZP PLUS – DOSTUPNOST je určen všeobecným praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost. Jeho smyslem je prostřednictvím finanční bonifikace posílit časovou dostupnost praktických lékařů pro pojištěnce VZP. Podmínkou účasti v programu je splnit stanovené rozložení a rozsah ordinačních hodin, vést funkční objednávkový systém a registrovat na svých pracovištích nové pojištěnce VZP do své péče.

Pokud poskytovatel splní všechny podmínky, získá nárok na bonifikaci, která je realizována ve formě tří plateb:

navýšení kapitační sazby dle rozsahu ordinačních hodin o 3 až 11 Kč u všeobecných praktických lékařů a o 3,50 až 11,50 Kč u praktických lékařů pro děti a dorost,

paušální měsíční bonifikace ve výši 1 500 Kč za každý měsíc účasti v programu,

platba za každého nově zaregistrovaného pojištěnce ve výši 500 Kč.

Bonifikační dodatek bude automaticky nabídnut poskytovatelům, kteří byli v programu zapojeni v roce 2019 a nadále splňují podmínky. Nově budou zapojeni poskytovatelé, kteří zažádají o účast v programu příslušnou regionální pobočku a splní podmínky, a to vždy od 1. dne v měsíci, ve které podepíší úhradový dodatek.

VZP PLUS – STOMATOLOGIE

Modul VZP PLUS – STOMATOLOGIE je určen pro praktické zubní lékaře. Jeho cílem je prostřednictvím finanční bonifikace zlepšit dostupnost hrazených služeb a registrace pojištěnců VZP u praktických zubních lékařů. Program je založen na sledování a hodnocení tří kvalitativních parametrů, které souvisejí s dobrou praxí praktického zubního lékaře, a to registrování nových pojištěnců do péče, hlášení registrací pojištěnců VZP a poskytování pravidelné péče registrovaným pojištěncům.

Na základě plnění těchto kritérií získá poskytovatel nárok na tři bonifikační platby:

bonifikace za nově registrované pojištěnce ve výši 500 Kč,

bonifikace za hlášení registrací pojištěnců VZP ve výši 1 000 Kč za každé registrující pracoviště poskytovatele za každý měsíc účasti v programu,

bonifikace za pravidelnou péči o registrovaného pojištěnce ve výši 40 Kč nebo 60 Kč za každého registrovaného pojištěnce k 31. 12. 2020, a to dle velikosti kmene registrovaných pojištěnců VZP.

Nabídku bonifikačního dodatku obdrží automaticky všichni poskytovatelé praktického zubního lékařství. Pokud jej podepíší do 29. 2. 2020, budou v programu zapojeni od 1. 1. 2020. V ostatních případech budou zapojeni vždy od 1. dne kalendářního měsíce, ve kterém zašlou podepsaný dodatek na příslušnou regionální pobočku VZP.

VZP PLUS zaměřený na vybraná chronická onemocnění

V oblasti organizace a hodnocení kvality péče o pacienty s chronickým onemocněním jsou realizovány tři dílčí programy VZP PLUS:

DIABETES – pro poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství a ambulantní poskytovatele v oboru diabetologie a vnitřního lékařství,

HYPERTENZE – pro poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství a ambulantní poskytovatele v oboru kardiologie a vnitřního lékařství,

OBEZITA – pro poskytovatele v oboru praktického lékařství pro děti a dorost.

Ve všech těchto dílčích programech jsou sledována vybraná kvalitativní kritéria (např. procento pacientů s danou koncentrací glykovaného hemoglobinu, procento pacientů s vyšetřením EKG apod.), která jsou buď splněna plně, částečně, nebo splněna nejsou. Na základě plnění těchto kritérií získá poskytovatel bonifikaci ve výši až 500 Kč za každého sledovaného pacienta s daným chronickým onemocněním.

Bonifikační dodatek automaticky obdrží všichni poskytovatelé, kteří byli zapojeni v roce 2019. Noví zájemci se musejí obrátit s žádostí o účast v programu na příslušnou regionální pobočku nejpozději do 31. 3. 2020.

Další podrobné informace ke všem programům včetně podrobných metodik najdete na webových stránkách www.vzp.cz/vzp-plus.

Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D., vedoucí oddělení ambulantních zdravotnických zařízení

Zdravotnictví není v krizi?! Proberme se!

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|-------|--|--|-----------|
|  | 11.02.2020 (13:50:00) | Tisk | Lékař | MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. - Medical Tribune | MUDr. Jiří Svoboda, primář chir. odd. ON Příbram | Komentáře |

Navzdory deklaracím zdravotních pojišťoven a ministra zdravotnictví, kteří hovoří o neustálém navýšení toku peněz do zdravotnictví a nehrozící krizi, je konečně třeba si nalít čisté víno a upřímně si říci, jak na tom zdravotnictví v ČR opravdu je. Situace je naprosto tristní, a pokud nedojde v krátké době k razantním krokům ze strany MZ a zdravotních pojišťoven, bude brzy katastrofální.

Je evidentní, že současná péče o akutní pacienty stojí a bohužel asi v nepřilíš daleké budoucnosti i padá s nemocnicemi. Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté se starají o nemocné jen v rozsahu své pracovní doby, která představuje jen velmi malou část období, kdy pacienti stůňou. Odpoledne, v noci, o víkendech zajišťují zdravotní péči ZZS a nemocnice. V těchto dvou segmentech je výrazná nespravedlnost v ocenění. ZZS má výkonnostní odměnu, tedy co přivezou, to dostanou velmi pěkně zapláceno, ale nemocnice nikoli. Jsou placeny paušálem a na řadě pacientů ekonomicky prodělávají. Zde je třeba zmínit, že veškerá hodnocení výkonů v nemocnicích, jako je bodové hodnocení a DRG a úhradová vyhláška, která nemají nic společného s reálným oceněním výkonů podle skutečných nákladů, mají za následek, že špatně hodnocené obory, jako je interna a chirurgie, na některé své výkony vlastně doplácují. Je opravdu neuvěřitelné, že nikomu není divné, že akutní osteosyntéza či břišní operace stojí v Rakousku či Německu i třikrát více než v ČR. Ale když cenu výkonu určuje nakupující, tedy zdravotní pojišťovny, pak se asi není čemu divit.

Je zcela nepochybné, že odhadem 80 procent akutní péče o nemocné zajišťují záchranná služba a nemocnice. Evidentně kolabuje LSPP a zubní pohotovost v celé ČR, na hranici zhroucení jsou ústavní služby lékařů v mnoha nemocnicích. Nemocniční lékaři slouží ústavní pohotovostní služby plošně v rozporu se zákonem, ročně v rozsahu průměrně cca 600–900 hodin přesčasové práce. Ministerstvo zdravotnictví a média uvádějí, že průměrný plat lékaře v nemocnici je kolem 70 000 měsíčně, ale pokrytecky zamlčují, že aby takového platu dosáhl, musí ročně odpracovat přibližně 1,5 úvazku. Srovnatelné výdělky mají ambulantní specialisté a praktičtí lékaři. Ale bohužel se na akutní péči nepodílejí vůbec nebo jen jejich velmi malá menšina. Většina z nich neví, co je to ošetřovat akutní pacienty v noci a o víkendech. Jak donutit zubní a ambulantní specialisty a praktické lékaře, aby se podíleli na akutní péči o jejich nemocné? Těžko, proč by se namáhali? Vše odnesou lékaři v nemocnicích. Ale jak dlouho budou tito lékaři ochotni pracovat za ostatní? Víkendy, svátky, noci ošetřovat mnoho pacientů, kteří přicházejí, jak se jim chce, protože je to zdarma, nebo se nechávají dokonce

přivážen ZZZ, protože ta přiveze opravdu vše, odhadem přibližně 30 procent pacientů s naprostými banalitami.

Jak z toho ven? Chirurgii dělám téměř 33 let a jestli jsem se nějak poučil, tak tím, že je třeba nazývat věci pravým jménem. Stanovit správnou diagnózu a nelhat sobě ani pacientovi, protože jiný přístup vede k chybným postupům a špatným léčebným výsledkům.

Takže za prvé je nezbytné, aby byly stanoveny skutečné průměrné náklady jednotlivých výkonů a těmto nákladům byly adekvátní úhrady zdravotních pojišťoven ve všech segmentech zdravotní péče. Není možné nadále tolerovat, aby některé výkony či hospitalizace určitých pacientů byly pro poskytovatele prodělečné.

Za druhé je nutné ze strany MZ, pojišťoven a krajských úřadů zajistit donucovacími prostředky podíl praktických lékařů a ambulantních specialistů na zajištění akutní péče v mimopracovní době. Není to tak složité, jak se zdá. Pokud chce lékař pokračovat ve své praxi, bude muset např. jednou či dvakrát měsíčně odsloužit pohotovostní službu na LSSP, zubní ambulanci nebo odbornou službu v nemocnici, jinak mu nebude prodloužena smlouva s pojišťovnou. Nelze dále akceptovat extrémní zátěž nemocničních lékařů ve službách proti téměř nulové zátěži v mimopracovní době ostatních lékařů. Z hlediska odborného to bude jistě přínos pro ambulantní specialisty. Když tento systém funguje na západ od našich hranic, proč by nemohl fungovat v ČR?

Dalším problémem je administrativa, příkladem budiž nová směrnice ohledně neschopenek. Praktičtí lékaři téměř arogantně trvají na vystavení neschopenky v ambulanci odborného lékaře při prvotním ošetření, včetně odborných ambulancí nemocnice. Praktici však vůbec netuší, co se odehrává v nemocnicích. V nemocnici v Příbrami, kde pracuji, je například v letních měsících na akutní ortopedické ambulanci ošetřeno i přes sto pacientů denně. Pacienti často nevědí, jestli PN chtějí, nevědí, kam půjdou na další kontrolu, protože jsou nespádoví. Ortoped řeší akutní problémy, sádruje, operuje, přijímá těžší pacienty a k tomu by měl spolu se sestrou vystavit třeba 70 neschopenek?! Na druhou stranu, stejný praktik, který si stěžuje, že nebyla vystavena neschopenka, klidně pošle pacienta na chirurgii k vyloučení náhlé příhody břicha s anamnézou tří měsíců neurčitých bolestí břicha, hubnutí. PN mu však nevystaví. Bohužel většina praktických lékařů zcela rezignovala na psaní zpráv o ošetření svých pacientů, zapomněla na to, že oni jsou ti, kteří jsou prvotně zodpovědní za osud svých pacientů, že oni také můžou napsat žádanku na laboratoř, UZ, CT a další vyšetření. Omezí se na velmi stručnou žádanku. Všichni víme, jaká je realita: ad chirurgie, ad interna, ad ortopedie. Takže do nemocnice přichází každý den spousta pacientů na „akutní“ ošetření, přestože by se dala diagnostika dotáhnout ambulantně. A pak pacienta „dovyšetřuje“ zcela zbytečně přehlčená nemocnice.

Aby na Příbramsku byl zajištěn chod LSSP, musejí tyto služby odsloužit nemocniční lékaři, protože jen zlomek praktiků je ochoten sloužit. Aby byl zajištěn chod ZZZ, musejí sloužit lékaři z nemocnice, protože lékařů na záchrance je nedostatek.

Pěkné řeči o tom, jak snížit počet přesčasových hodin nemocničních lékařů lepší organizací péče a služeb v nemocnicích, jsou holým nesmyslem. Statistika je neúprosná. Za posledních

osm let se navýšil počet akutních pacientů ošetřených na chirurgii v Příbrami o 80 procent! Takže k hladkému chodu by bylo potřeba služby posílit. Ale kde lékaře brát, když v některých nemocnicích chybějí v základních oborech i na běžný provoz.

Takže neohlupujme sebe ani laickou veřejnost, zdravotnictví je v hluboké krizi a kolaps je v dohlednu. Segment, který zajišťuje převážnou většinu akutní, a tím nejnáročnější péče o pacienty, tedy nemocnice, trpí významným nedostatkem lékařů i zdravotních sester, je ve srovnání s ambulantním sektorem relativně podstatně hůře placený. Co jsme to za zemi, kde přednosta velké urologické kliniky, špička ve svém oboru, který se podílí i na službách, si může jen nechat zdát o příjmu ambulantního urologa, pro něhož je vrcholem odbornosti obřízka?! K absolutnímu kolapsu chodu nemocnic by stačilo velmi málo, jen dodržovat zákoník práce a limit přesčasových hodin pro sloužící lékaře. Mladí lékaři již nechtějí v nemocnici otročit, když vědí, že jiní lékaři vydělávají více, a přitom v mimopracovní době nehnu prstem. Pěkným konkrétním případem, jak se krize blíží, byl provoz 23. 12. a 27. 12. 2019. Na Příbramsku si drtví většina ambulantních specialistů a praktiků vzala volno, protože krajský úřad již rezignoval na svou roli organizace zástupů. A výsledek?! Všichni akutní a většina chronických pacientů, kteří potřebovali kontrolu či jinou pomoc, vyrazila do nemocnice, kde praskaly ve švech čekárny na interně, chirurgii i ortopedii do pozdních večerních hodin.

Jaké je řešení? Je nutné hledat cesty, jak rozdělit břemeno o akutní pacienty do všech segmentů a pro ty, kteří se o akutní pacienty starají, musí být tato péče ekonomicky výhodná. Zatím je bohužel výhodná jen pro ZZS. Středočeský kraj ročně doplácí, mimo platbu od zdravotních pojišťoven, na provoz záchranky neuvěřitelných 500 milionů! Je nutné výrazným způsobem bonifikovat pracoviště zajišťující nepřetržitý provoz. Jen tak lze zajistit jejich trvalý chod i dostatek kvalitního personálu. Pokud bude práce ve službě opravdu dobře placená, možná přijdou i ambulantní specialisté do nemocnic.


Další kapitolou je finanční spoluúčast pacientů na akutní péči. Občané ČR žijí v blahé představě, že si platí na zdravotnictví ze svých daní dost, takže mohou čerpat zdravotní péči, kdykoli se jim zachce. Vůbec nejsou schopni pochopit, že je zásadní rozdíl, kdy přicházejí k ošetření. Modelový příklad: Klasický český pacient se nezřízeně přecpe na pěkné oslavě a pak jej začne bolet břicho a dostane průjem. Opakovaně chodí na WC a hojně spotřebuje toaletní papír. Ucpe odpad WC, je nucen zavolat večer instalatéra, který problém vyřeší za hodinu práce i s cestou za přibližně 1 500 Kč. Průjem přetrvává, tak si zavolá kolem druhé hodiny v noci ZZS a je transportován do nemocnice. Tam je adekvátně ošetřen lékařem a dalším personálem hluboko v noci a je nespokojen, protože mu naštvaný lékař vyčetl, že s tím průjmem mohl počkat do rána. Lékař pracuje v průměru za 350 Kč za hodinu hrubého v noci. Ale proč by to pacient neudělal, když mu hrozí maximálně 90 Kč poplatku v pohotovosti? Je to naprosto absurdní. Instalatér by se za méně než 1 500 Kč za hodinu nezvedl z postele, protože zde platí pravidla trhu, a mnohem vzdělanější lékař musí v noci ošetřovat pacienta za zlomek této částky, protože jej k tomu systém donutí. Je nezbytné, aby akutní péče v mimopracovní dobu byla drahá, a pacientům je třeba sdělit, že pokud ji budou čerpat, tak za ni adekvátně zaplatí. Ne 90 Kč, ale nejméně 900 Kč. A také je nutné, aby lékař v mimopracovní době, stejně jako sestry, měl slušnou odměnu. Tedy alespoň jako instalatér.

Takže krize zdravotnictví je přítomná a prohlubuje se. Pro nedostatek personálu jsou uzavírána celá oddělení, a to i ve velkých fakultních nemocnicích. Kdyby kraje nedotovaly provoz ZZS významnými částkami, záchranky by velmi rychle zkolabovaly. Dluhy všech fakultních nemocnic, které zřizuje MZ, jsou alarmující. Například výkladní skříň českého zdravotnictví, FN v Motole, je v kumulativní ztrátě 1,5 miliardy Kč! Lékaři plošně porušují zákoník práce, protože jinak by nebyl zajištěn provoz drtivé většiny lůžkových oddělení. A dělají tuto práci za zlomek adekvátní finanční odměny. Nedostatek středního zdravotnického personálu je zoufalý. Když se pokusím o průměr z chirurgické praxe, je to podobná situace jako u perforační peritonitidy. Chirurg musí, bez ohledu na jiné okolnosti, jako je denní doba a vlastní nepohodlí, okamžitě zahájit komplexní péči o pacienta. Urgentně operovat, vyřešit příčinu, provést toaletu dutiny břišní, zajistit terapii sepse. A ví, že když bude jednou rukou hladit pacienta a druhou konejšit příbuzné, poskytne mu v léčbě maximálně Paralen, tak to dopadne špatně. A bohužel právě tak léčí naše zdravotnictví ti, kteří jej řídí. A nalhávají sami sobě, zdravotníkům i veřejnosti, že je vše vlastně v pořádku. Není, a když nedojde brzy k razantním krokům v terapii zdravotnictví, prohloubí se již přítomné problémy a nepochybně dojde k významnému zhoršení dostupnosti i kvality zdravotní péče.

Výše uvedené není kritikou, je nešťastným voláním o pomoc. Ty, kteří by chtěli zpochybnit uvedené, prosím, aby se ve službě, bez ohlášení, zastavili na Bulovce, v Krči, FNKV nebo v Příbrami a viděli na vlastní oči, jak jsou přeplněné čekárny a urgentní příjem a zoufalí lékaři již přestávají řešit stanovení diagnózy a terapie u akutních pacientů, ale řeší především to, kam je uloží. Na pokoj, nebo dokonce na chodbu? Ano, už tak daleko jsme nyní. A co bude dál?!

V Příbrami 4. 1. 2020 (tedy v sobotu ve službě)

Zubní pohotovost zneužívají nezodpovědní pacienti. Došlo proto ke změně

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|------|---|---------|------------------------|
|  | 11.02.2020 (16:05:01) | Tisk | Zuby | Fakultní nemocnice Olomouc - NemMagazín | NEZNÁMÝ | Zdraví a zdravotnictví |

Pacienti s dlouhodobě neudržovaným chrupem, bez akutních potíží, nemající čas na standardní ošetření během dne. A také lidé agresivní, vulgární, opilí, pod vlivem drog. S takovými se často setkávají zdravotníci vykonávající Lékařskou službu první pomoci (LSPP) na Klinice ústní, čelistní a obličejové chirurgie Fakultní nemocnice Olomouc.

Ta jako v současné době jedna z pouhých dvou na Moravě a jedna z mála v celé České republice funguje v nepřetržitém non stop režimu během nočních hodin i o víkendech a svátcích, což vede k četným případům jejího zneužívání. Od 16. prosince loňského roku proto došlo ke změně a zubní pohotovost bude v čase od 22 do 7 hodin poskytována jen v případě život ohrožujících stavů, úrazů nebo krvácení.

Počet ošetřených je čtyřnásobně vyšší

Lékařskou službou první pomoci (neboli též Lékařskou pohotovostní službou - LPS) se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. LSPP tak není určena pro běžné vyšetřovací nebo léčebné výkony, které lze vyžádat v době běžného denního provozu zdravotnických zařízení. V případě zubní pohotovosti však tuto skutečnost někteří pacienti odmítají brát na vědomí a dožadují se i zcela běžných výkonů v jakoukoliv denní a noční dobu. A jejich počet navíc stále stoupá. V roce 2003 vyhledalo zubní LSPP v olomoucké fakultní nemocnici 4189 lidí, o šest let později to už bylo 10 380 pacientů a vloni dokonce 16 938. Ve všední den ošetří na olomoucké zubní pohotovosti v průměru 35 až 40 lidí, o víkendu je jich 90 až 110.

„Pohotovostní službu na naší klinice využívají lidé z celého našeho kraje, kde zubní pohotovost funguje ve velmi omezené míře už jen o víkendech v Šumperku a Jeseníku, ale také pacienti z Moravskoslezského, Zlínského, Jihomoravského a části Pardubického kraje,“ upozorňuje přednosta Kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN Olomouc doc. MUDr. et MUDr. Peter Tvrđý, Ph.D. „Je to dáno tím, že jediná další nemocnice ordinující non stop je v Ostravě-Fifejdách. V Brně, Zlíně a dalších moravských nemocnicích existuje zubní lékařská pohotovost jen v omezeném časovém režimu, pokud vůbec. Tím dochází k tomu, že do Olomouce dojíždí stále více pacientů i z jiných spádových oblastí,“ zmiňuje docent Tvrđý.

Neakutní případy nebudou v noci ošetřeny

Na jím řízené klinice zajišťuje zubní LSPP 16 lékařů a 18 zdravotních sester. „Zejména v dobách dovolených se stává, že personál má často více pohotovostních služeb za sebou bez ohledu na jejich denní zaměstnání, jinak by nebylo možné LSPP zajistit. Všichni pacienti se nicméně dožadují akutního a definitivního ošetření, i když to jejich stav v některých případech nevyžaduje. K tomu se přidávají pacienti s drobnými úrazy zubů nebo dutiny ústní, které nevyžadují hospitalizaci, ale ošetření probíhá vzhledem ke krvácení přednostně. Narůstá počet případů nejen verbální agrese ze strany pacientů, takzvaných nežádoucích událostí. Souvisí to s čekací dobou dvě až tři hodiny, která je jasně dána vysokým počtem příchozích pacientů, když navíc ošetření úrazu nebo dětského nespolupracujícího pacienta vyžaduje delší čas,“ vysvětluje přednosta kliniky.

Právě to je důvodem zpřesnění rozsahu poskytované péče od 22. do 7. hodiny, k němuž došlo 16. prosince loňského roku. „Neznamená to změnu časového rozsahu LSPP, ta u nás zůstává jako v jedné z mála nemocnic zachována v non stop režimu. Ošetření budou vždy pacienti v život ohrožujících stavech, po úrazech, s krvácením nebo závažným rozsáhlým kolemčelistním zánětem ohrožujícím základní životní funkce. Neakutní případy však budou již kategoricky odkazovány na běžné ordinální hodiny, případně ke svému praktickému zubnímu lékaři. Věříme, že pacienti tuto změnu pochopí, protože ačkoliv se takové opatření jeví jako nepopulární, je děláno jednoznačně v jejich zájmu,“ zdůrazňuje doc. MUDr. et MUDr. Peter Tvrđý, Ph.D.

ON-LINE ZDRAVOTNICTVÍ SE VÝRAZNĚ ZMĚNÍ

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|--------------------|--------------------------|-----------|---------------|-------------------------------------|--|------------------------|
| HOSPODÁŘSKÉ NOVINY | 12.02.2020 (01:30:01) | Tisk | Roman Šmucler | Economia, a.s. - Hospodářské noviny | Alžběta Vejvodová alzbeta.vejvodova@economia.cz | Zdraví a zdravotnictví |

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ NESTIHLO PŘEDLOŽIT ZÁKON, KTERÝ MÁ USNADNIT PŘEDÁVÁNÍ LÉKAŘSKÝCH ZÁZNAMŮ. Elektronizace a sdílení dat napříč zdravotnictvím nabírá zpoždění.

Elektronizace a sdílení dat napříč zdravotnictvím nabírá zpoždění. Návrh zákona, který měl zavést jednotné standardy a vytvořit infrastrukturu pro sdílení informací o pacientech, mělo ministerstvo zdravotnictví předložit do konce loňského roku. Podle nejnovějších plánů ho ale vládě pošle nejdřív v pololetí. Na podzim sice vznikla pracovní verze návrhu, ta se teď ale mění v reakci na zpětnou vazbu, kterou ministerstvo dostává od zdravotnických organizací či zdravotních pojišťoven.

Zákon o elektronizaci zdravotnictví má vytvořit platformu, jejímž prostřednictvím budou lékaři a zdravotníci sdílet záznamy o pacientech, aniž by se data musela ukládat v nějakém centrálním registru. V takzvaném indexu zdravotnické dokumentace, tedy v hlavním „rozcestníku“, mají být záznamy o tom, kteří lékaři a zdravotnická zařízení vedou dokumentaci pacienta. Ti, kteří je zrovna ošetřují, si ji tak od nich budou v budoucnu moci několika kliknutími vyžádat. Kromě toho v indexu budou i přání, která pacient vyslovil ohledně léčby.

„Stěží vám dnes popíšeme, jak bude vypadat konečný stav, který půjde do vlády. Dojde ještě k výrazným změnám – není to o tom, že někam doplníme čárku nebo škrtneme půl věty,“ říká náměstek ministra zdravotnictví Radek Polícar.

Už teď je ale jasné, že výsledný zákon bude užší, než se předpokládalo v návrhu jeho věcného záměru zveřejněném na začátku loňského roku. „Ve věcném záměru jsme pojmenovali všechny oblasti, kde by se nám hodila právní úprava, ale nyní se budeme soustřeďovat na to, které části budeme muset bezpodmínečně mít, abychom mohli začít realizovat to, co nám v elektronizaci zdravotnictví chybí,“ popisuje ředitel odboru informatiky ministerstva zdravotnictví Martin Zeman.

Už nyní tak například resort počítá s tím, že finální zákon nebude zavádět souhrn vybraných údajů o pacientovi, který měl sloužit pro případy urgentní péče, tedy například záchranné službě.

Česko dlouhodobě patřilo v digitalizaci zdravotnictví k nejhorším v Evropě. Velký krok

dopředu udělalo zavedením povinného elektronického receptu. Stále jde ale jen o dílčí počin. Komplexní řešení elektronizace zatím chybí. „Přijetí zákona o elektronizaci zdravotnictví mělo předcházet zavedení elektronických receptů, protože zákon má aplikace tohoto typu zastřešit, stanovit pravidla komunikace,“ míní Michal Sojka, lékař a mluvčí České lékařské komory.

Odložení zákona ale nemusí být nutně na škodu. Například Česká stomatologická komora ho vítá s tím, že stát bude mít více času promyslet parametry nového systému. „Zvolené řešení nebylo úplně ideální, bylo popsáno v nepřehledném, dlouhém textu,“ vysvětluje prezident komory Roman Šmucler.

Mění se navíc i přístup k elektronizaci a přeshraniční spolupráci v rámci Evropské unie, jejíž základní pravidla má připravovaný zákon v českém prostředí také zakotvit. Změna evropského postoje se podle Šmuclera promítá například do takzvaného patientského souhrnu, který by měl obsahovat základní údaje o zdravotním stavu pacienta pro potřeby ošetření v jiných zemích unie. „U patientského souhrnu je klíčové, kdo ho napíše a kdo bude ručit za jeho aktualizaci. Je klíčové, jak doporučily orgány Evropské unie, aby tam informací bylo spíše méně,“ říká Šmucler. Jinak totiž hrozí, že souhrn bude nepřehledný a lékaři jej tak nebudou používat.

„Pokud ten čas, o který se předložení zákona odkládá, bude ministerstvo zdravotnictví věnovat tomu, aby si ho dostatečně předjednálo v Poslanecké sněmovně, tak to určitě stojí za to,“ říká Zdeněk Zajíček, prezident ICT unie, která sdružuje největší technologické firmy. Avšak ministerstvo zdravotnictví by si podle něj mělo ohlídat, aby se zákon stihl přijmout ještě v současném volebním období. „V tomto směru musíme vykročit dál. Dlouhodobé přešlapování na místě je špatně, zaostáváme za okolními státy,“ varuje Zajíček.


Zákon o elektronizaci zdravotnictví má zrychlit předávání informací mezi lékaři, což by v konečném důsledku mělo být přínosné pro pacienty i zdravotníky. České zákony už dnes umožňují zdravotním pojišťovnám a lékařům nabízet řadu služeb pacientům on-line, avšak většinou jen na dobrovolné bázi. „K většímu rozšíření chybí rozumně nastavená povinnost vést tyto informace elektronicky pro poskytovatele zdravotních služeb a také chybí jejich jasně daná standardizace,“ upozorňuje generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny Radovan Kouřil. Právě to by měl zákon o elektronizaci zdravotnictví vyřešit.

Avšak ani jeho přijetí s největší pravděpodobností nepřinese úplnou digitalizaci do zdravotnictví okamžitě. Ministerstvo zdravotnictví počítá s tím, že zákon bude nabíhat postupně. Například povinnost vést elektronickou dokumentaci chce na lékaře uvalit až po deseti letech. Do té doby budou moci dál využívat i papírové karty pacientů.

Přijetí zákona o elektronizaci zdravotnictví mělo předcházet zavedení elektronických receptů, protože zákon má aplikace tohoto typu zastřešit, stanovit pravidla komunikace.

Michal Sojka lékař a mluvčí České lékařské komory

TÉMA DENÍKU: Skončí zubní pohotovost v Ostravě? Ročně ji využívá 18 tisíc lidí

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|-------|-------------------------------------|---------|--------|
|  | 12.02.2020 (09:50:15) | Internet | Lékař | Denik.cz - Novojičínský deník | NEZNÁMÝ | Deníky |

Zubní pohotovost. Ročně ji využívá na osmnáct tisíc lidí, nyní je ale ve hvězdách, potažmo v rukou krajských radních, kde a za jakých podmínek bude v Ostravě fungovat.

V loňském roce ošetřili na zubní pohotovosti, mající zázemí v ostravské městské nemocnici na Fifejdách, asi osmnáct tisíc pacientů z celého kraje.

Nad dalším fungováním zubní pohotovosti a její téměř bezplatné dostupnosti však visí otazník. Hrozba absence všeobecné a dětské pohotovosti už byla, zdá se, zažehnána.

ZÁSTUPY LIDÍ

Zubní pohotovost na Fifejdách zná každý. Je to ta ordinace, z jejíž čekárny se mnohdy táhnou sáhodlouhé zástupy lidí až na schodiště. V loňském roce tam ošetřili kolem osmnácti tisíc případů (v průměru padesát denně), během ledna letošního roku prozatím 1238.

Stále více lidí však zahluje Klinikou ústní, čelistní a obličejové chirurgie ve fakultní nemocnici. „Chodí tam různá individua. Klečí na podlaze a křičí, že neodejdou, dokud je neošetří,“ tvrdí zdroj Deníku. Důvodem je proslychající se konec zubní pohotovosti na Fifejdách.

PROBLÉM NA ZUBNÍM

„Problematika zubní pohotovosti vyvstala v říjnu, kdy onemocněla jedna zubařka, která měla na pohotovosti sloužit. Vedoucí lékařka zubního oddělení, která byla zodpovědná za jeho chod, však nezajistila náhradu. Sestra přišla do práce, v čekárně zástupy lidí a doktor žádný. Vedoucí lékařka věděla, že je lékař nemocný, ale jelikož na konci října pokládala funkci, říkala, že už ji to nezajímá,“ popisuje příčinu problémů na zubní pohotovosti Libuše Holušová, která má svou zubní ambulanci v Ostravě-Jihu a od 1. listopadu se stala novou vedoucí lékařkou zubní pohotovosti.

Tu musí kraj ze zákona povinně zajišťovat spolu s dětskou pohotovostí a všeobecnou pohotovostí pro dospělé v rámci takzvané lékařské pohotovostní služby (LPS). Na základě smluvního vztahu s Moravskoslezským krajem dlouhodobě funguje LPS v areálu Městské nemocnice Ostrava (MNO), avšak nespadá pod ni.

„MNO ani nemá stomatologickou péči ambulanci, lůžkové oddělení. Musí proto všechny zubaře pro LPS poptávat a zajišťovat z jiných nemocnic a ambulančí,“ uvádí mluvčí MNO Andrea Vojtkovská.

IMPULS PŘIŠEL „OD VEDLE“

Moravskoslezský kraj každé dva roky vypisuje výběrové řízení na poskytovatele LPS, které opakovaně vyhrávala MNO. Tentokrát se do něj ale nepřihlásila. Důvodem však paradoxně nebyla situace na zubní, ale na všeobecné a dětské pohotovosti, tedy dalších ze tří složek LPS.

„Od července 2019, kdy ukončili činnost tři pravidelně sloužící lékaři (úmrtí, vysoký věk), je situace kritická. Je polovina září a my nemáme obsazeny některé služby na říjen, a to i přes velmi aktivní přístup vedoucího lékaře Radovana Kozla. Máme před sebou vánoční a novoroční svátky a již nyní víme, že zájem o služby na LPS ze strany lékařů není. Všechny tyto skutečnosti nás vedou k avizování našeho nezájmu o zajišťování provozu LPS od roku 2020.“

Tuto zprávu zaslal ředitel MNO Petr Uhlig krajskému úřadu, jemuž dal jasně najevo, že další „azyl“ MNO lékařské pohotovosti neposkytne.

DĚTSKÉ A VŠEOBECNÉ JE ZACHRÁNĚNO

„Smlouva na zajištění LPS končila městské nemocnici k 31. 12. 2019. Zajišťovat pohotovostní služby není snadné a je těžké sehnat praktické lékaře, kteří by byli ochotni sloužit. To je dlouhodobý problém. Kolizní byla situace dlouhodobě zejména na dětském oddělení,“ vysvětluje náměstek primátora pro zdravotnictví a sociální věci Zbyněk Pražák.

„Jelikož se do prosince do výběrového řízení na provoz dětské a všeobecné pohotovosti nikdo nepřihlásil, nabídl jsem kraji, že to MNO bude dělat nadále. Lidé nic nepoznají. Chceme však, aby se kraj angažoval do zajištění praktických lékařů,“ apeluje Pražák.

„Po mém nástupu jsem ihned sehnala dostatek lékařů. Služby byly zajištěné už na náročné období kolem Vánoc a aktuálně jsou rozepsány až do konce roku. Nyní je zajištěno devět zubařů,“ říká Holušová, která o aktuálním stavu na zubní pohotovosti informovala náměstkyni ředitele MNO, od níž měla dostat informaci, že na základě těchto zpráv se nemocnice do nového výběrového řízení přihlásí. Jenomže to se nestalo.

„Navzdory nezodpovědnému jednání mé předchůdkyně na zubním se celý problém týkal všeobecné pohotovosti, kde dva lékaři mladšího věku zemřeli a jeden šel do důchodu. O změnách v poskytování zubní pohotovosti po mém nástupu nepadlo ani slovo,“ tvrdí Holušová, která na zubní pohotovosti slouží pětadvacet let.

PŘEDRAŽENÁ PÉČE?

Proč lékařskou pohotovostní službu zajišťuje MNO? Od dubna 2012 musí ze zákona LPS zajišťovat kraj. V Ostravě to však dlouhé roky činila MNO, což městskou kasu stálo asi padesát milionů korun. „Když jsem se před lety vrátil na radnici a zjišťoval stav, bylo mi řečeno, že to je takto zajištěno ze zvyku, že to tak bývalo dříve. Od 1. ledna 2016 byl proto nastaven smluvní vztah mezi MNO a krajem,“ vysvětlil náměstek ostravského primátora Zbyněk Pražák.

Mezitím se do krajem vypsánoho výběrového řízení na zajištění zubní pohotovosti přihlásil jediný zájemce doktor Lubomír Beran, který projevil zájem provozovat pohotovost ve své zubní klinice AJNA, dental clinic v Jurečkově ulici v centru Ostravy.

Kraj však ve výběrovém řízení zredukoval požadovaný počet hodin na zubní pohotovosti, a to ze 108 hodin týdně na 40 hodin. Podle informací Deníku by tak měl Lubomír Beran pohotovost zajišťovat jen do 21. hodiny (po nátlaku Zbyňka Pražáka by měl souhlasit s provozem alespoň do půlnoci). Poté by zákroky nehradila pojišťovna, ale pacienti by si akutní zákroky hradili sami.

„Nejspíše by to tak dopadlo,“ potvrzuje Pražák. „Například neodkladné vytržení zubu by pacienta při plné úhradě mohlo vyjít asi na pět tisíc korun,“ řekl na dotaz Deníku nejmenovaný ostravský zubař.

Další problém, kvůli němuž nastaly zmatky, způsobilo unáhlené jednání doktora Berana.

Ten zaslal zprávu o převzetí zubní pohotovosti stomatologické komoře a dalším zubním lékařům ve chvíli, kdy krajští radní výběrové řízení ještě definitivně neschválili. A nevědomky tak nejspíše zadělal na to, že o poskytování péče lidem přijde.

INFORMOVAL O NEROZHODNUTÉM

„Od února 2020 dochází ke změně zajišťovatele zubní pohotovostní služby města Ostravy. Končí na tomto úseku MNO a štafetu přebírá zubní klinika AJNA, dental clinic, sro. Městská zubní pohotovost bude přestěhována do nových prostor, které budou jak pro lékaře, tak i pro akutní pacienty prostornější a zajistí tak příjemnější prostředí pro často stresující práci,“ napsal Lubomír Beran už 3. ledna v informativním dopise, který má Deník k dispozici.

„Vznikl malér, protože se to dozvěděli na městě a chtěli vědět proč. Byli v domnění, že je to kvůli nedostatku lékařů. Řekla jsem, že tím to není a že nechápu, proč se nemocnice nepřihlásila,“ vzpomíná na dění posledních týdnů vedoucí lékařka zubní pohotovosti na Fifejdách Libuše Holušová.

Radní kraje přitom dodnes o novém provozovateli zubní pohotovosti, ale ani celkově o poskytování LPS, nerozhodli. Téma mělo přijít na stůl na pondělním zasedání radních, bylo však odloženo.

„Najali jsme si právní kancelář, která toto téma řeší. O budoucnosti lékařských pohotovostí budou jednat krajští radní v pondělí 17. února na svém dalším obvyklém zasedání,“ řekla Deníku mluvčí kraje Miroslava Chlebounová.

U dětské a všeobecné pohotovosti se počítá s plynulým prodloužením péče v režii MNO, jednání bude formalita.

PROČ SE NEMOCNICE NEPŘIHLÁSILA?

Podle informací Deníku panuje velká nespokojenost se skutečností, za jakých podmínek by měla zubní pohotovost nově fungovat, a proto je reálný scénář, že krajští radní výběrové řízení, ovládnuté doktorem Beranem, zruší a vypíše nové. S Lubomírem Beranem se Deníku opakovaně nepodařilo telefonicky spojit.

Sdílný nebyl ani ředitel MNO Petr Uhlig, jehož se Deník ptal na skutečný důvod, proč se nemocnice nepřihlásila do výběrového řízení.


„Nechci se k tomuto tématu vyjadřovat a vracet se k tomu, co bylo. Počkejme, až jak rozhodnou radní kraje,“ řekl Deníku Petr Uhlig. Na přímý dotaz Deníku, zda by se MNO přihlásila do případného nového výběrového řízení pro zubní pohotovost, pokud by radní kraje původní výběrové řízení zrušili, odpověděl, že „nejspíše ano“.

V lékařských kuloárech se totiž začalo spekulovat, zda to bude nadále pod jeho vedením. Kritici, kterých podle informací Deníku přibývá, poukazují na to, že ředitel Uhlig nepřikládal kritické situaci dostatečný zájem.

„Na zastupitelstvu města jsem navrhl, aby LPS zůstala zachována ve stávající péči a usnesení bylo přijato. Panuje teď velká nevole mezi vedením města a kraje, je také pravda, že angažovanost města mohla být větší. Každopádně krajští radní by teď měli všeobecnou a dětskou pohotovost schválit nadále při MNO a výběrové řízení na zubní pohotovost zrušit a vypsat nové tak, aby i ona nadále zůstala při MNO,“ říká opoziční zastupitel města i kraje Josef Babka, který se tématu v poslední době rovněž usilovně věnuje. Příští pondělí bude osudové.

Výsledek bude jen přechodné řešení na rok. Už bude zubní pohotovost v příštích měsících zajišťovat kdokoli, bude toto řešení nejspíše přechodné na dobu jednoho roku. V parlamentu je na stole novelizace zákona, podle níž by měla zubní pohotovost fungovat stejně jako v západních zemích. Každý lékař na území kraje, který je členem stomatologické komory a má ordinaci, by měl mít předem určené služby, kdy bude neodkladnou péči poskytovat ve své privátní ambulanci. Zatímco jednou by lidé cestovali na pohotovost za lékařem do Opavy, příště to může být například do Nového Jičína. Tento „nařízený kolotoč“ však zajistí, že se nebudou opakovat problémy s nedostatkem lékařů a jejich nezájmem sloužit na pohotovosti. Zbylé složky LPS tedy všeobecná a dětská pohotovost by pak měla být součástí urgentního příjmu nemocnic. V případě Ostravy však patrně ne všech tří.

V menších obcích Plzeňského kraje končí lékaři


| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|-------|----------------------------|---------|---------------------------|
|  | 12.02.2020 (10:21:02) | Internet | Lékař | Regionplzen.cz - Články | NEZNÁMÝ | Kraje, Města a obce |

Sehnat nového praktika nebo zubaře je problém. Nelákají je byty ani vybavené ordinace.

Ve Strážově na Klatovsku jsou bez praktika i zubaře. Obec se sice doktorům snaží nabídnout dobré podmínky, což je ordinace za symbolickou cenu nebo byt, přesto se nikdo nehlásí. O zubařku přišli i ve Švihově, ani tady nepomohla nabídka bydlení. Podobné je to v Kasejovicích na Plzeňsku, kam alespoň jednou týdně dojíždí zubařka z Plzně.

I v dalších místech ordinují praktici, zubaři a dětské lékaři často v důchodovém věku. Šťěstí mají podle Plzeňského deníku v Nýrsku, kam nastupuje nová praktická lékařka.

Nedostatek zubařů: Problém trápí i dětské domovy na Pelhřimovsku

| Zdroj - obrázek | Datum | Kategorie | Téma | Zdroj | Autor | Sekce |
|---|--------------------------|-----------|-------|-------------------------------------|---------|--------|
|  | 14.02.2020 (05:31:16) | Internet | Lékař | Denik.cz - Pelhřimovský deník | NEZNÁMÝ | Deníky |

S problémem sehnat zubaře, který přijímá nové pacienty, se potýkají i v Dětském domově Senožaty. Svého zubaře nemají tamní děti zhruba už tři roky. S akutními případy tak musí jezdit na pohotovost, nebo k náhodnému stomatologovi v okolí. „Když už má dítě bolet, tak s ním jedeme, ale na to klasické ošetření nikoho nemáme,“ řekla ředitelka Dětského domova Senožaty Martina Buchalová Horská.

Dříve docházely senožatské děti k zubařce Libuši Novákové v Košetících. „Paní doktorka Nováková šla do důchodu. Nového zubaře sháníme všude možné a zatím jsme na žádného, který by nás vzal, nenarazili. Jsme v opravdu těžké krizi,“ povzdychla si Martina Buchalová Horská.

V Dětském domově v Senožatech žije v současné době celkem dvaatřicet dětí. „Pokud dětem neposkytneme ošetření, tak neplníme povinnost zákona, a to je dost ošemetná situace. Děti sice většinou nemají se zuby takový problém, jako dospělí, ale je to škoda je nechat jen tak být,“ poznamenala ředitelka domova.

V již zmíněném domově se nebrání ani delšímu dojíždění. „Jsme schopni dojet, ale platby už jsou pro nás dost náročná věc. Také nemáme problém s tím děti rozdělit. Klidně můžeme s několika dětmi jezdit do Jihlavy a s ostatními zase například na Havlíčkovobrodsko. Hlavně, abychom měli to zabezpečení,“ dodala Buchalová Horská.

Zubaře shání rok

Podobný problém řeší také například v humpoleckém dětském domově. Tam se snaží sehnat zubního lékaře pro děti téměř rok. „S dětmi jsme chodili k humpolecké doktorce Magdaleně Truhlářové, která pak ale přešla na jiný obor. V Pelhřimově jsme pak sehnali paní doktorku Karpenko. Ta však přišla o ordinaci, a tím pádem nám musela vypovědět péči. Paní doktorku Karpenko jsme sehnali v září, ale ani nestihla udělat vstupní vyšetření všem dětem, protože na konci listopadu už v Pelhřimově skončila,“ přemítala zástupkyně ředitele Dětského domova Humpolec Olga Kotlíková.

Dodala také, že akutní případy berou lékaři nad rámec svých povinností, ale to jen výjimečně. „Se zubaři je to úplně zoufalé. Navíc, když potřebujeme na zubní pohotovost, tak nás v týdnu odkazují na Prahu a Ostravu a o víkendu na Jindřichův Hradec, Tábor a okolí,“ sdělila Kotlíková.

Na řešení problému jsou krátké i pojišťovny či Česká lékařská komora. „Jsme s nimi v kontaktu, takže, pokud by se nějaký volný zubař objevil, tak nám dají vědět. Jinak si to ale hlídáme i sami,“ řekla Kotlíková.