

1) Praktických lékařů je málo, obor je špatně přístupný a absolventy lékařských fakult neláká. Na rozdíl od kterékoliv jiné specializace mají budoucí praktičtí lékaři velké obtíže s absolvováním zejména lůžkové části předatestační přípravy. Pro nemocnice nejsou vítaným potenciálním zaměstnancem a není o ně tedy zájem. Obor je mediálně spíš pomlouván, popisován jako administrativní práce pro ostatní „skutečné“ doktory. Obecně jsou známá fakta o přeplněných čekárnách a nedostatku praktiků. Mezi lékaři je i dobré povědomí o skutečných příjmech praktiků a lékařů jiných odborností, případně lékařů-zaměstnanců. Absolvent lékařské fakulty se také potřebuje něčím živit, a když zvažuje vstup do relativně málo lukrativního oboru, kde bude často pracovním přetíženo, bude mít obtíže se někde uchytit v předatestační přípravě a uslyší opakovaně znevažující výroky na adresu práce praktických lékařů, svůj úmysl přehodnotí a zvolí jiný si obor.

Praktických lékařů je nedostatek, řada jich pracuje v plném vytížení v důchodovém věku (podle údajů ÚZIS z 2006 je průměrný věk PL 52,2 let, přes 200 praktických lékařů pracuje ve věku 65-70 let a asi 250 ve věku nad 70 let). Tito kolegové nemají komu svoji praxi předat, mladých praktiků se nedostává. Pokud tedy nebude urychleně usnadněna cesta lékařům-absolventům do tohoto oboru a nebudou motivováni výraznou ekonomickou pobídkou (lukrativností oboru), dočkáme se stavu, který již v ČR mnohde započal – nemožnosti zaregistrovat se k praktickému lékaři. To výrazně prodrazdí celkové náklady na zdravotní péči a přitom zhorší její dostupnost. Už i řešení současné krize je opožděné, protože i kdyby se nyní podmínky prudce zlepšily a do předatestační přípravy pro všeobecné praktické lékařství přišly ihned stovky zájemců, příprava trvá 4 roky a teprve po této době může začít kvalifikovaných praktiků opět přibývat. V té době ovšem budou praktici nyní starší než 70 let starší o další 4 roky. Budou stále ještě pracovat?

2) Praktici jsou víc než jiné obory zavaleni administrativou. Jiné odbornosti nutí ekonomika "dělat výkony", administrativu přesouvají na PL, kteří "přece mají svoji kapitaci". Stejně se chová státní správa. Výkony praktiků pro ni zřejmě nejsou patřičně drahé, jinak by SSZ nepožadovala od PL vyplňování kolonek v dotaznících, které přísluší spíš šetření sociální pracovnice v bytě posuzovaného. Zřejmě SSZ vyjde práce praktika levněji. Tady mám námět na úpravu: Žadatel o sociální dávku (sociální, příspěvek na zdrav. postižení...) by měl za svoji žádost hradit náklady. Při uznání nároku na dávku by mu byly z první platby strženy nebo celé SSZ uhrazeny, při neuznání nároku by náklady hradil ze svého. Určitě by ubylo mnoha žádostí, které jsou podávány s logikou: „třeba něco dostanu, proč to nezkusit, sousedka už si taky požádala a něco jí dali“.

3) Regulační poplatky. Shodujeme se na tom, že jejich zavedení bylo nutné. Nemá smysl diskutovat o načasování a způsobu, jak byly zavedeny - už se stalo a jejich výběr musí běžet dál. Hodnocení jejich efektu by mělo být provedeno asi po půl roce a případné úpravy by měly být provedeny na základě zjištěných dopadů výběru poplatků a ne na základě populistických slibů budoucím voličům. Dlouho se ale mluví (a jenom mluví!!!) o elektronické zdravotní knížce, možnosti bezhotovostní platby, eliminaci duplicit, gatekeepingu nebo jiném způsobu, jak zařídit to, aby zdravotně indikovaný výkon byl jednou spolehlivě hrazen pojišťovnou a jeho další a nadbytečné provedení hradil ten, kdo ho způsobil prostě tím, že o předchozím výsledku neinformoval nebo informaci zamlčel nebo ztratil. Příklad ze života: Na lanovku lyžaře vpustí elektronická permanentka až za dobu, za kterou bylo možné vyjet nahoru a sjet dolů. Když to zkusí dřív, karta ho nepustí a prostě stojí a čeká (nebo si může přikoupit lístek navíc a jet hned, když na svou kartu před chvílí pustil do lanovky někoho jiného). Funguje to a to jde o mnohem menší peníze než při poskytování zdravotních služeb.

4) Celková úroveň úhrad praktikům je stále ještě nízká. Posledně dosažený pokrok potěšil, ale ještě nepokrývá propad z posledních let. Stav je možno dokladovat známými grafy o postupném nárůstu příjmů pojišťoven a průběžném relativním poklesu úhrad praktikům. Zde je nutno připomenout veřejný příslib dalších kroků (náměstek MZ a předseda správní rady VZP Šnajdr) a apelovat na potřebou zvýšení lukrativnosti oboru - viz bod 1.

5) Obecně k úhradám ve zdravotnictví: Jistě by prospěl osobní ekonomický zájem pacienta o důvod a výši platby za konkrétní zdravotní péči. Znovu bych uvažoval o starém tématu "individuálních účtů", což může být součástí individuálních pojistných plánů (po reformě pojišťoven) nebo některé formy řízené péče. V každém případě chybí snaha pacienta, aby cokoli ušetřil z nějakých "svých" peněz, které má ve "své" zdravotní pojišťovně.

6) Varuji před snahami silných ekonomických skupin „koupit si část zdravotnictví“ a ekonomicky ho vytěžít. V poslední době rychle narůstá aktivita projektu „moje ambulance“. Setkáváme se s nehoráznou reklamní kampaní, která buď slibuje jako mimořádnou výhodu to, co praktici běžně provádějí, nebo slibuje nemožné a vybízí pacienta

6. dubna 2008
MUDr. Jan Jelínek
Sdružení praktických lékařů

k registraci za bonus 100 Kč. Nabídka zajištění péče 12 hodin denně s sebou přináší i skutečnost, že pacienta ošetří pokaždé jiný lékař. Nabídka vysokých příjmů pro lékaře svědčí o připravenosti dotovat jejich činnost v zájmu dosažení ekonomického efektu někde jinde. Takové mechanismy „vytunelování“ zdravotního pojištění není těžké si představit. V projektu s omezenou ekonomickou perspektivou zřejmě nemusí vůbec jít o blaho pacienta a prospěch systému. Osobně v něm vidím jen pružné podnikatelské využití zoufalé situace řady stárnoucích praktiků, kteří se ještě před několika lety domnívali, že své praxe na závěr aktivní kariéry zhodnotí prodejem. Nyní jsou neprodejně a nabídka zajištěného vysokého příjmu na krátkou dobu přijde jejich majitelům vhod. Problém s počtem kvalifikovaných praktiků vykopením jejich praxí ale vyřešen nebude. Buď tedy budou praktici přeplaceni a budou chybět jinde, nebo budou nově zavedené ordinace „moje ambulance“ provozovány bez kvalifikovaných praktiků. Obojí je špatně.

Praha, 4. dubna 2008

MUDr. Jan Jelínek