

Ing. Ondřej Mátl, MPA, MSc.

Koordinátor projektu „Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví“

V Praze 8.4.2008

Úhradové mechanismy v primární péči

Základní úhradový mechanismus pro praktické lékaře, kterým je i dnes Kombinovaná kapitačně výkonová platba, by měl zůstat zachován jako dominantní typ úhrady. Tento typ úhrady ve spojení s registrací pojištěnců u zvoleného praktického lékaře je preferován nejen v doporučeních evropských orgánů praktických lékařů (WONCA, UEMO), ale rozhodnou většinou i českými praktickými lékaři. Oproti čistě výkonovému systému nevede k exploataci pojištěnce, významně snižuje administrativu spojenou s vykazováním poskytnuté péče, jistotou relativně stabilního příjmu pro ZZ (při dodržení smluvně stanovených podmínek) vytváří zároveň i jistotu pro registrovanou klientelu. Tato jistota spočívá zejména v záruce, že v případě potřeby pacient najde lékaře, kterého si sám zvolil na místě a v čase, které jsou mu dopředu známy. Další vysoce ceněnou kvalitou je kontinuita poskytované péče a prakticky nulová ekonomická bariéra při vstupu k lékaři prvního kontaktu. Předpokladem této platby je zachování základního smluvního vztahu mezi ZZ a ZP. Systém vzájemně si konkurujících zdravotních pojišťoven by měl být dále rozvíjen. Systém zdravotního pojištění by měl, při zúženém základním balíku solidárně pojištěných služeb, umožnit i postupný nárůst zdravotních služeb vyjmutých ze solidárního veřejného zdravotního pojištění s možností komerčního připojištění na tyto služby či platbě v hotovosti.

V rámci zdravotních služeb krytých solidárním veřejným zdravotním pojištěním považuji za nezbytné uplatňovat prvek zvyšující efektivitu poskytované zdravotní péče. Tímto prvkem je řízení pohybu pojištěnce v systému. Nástroje k řízení péči jsou dostatečně známy ze zkušeností v zahraničí a částečně i u nás – dominují koordinační role praktického lékaře, informační podpora, motivace pojištěnce i zapojených zdravotnických zařízení k respektování předem stanovených pravidel. Za velmi důležité však považuji nastavit takové odborné i ekonomické parametry, aby se snahou o úsporu za každou cenu nedocházelo ke zhoršení kvality poskytované péče. Stejnou chybou a ve svém důsledku i tragédií by bylo i potlačení svobodného výkonu lékařského povolání. Právě z těchto aspektů je třeba hledat ještě konsenzus mezi zástupci odborné veřejnosti a zdravotních pojišťoven. Zároveň nelze ani do budoucna abdikovat na aktivní roli profesního sdružení, v případě praktických lékařů SPL ČR, při dohledu nad výsledky a spolupráci při úpravě parametrů.

Vážený pane inženýre, dovoluji si ještě na doplnění široké problematiky primární péče připojit i materiál *Návrhy týkající se primární péče a možných opatření vedoucích ke zefektivnění systému zdravotního pojištění v ČR*, jehož jsem spoluautorem. Podotýkám, že tento materiál vznikl v roce 2004 (nyní jsem jej v některých oblastech např. demografický vývoj PL, částečně aktualizoval) a byl postupně předán všem ministrům zdravotnictví ministrem Kubyným počínaje. Do jisté míry je tedy poplatný době, ve které vznikl. V mnoha věcech došlo po nástupu stávající vlády k pozitivnímu posunu, některé však stále dramaticky ohrožují budoucnost primární péče v ČR – nedostatek nových adeptů oboru všeobecný praktický lékař a ekonomické podhodnocení oboru, bránící v jeho rozvoji. Řadu z těchto problémů popsal ve svém textu i kolega MUDr. Jan Jelínek. Případně pozvání do diskuse na téma primární péče rád přijmu.

S pozdravem

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

Centrum primární péče
U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Sdružení praktických lékařů ČR
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Návrhy týkající se primární péče a možných opatření vedoucích ke zefektivnění systému zdravotního pojištění v ČR

1. Nevyužitý potenciál primární péče: spatřujeme především v nízkých kompetencích a omezování všeobecných praktických lékařů na straně jedné a v nedostatečném využívání regulační a organizační role primární péče pro přístup k nákladným specializovaným službám na straně druhé.

Koordinace zdravotní péče registrujícím praktickým lékařem

Koordinace zdravotní péče registrujícím lékařem je jako nástroj efektivity a kvality již uplatňován ve většině zemí EU. Zároveň je jedním z nejvýznamnějších prvků regulujících spotřebu zdravotní péče.

Navrhujeme: vyšetření/ošetření u specialisty včetně související komplementární péče a proskripce hrazeno z veřejného zdravotního pojištění pouze na základě doporučení registrujícího lékaře s výjimkou oborů psychiatrie, sexuologie, venerologie, oftalmologie pro předpis brýlí, všech akutních stavů a vyšetření/ošetření u dispenzarizujícího specialisty (pro dané onemocnění). V ostatních případech by bylo postupováno stejně jako kdyby péči poskytovalo nesmluvní zdravotnické zařízení – tj. pacient by vyšetření, ošetření, předepsané léky a indukovanou péči plně hradil.

Očekávaný výsledek: realizace tohoto návrhu by výrazně omezila multiplicitní a zbytná vyšetření a výkony (dle našich analýz a zkušeností ze zahraničí by úspora měla představovat 20-30% prostředků čerpaných na zdravotní péči), přičemž by ovšem zachovávala rozsah péče plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Nedošlo by tedy k situaci, kdy by pacient potřeboval specializovanou péči a byl nucen tuto péči přímo hradit. Nejde tedy o regulační opatření zvyšující spoluúčasť pacienta, ale o regulační opatření zaměřené na účelnost a odůvodněnost poskytnuté péče.

Dispensární péče

Kromě základní včasné diagnostiky je úkolem lékařů primární péče především sledování a dispenzarizace závažných chronických onemocnění jimi registrovaných pacientů. V této souvislosti stále chybí dostatečné (i legislativní) vymezení priorit pro tuto oblast, včetně jasně specifikovaných kompetencí pro PL a orgánové specialisty. Nelze donekonečna tolerovat tendence ostatních specializovaných oborů a odborností (včetně laboratorních diagnostických metod) k vymezování se vůči praktickým lékařům. Tyto tendence se negativně projevují zejména v poskytování duplicitní ambulantní péče a působí rozkolísání ekonomiky celého systému zdravotní péče. Pokud definujeme primární péči jako koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou zejména lékaři na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, je jasné, že jde o činnosti související s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením a rehabilitací. Tyto činnosti jsou poskytovány nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Je tudíž zřejmé, že veškeré aktivity vedené jiným směrem snižují výrazně efektivitu a úspornost ambulantní péče.

Preskripční omezení praktických lékařů

Navrhujeme: odstranění preskripčních omezení vázaných na odbornost lékaře a zachování (event. upřesnění) omezení indikačních.

Zdůvodnění: současný stav, kdy kvalifikovaný praktický lékař konstatuje naplnění indikačního kriteria, přesto nemůže léčivý přípravek předepsat a odesílá pacienta pro předpis k specialistovi uvedenému ve vyhlášce, pokládáme za neúnosný a neekonomický. V takovém případě k předpisu nakonec stejně dojde, ale ze zdravotního pojištění je navíc hrazen minimálně výkon klinického vyšetření specialisty (event. doprava a další nikoli nezbytná indukovaná péče) a pacient je navíc nucen absolvovat návštěvy několika ordinací (často se vrací s doporučením předpisu od specialisty zpět k praktickému lékaři) namísto jedné. Tímto opatřením by nebyla dotčena možnost praktického lékaře vyžádat v odůvodněných případech posouzení splnění podmínek indikačního omezení jiným specializovaným lékařem.

Spektrum zdravotních výkonů praktických lékařů

Pokládáme za účelné rozšířit spektrum zdravotních výkonů, které by byl oprávněn provádět praktický lékař. Jedná se například o péči o diabetiky II. typu, astmatiky, rychlou diagnostiku přímo v ordinacích, onkologickou prevenci apod.

Zdůvodnění: stejné jako v předchozím bodu, přiblížení rozsahu a spektra činností vykonávaných všeobecnými praktickými lékaři v zemích EU.

2. Ekonomické zajištění primární péče

Demografické trendy ve společnosti a trendy ve vývoji onemocnění i ve zdravotnických službách směřují ke zvýšenému nároku na činnost praktických lékařů. V ČR zatím nedochází k efektivnímu přesunu poskytování zdravotní péče z nemocnic do ambulancí a z oblasti kurativy do oblasti prevence, atd. V primární péči se do budoucna daleko více prosadí týmová práce, všeobecný praktický lékař bude potřebovat více personálu a kvalitnější vybavení, lékařsky specifické i obecně informační zabezpečení. Do praxí se přesune i daleko více pregraduální výuky. Aby se vybudovala tato struktura a mohl být očekávaný potenciál primární péče využit, musí dojít k alokaci finančních prostředků do této složky ve výši odpovídající zvýšení objemu poskytované péče praktickými lékaři. Dle zkušeností a doporučení EU je tento přesun z hlediska systémových úspor nezbytný.

Za nezbytné považujeme **zastavení propadu poměru primární péče na zdravotních výdajích**: zvýšení kapitace, zvýšení plateb za prevence apod.

Ekonomický rozbor:

Podle statistických údajů, které jsou k dispozici, došlo od počátku 1. desetiletí 21. stol. k výraznému snížení dynamiky ve výdajích na primární péči poskytovanou PL. V rámci čerpání úhrad zdravotního pojištění v segmentu praktických lékařů (PL a PLDD) dochází k výraznější ekonomické diskriminaci, než je tomu v ostatních segmentech léčebně preventivní péče. Obor i z těchto důvodů ztratil svoji atraktivitu pro mladé lékaře. Teprve rok 2008 znamenal příznivější obrat ve výdajích na péči P. Je však třeba tento trend zachovat i v následujících letech. Veřejný příslib ze strany MZ byl v tomto smyslu učiněn a PL jej berou velmi vážně.

Segment praktických lékařů zadal a nechal ve spolupráci s VZP provést nákladovou studii režii průměrných praxí za rok 2001. Tato studie byla reálným a nezpochybnitelným východiskem našich požadavků pro cenová jednání. Nákladová studie provedená se stejnými parametry za rok 2006 přinesla zcela srovnatelné výsledky a dokumentuje ekonomickou stagnaci až reálnou depresi celého segmentu PL. Ta se projevuje zejména v odkládání investic do rozvoje praxí, přístrojová technika je zastaralá, příjmy PL se reálně snižují. Toto vše při proklamované podpoře primární péče a proklamované snaze zefektivnit systém. U praktických lékařů tedy dochází k příjmovému propadu vůči ostatním segmentům a z naší strany nelze tento jev nadále akceptovat.

Praktičtí lékaři se neustále pohybují v příjmové oblasti která je naprosto nedostačující pro rozvoj praxí a tento stav je jednoznačně škodlivý pro celý systém zdravotní péče - neumožňuje dále rozšiřovat spektrum činnosti praxí, přebírat některé základní činnosti od specialistů a celkově produkovat v ambulantní sféře levnější medicinu. Důsledkem toho je, že systém se prodražuje a šetření na primární péči ve svém důsledku přináší vyšší celkové náklady.

Další možnosti úspor v systému:

a) zdravotnické služby mimo standard (mimo pojištění). Z péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění by měly být postupně vyřazeny následující zdravotnické služby:

- závodní zdravotní péče
- dopravní služby, mimo akutních primárních nebo zajištěných sekundárních převozů
- lázeňská péče mimo překlady z lůžka na lůžko nebo ve speciálních indikacích.
- hotelové služby v nemocnicích

- volně prodejná léčiva

b) další možnosti regulace spotřeby zdravotní péče (omezení nadužívání zdravotnických služeb, nadměrného počtu kontaktů ze strany pacientů):

- odstupňovaný poplatek za návštěvu lékaře
- individuální účty a individuální zdravotně pojistné plány
- využít možností řízené péče
- zvýšit informovanost pacientů tak, aby častěji navštěvovali lékaře z důvodu prevence a na druhou stranu racionálně využívali lékaře v případě onemocnění
- snížit počet formálních návštěv často spjatých s preskripcí a další péčí (krátkodobá PN, potvrzení pro školy, zaměstnavatele, sportovní podniky, závodní stravování, apod.)

3. Specializační příprava v oboru:

Praktické lékařství, ať již pro dospělé nebo pro děti a dorost, jsou obory, jejichž specializační příprava musí probíhat na lůžkových odděleních, ve specializovaných ambulancích nemocničních i privátních, ale i v ordinacích praktických lékařů obou odborností. Z tohoto pohledu jsou budoucí praktičtí lékaři pro tato zařízení neperspektivní vzhledem k tomu, že je malý předpoklad, že po ukončení specializační přípravy zde zůstanou pracovat jako kvalifikovaní lékaři.

Tento problém je nutno řešit systémovou změnou, která musí být využitelná i pro ostatní lékařské obory. Jedná se o legislativní úpravu finančního zajištění specializační přípravy lékařů v kapacitě a struktuře odborností potřebné ve veřejném zájmu.

Na podpoře všeobecných praktických lékařů ve specializační přípravě by se měl podílet stát případně kraje a využívat do systému i jiné finanční zdroje (část zdravotního pojištění kterou již nyní dostávají lékaři ve specializační přípravě v rámci svých platů). Státní správa ze zákona odpovídá za specializační přípravu. Je to tak v EU obvyklé. Každé akreditované lůžkové pracoviště by mělo mít povinnost přijmout 1 lékaře v přípravě na cca 30 lůžek. Příprava nebo její část by mohla probíhat i na neakreditovaných pracovištích. Akreditovaná pracoviště by dostávala dostávat od státu (či jiným způsobem) příspěvek per capita na lékaře v přípravě.

Odpovídající částku mzdy např. po příslušném výpočtu ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí by bylo nutno účelově vyčlenit pro proplácení „rezidentských míst“ lékařů ve specializační přípravě.

Za technicky nejpřijatelnější formu považujeme distribuci těchto finančních prostředků přímo školitelům, např. prostřednictvím Krajských center primární péče nebo jiným vhodným způsobem tak, aby nedocházelo k netransparentnímu čerpání těchto prostředků na jiné účely.

Vážným problémem oboru, přímo ohrožujícím fungování primární péče v ČR v blízké budoucnosti, je jeho nepříznivá demografická struktura. K 31.12. 2006 bylo 62,3% všeobecných praktických lékařů je starších 50 let a 21,1% starších 60 let!!! Je potřebné vytvořit systém preferencí vstupu do oboru a zejména pro zajištění kvalitních podmínek specializační přípravy včetně finančního zabezpečení.

4. Název oboru:

- Obor praktické lékařství pro dospělé tak, jak je uveden v zákonu 95/2004, je naprosto nevyhovující a jako takový neexistuje v žádném státě EU. Název našeho oboru, jeho obsah a specializační příprava plně odpovídají tradicím EU v oboru **General Practitioner**. Proto navrhujeme náš obor pojmenovat podle standardů EU. Toto opatření je nezbytné i k zabránění chybným výkladům, omezením a komplikacím ve volném pohybu pracovní síly v EU. Jednak našich lékařů do EU, ale i lékařů z EU do ČR. Název oboru navrhujeme **Všeobecný praktický lékař**.

5. Krajská organizace:

Obě organizace všeobecných praktických lékařů (SVL ČLS JEP a SPL ČR) i obě organizace praktických dětských lékařů (OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR) již vytvořily Krajská centra primární péče, která fungují jako konzultační orgán krajských úřadů, případně i úřadů obecních, v otázkách týkajících se primární péče. Tato centra jsou tvořena v každém kraji dvěma zástupci praktických lékařů a **dvěma zástupci praktických lékařů pro děti a dorost**, kteří se orientují jak v odborné, tak i organizační a profesní problematice. Odborná společnost a profesní sdružení poskytuje těmto centrům zázemí (přístup k informacím, právní a ekonomický servis apod.) bez nároků na státní rozpočet či rozpočty územní samosprávy.

Ihned po jejich vytvoření byli o existenci těchto odborných konzultantů informováni hejtmani, odbory zdravotnictví a MZ ČR. S uspokojením musíme konstatovat, že ve většině krajů funguje spolupráce mezi Krajskými centry primární péče a Krajskými úřady při řešení problémů týkajících se primární péče velmi dobře.

6. Kvalita primární lékařské péče:

V této oblasti jsou Společnost všeobecného lékařství a Sdružení praktických lékařů připraveni spolupracovat s MZ. Máme připraveny projekty na podporu kvality, a to jak systematické (doporučené postupy, regionální centra, systém vzdělávání), tak motivační (peer review,

audity, malé skupiny, bonifikační kritéria, ohodnocení dobré praxe, podpora malých praxí atd.). Na některých z těchto projektů spolupracujeme i se zdravotními pojišťovnami.

V rámci zvyšování kvality primární péče o dítě a zejména systematických preventivních prohlídek připraví OSPDL ČLS JEP spolu se SPLDD ČR doporučené postupy (standarty) v souladu se standardy EU v této oblasti. Předpokládáme úzkou součinnost Ministerstva zdravotnictví v této oblasti (komise péče o dítě) a nevyhýbáme se ani přípravě vědeckého grantu, který by ekonomicky zaštil práci na těchto postupech. I z tohoto pohledu je nezbytné chápat nutnost navýšení finančních prostředků ze zdravotního pojištění směrem k dětské primární péči tak, aby PLDD i s menším počtem dětské klientely byl schopen zajistit při časové náročnosti preventivní prohlídky dítěte vysokou kvalitu své práce. Jinak bude z ekonomických důvodů (kapitace versus úbytek dětské populace) nucen přistoupit ke zvyšování počtu dětské klientely (např. slučováním praxí) a tím k vytváření časově stresujících faktorů v jeho ordinaci – prodlužování čekacích dob, nedostatečný časový prostor pro práci v kojeneckých poradnách včetně řádného zajištění individuálního očkovacího kalendáře svých registrovaných pacientů.

7. Poskytování neodkladné péče:

LSPP pokládáme za historicky přežitou duplicitu přednemocniční neodkladné péče, která již neodpovídá požadavkům a možnostem moderní medicíny. Za účelné považujeme její postupný útlum a naopak posílení kvalifikované urgentní péče zajišťované ZZS a ústavními složkami emergentní medicíny.

Zdůvodnění:

Historicky byla lékařská služba první pomoci v roce 1981 koncipována (směrnicí MZ ČSR) jako služba, která měla poskytnout v nezbytném rozsahu péči občanům v případech ohrožení života, náhlého onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu, mimo běžný provoz zdravotnických zařízení.

Současně byla definována ústavní pohotovostní služba, která má poskytovat zdravotnické služby i nemocným, kteří se dostaví, nebo jsou dopraveni k přijetí nebo ošetření v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení. Směrnice dále upravovala zastupitelnost LSPP ústavní službou.

Pro případy náhlého zhoršení zdravotního stavu či ohrožení života měli tedy občané možnost dostavit se na LSPP, nebo do zařízení ústavní péče, nebo využít návštěvní služby LSPP.

V roce 1992 došlo k vydání vyhlášky zřizující zdravotnickou záchrannou službu (s nesrovnatelně lepším personálním i technickým vybavením než LSPP), jejímž úkolem je zajištění přednemocniční neodkladné péče (v případě ohrožení života, vážného ohrožení zdraví a ve stavech, které působí náhlé utrpení.).

V podstatě tedy došlo ke zdvojení návštěvní -výjezdové služby (shodně definována indikace LSPP a ZZS) i ošetření příchozích či přivezených pacientů (akutní stavy odpovídající uvedené definici jsou vždy odesílány k ošetření či přijetí na příslušné specializované oddělení nemocnic, tedy ÚSP). V souvislosti se zřízením nové

služby – zdravotnické záchranní, mělo bezpochyby dojít k organizačním změnám i v LSPP. Ministerstvo zdravotnictví ale ponechalo vývoj této služby bez povšimnutí, nebylo schopno za třináct let v této oblasti akutní péče legislativně reagovat na to, že první pomoc byla plně nahrazena ZZS s novou odborností urgentní medicíny, která vznikla jako samostatný mladý obor začátkem devadesátých let. Tuto myšlenku vzniku kvalitativně lepší služby se ale nepodařilo úplně dotáhnout, až nekoordinovaně v současné době, kdy vzájemným propojováním ordinací LSPP (s důsledně oddělenou službou pro pediatrii, známá jako dětská pohotovost), výjezdových stanovišť ZZS a emergencí příjmů v nemocnicích do jednoho celku by tato služba pro občany by byla smysluplná.

Prostředky, které lze ušetřit omezením LSPP, je potřeba použít na dostatečné personální a

materiální zajištění ZZS a dofinancování ústavní pohotovostní služby. Dohody či návrhy v tomto smyslu, kdy bylo ze strany zástupců SPL ČR ustoupeno od ekonomických požadavků ve prospěch těchto subjektů, byly již v minulosti v některých okresech a nyní v krajích učiněny.

Předpokládáme, že do budoucna bude běžné to, co je dnes spíše výjimkou - aby mezi pacienty a jejich ošetřujícími lékaři (nemusí jít pouze o registrující) byla na bázi smluvního vztahu poskytována nadstandardní péče, kdy pacienti i v určitých případech budou mít možnost konzultovat, navštívit či požádat o návštěvu lékaře mimo ordinaci a návštěvní hodiny. Přitom redukce LSPP místní i časová nepřímě přispěje k tomu, aby pacient navštěvoval svého registrujícího praktického lékaře v jeho ordinacích hodinách, protože jenom jeho vlastní praktický lékař, při hlubokých znalostech zdravotního stavu svého pacienta a prostředí, ve kterém žije, mu může v oblasti primární péče poskytnout nejkvalitnější ošetření.

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

MUDr. Václav Šmatlák
předseda SPL ČR

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OS PDL ČLS JEP

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPL DD ČR