

VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ PROVEDENÉHO MEZI PRAKTICKÝMI LÉKAŘI PRO DĚTI A DOROST V ROCE 2018

Analytická zpráva

RNDr. Luděk Šídlo, Ph.D., Mgr. Petra Sykáčková

Katedra demografie a geodemografie
Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy

MUDr. Ilona Hülleová

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Praha, říjen 2018

Obsah

Úvod.....	3
Popis vzorku respondentů.....	4
Tematický okruh I: Ukončení praxe	6
Tematický okruh II.: Pracovní vytížení	11
Výsledky šetření mezi okresními zástupci SPLDD ČR	19
Závěr	22

Úvod

Problematika současného, ale i budoucího počtu praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) v Česku, jejich věkového složení, sledování regionálních rozdílů nebo otázka vzdělávání těchto lékařů je v posledních letech poměrně značně diskutovaná, a to na různých úrovních.

V odborném tisku či studiích je sledována především nepříznivá věková struktura zdravotnické odbornosti dětských praktických lékařů (např. Šídlo, 2015, Šídlo et al, 2015), která je dlouhodobě vykazována jako jedna s nejvyšším průměrným věkem ze všech (viz např. ÚZIS ČR, 2017; VZP ČR, 2018) a s kterou se pojí úvahy o budoucím počtu dětských praktických lékařů (např. Šídlo, 2010a, 2011; Burcin, Šídlo, 2017). Zmapovaná je také problematika regionálních rozdílů nejen ve věkové struktuře (Šídlo, 2010b), ale také v kapacitním vytížení (Šídlo et al, 2017) či je modelována a analyzována otázka tzv. místní dostupnosti těchto služeb (Štych et al, 2017).

Problematika otázky vzdělávání nově vstupujících lékařů do tohoto oboru je převážně diskutována na úrovni různých pracovních a expertních skupin. Za účelem provedení nezbytných změn v oblasti praktického lékařství byla počátkem roku 2018 zřízena pracovní skupina pro reformu primární péče při Ministerstvu zdravotnictví ČR, která by měla připravit mj. platformu, týkající se změn v rámci atestačního vzdělávání dětských praktických lékařů, ale také zvýšení pravomoci praktických lékařů, např. formou uvolnění části preskripčního omezení apod. O tom, že situace na poli praktického lékařství pro děti a dorost není nikterak příznivá, svědčí i množící se zprávy v médiích, které upozorňují především na problematiku generační obměny lékařů tohoto segmentu zdravotní péče, a tím potenciální zhoršení dostupnosti těchto služeb.

Většina těchto analýz vychází tzv. z „tvrdých“ dat, která byla poskytnuta hlavními aktéry na poli sběru příslušných dat, tj. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ministerstvo zdravotnictví ČR, či se jedná o interní údaje Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR. Nicméně žádná z těchto institucí nedisponuje údaji, které by dokázaly podchytit situaci „z terénu“, tj. co považují v současné době za největší problémy samotní dětsští praktičtí lékaři, jak vnímají zvyšující se administrativní zátěž, jaké mají představy o výkonu svého povolání a především, jak uvažují v otázce odchodu ze systému poskytování zdravotních služeb.

Z tohoto důvodu bylo na základě spolupráce mezi Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR (dále SPLDD ČR) a katedrou demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy (dále jen KDGD PŘF UK) provedeno dotazníkové šetření přímo mezi členy SPLDD ČR, které mělo přinést mnohé odpovědi na otázky, které nelze z běžných evidencí zjistit. Výsledky šetření budou využity jednak jako zdroj potřebných informací pro činnost a navazující jednání SPLDD ČR, jako např. podkladový materiál pro výše uvedenou reformu primární péče, jednak jako podklad pro studijní a vědecké účely na KDGD PŘF UK.

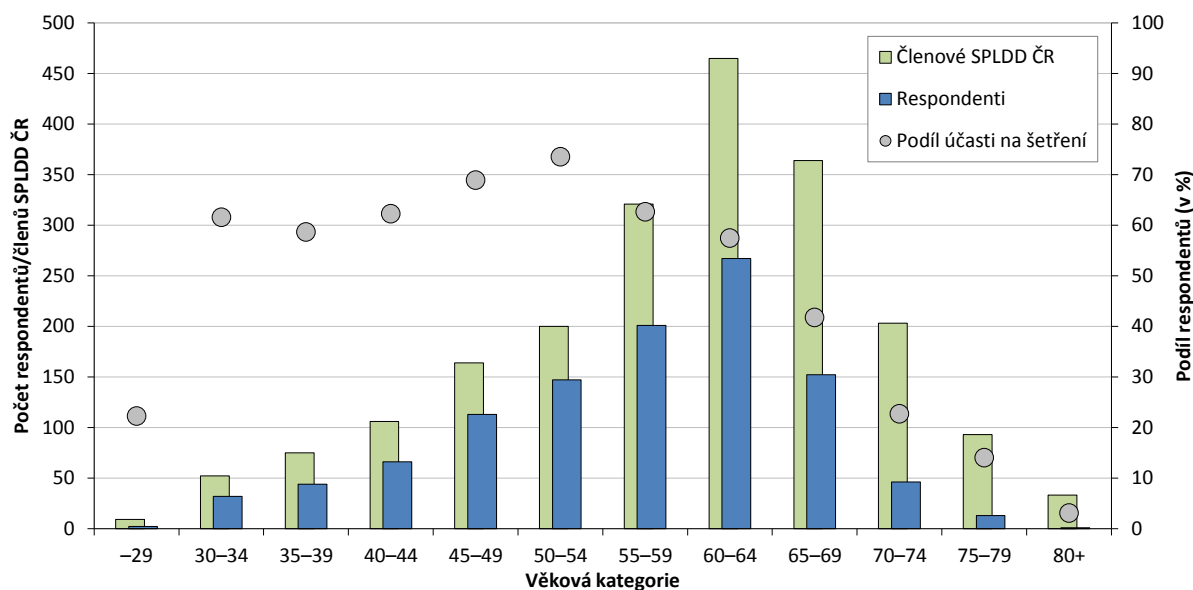
Dotazník se skládal ze dvou, na sobě nezávislých částí. Hlavní dotazníkové šetření bylo provedeno prostřednictvím internetového formuláře Google Forms v období od května do července 2018, a týkalo se samotných praktických lékařů pro děti a dorost, kteří jsou zároveň členy SPLDD ČR (všichni členové tohoto sdružení byli s prosbou o vyplnění dotazníku osloveni ze strany SPLDD ČR skrze e-mail). Doplnující informace byly získány výrazně kratším dotazníkem v písemné formě, který vyplnili okresní zástupci SPLDD ČR v rámci Sněmu SPLDD ČR v květnu 2018 v Karlových Varech. Cílem bylo získat názor těchto zástupců na současnou a budoucí situaci PLDD, jelikož právě ti mívají širší přehled o problematice PLDD v příslušném regionu.

Pokud nebude uvedeno jinak, údaje v následujícím textu jsou zpracovány nejprve dle výsledku hlavního dotazníkového šetření a teprve v závěrečné části jsou shrnuty poznatky z doplňkového šetření, provedeného mezi okresními zástupci SPLDD ČR.

Popis vzorku respondentů

Celkový počet respondentů, kteří se zúčastnili **dotazníkového šetření**, dosáhl hodnoty 1 084 respondentů, z nichž bylo 12,5 % mužů a 87,5 % žen. Jedná se o poměrně vysoký počet respondentů – 52 % z celkového počtu 2 085 členů SPLDD ČR (stav k 1. 10. 2018), z nichž zastoupení žen/členek dosahovalo 88,5 % (Obr. 1 a Tab. 1). Už z tohoto základního porovnání lze usuzovat, že se jedná o vysoce reprezentativní vzorek, pokrývající rovnoměrně téměř celou populaci těchto lékařů. SPLDD ČR má ve své členské základně naprostou většinu všech PLDD, což potvrzuje např. také srovnání s údaji VZP ČR, která ke konci roku 2017 evidovala 2 221 praktických lékařů pro děti a dorost, s celkovým počtem 2 048 úvazků (VZP ČR, 2018). Poměrně slušná reprezentativnost dat se potvrzuje i při pohledu na struktury respondentů dle jejich krajské příslušnosti či věkového složení.

Obr. 1: Porovnání věkového složení respondentů dotazníkového šetření a členské základny SPLDD ČR



Tab. 1: Počet a věkové složení respondentů dotazníkového šetření a členské základny SPLDD ČR dle krajů Česka

Kraj	Členská základna SPLDD ČR (stav 1. 10. 2018)						Respondenti dotazníkového šetření					
	Počet	Ženy (v %)	Průměr. věk	Podíl dle věk. skupiny (v %)			Počet	Ženy (v %)	Průměr. věk	Podíl dle věk. skupiny (v %)		
				-39	40-64	65+				-39	40-64	65+
Hlavní město Praha	285	91,2	61,7	6,3	50,5	43,2	166	89,2	57,3	9,1	67,9	23,6
Středočeský kraj	247	84,2	58,5	10,1	58,3	31,6	157	87,3	56,5	9,0	71,2	20,5
Jihočeský kraj	145	85,5	58,5	8,3	61,4	30,3	42	81,0	56,8	7,1	69,0	23,8
Plzeňský kraj	114	91,2	59,3	4,4	62,3	33,3	49	89,8	55,3	4,1	79,6	16,3
Karlovarský kraj	69	85,5	60,0	8,7	56,5	34,8	20	85,0	55,6	10,0	70,0	20,0
Ústecký kraj	156	88,5	59,2	5,8	60,3	34,0	76	86,8	54,9	6,6	76,3	17,1
Liberecký kraj	73	86,3	58,4	8,2	65,8	26,0	45	86,7	55,6	11,1	75,6	13,3
Královéhradecký k.	125	85,6	59,3	6,4	61,6	32,0	55	83,6	55,7	7,3	74,5	18,2
Pardubický kraj	94	91,5	59,5	6,4	57,4	36,2	54	90,7	56,1	5,6	77,8	16,7
Kraj Vysočina	91	86,8	58,7	8,8	64,8	26,4	64	89,1	56,1	10,9	64,1	25,0
Jihomoravský kraj	233	89,3	60,6	5,2	61,8	33,0	113	86,7	56,9	4,5	78,6	17,9
Olomoucký kraj	93	90,3	59,2	3,2	72,0	24,7	43	93,0	58,0	4,8	73,8	23,8
Zlínský kraj	137	89,8	60,1	3,6	64,2	32,1	79	88,6	56,3	3,8	81,0	15,2
Moravskoslezský k.	223	90,6	59,3	5,8	61,9	32,3	119	85,7	55,9	6,7	74,8	18,5
Česko	2 085	88,5	59,6	6,5	60,2	33,2	1 084	87,5	56,3	7,2	73,2	19,6

Poznámka: čtyři respondenti uvedli působení ve dvou krajích, tj. byli započtení do všech uvedených krajů; čtyři respondenti kraj působení neuvedli

Z výše uvedeného lze tak konstatovat, že data získaná z dotazníkového šetření lze považovat za poměrně reprezentativní vůči celkovému kmeni praktických lékařů pro děti a dorost v Česku a relativní zastoupení jednotlivých odpovědí lze tak následně aproximovat na celý obor PLDD.

Hlavní dotazník provedený mezi PLDD byl doplněn výrazně kratším dotazníkem, který byl určen pro **okresní zástupce PLDD v rámci SPLDD ČR**. Cílem tohoto doplňkového dotazníku bylo získat názor okresních zástupců, kteří mají o problematice PLDD v regionu své působnosti přehled, na současnou a budoucí situaci v oboru. Jak již bylo zmíněno, sběr dotazníku proběhl vyplněním papírového formuláře na Sněmu SPLDD ČR v květnu 2018. Tento dotazník vyplnilo celkem 48 okresních zástupců (cca 58 % z celkového počtu 83 okresních zástupců), přičemž 7 jich bylo ze Středočeského kraje, 6 z Jihočeského a Ústeckého kraje, 5 z Královéhradeckého a Moravskoslezského kraje, 3 zástupci zastupovali Plzeňský kraj, stejně jako Kraj Vysočinu, Jihomoravský kraj a Zlínský kraj, po dvou zástupcích měly Hl. m. Praha, Pardubický a Olomoucký kraj a jeden zástupce byl z Libereckého kraje. Z výčtu krajů Česka chybí zastoupení nejmenšího, Karlovarského kraje, který je složen ze tří okresů, avšak žádný ze zástupců SPLDD ČR tento dotazník nevyplnil.

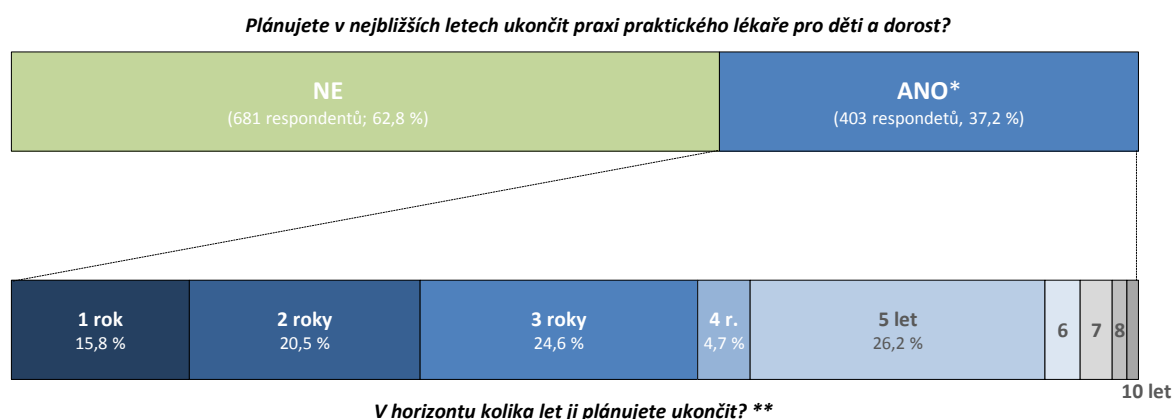
Výsledky tohoto šetření budou shrnuty v závěrečné části tohoto dokumentu a budou doplňovat celkový obraz zjišťované problematiky v oboru praktické lékařství pro děti a dorost v Česku.

Tematický okruh I: Ukončení praxe

Z pohledu na zastoupení jednotlivých věkových kategorií na struktuře PLDD (viz Obr. 1) lze usuzovat, že v nejbližší době lze předpokládat výrazný odchod lékařů, kteří dosáhnou či již dosáhli důchodového věku, což může výrazně ovlivnit budoucí dostupnost těchto služeb, a to především na regionální úrovni.

Jeden z hlavních bloků otázek dotazníkového šetření se týkal plánů PLDD na ukončení jejich činnosti. Často diskutovanou problematikou je, v jaké míře lze očekávat v následujících letech odchod lékařů z početně silně zastoupených generací (především ve věku 55–69 let) ze systému, tj. převážně do starobního důchodu. Na otázku „Plánujete v nejbližších letech ukončit praxi praktického lékaře pro děti a dorost?“ odpovědělo 37 % (403 lékařů, včetně pěti lékařů, kteří uvedli, že již praxi ukončili) z celkového počtu respondentů „Ano“ (Obr. 2). Mezi těmito lékaři bylo zjišťováno, v horizontu kolika let plánují svoji praxi ukončit. Dvanáct respondentů neuvedlo konkrétní časový horizont, pět respondentů naopak uvedlo, jak již bylo zmíněno, že svou praxi již ukončili – bez těchto dvou podskupin se tak jedná o vzorek s 1 067 respondenty. Z těch lékařů, co odpověděli „Ano“ a uvedli konkrétní horizont (386 respondentů), plánuje nejpozději do dvou let skončit 36 % (tj. 13 % z celkového počtu respondentů), resp. do tří let 61 % (odpovídá 22 % z celku), potažmo 92 % respondentů s plánovaným ukončením praxe ji chce ukončit do pěti let, což odpovídá 33 % z celkového počtu respondentů. Kdybychom tento podíl aplikovali na celou členskou základnu SPLDD ČR, potažmo celý kmen PLDD, tak reálně hrozí, že do pěti let může svou činnost v Česku ukončit téměř 700 praktických lékařů pro děti a dorost.

Obr. 2: Rozložení respondentů plánujících ukončení praxe PLDD podle plánované nejpozdější doby ukončení



Vysvětlivky: * včetně odpovědí bez určení horizontu ukončení praxe a s uvedením, že již praxi ukončili; ** struktura pouze z odpovědí s uvedeným konkrétním horizontem (386 respondentů).

Výše uvedené tvrzení dokládá také tabulka č. 2, která sleduje toto rozložení podle jednotlivých krajů Česka. Je tak patrné, že nejvíce plánují ukončit praxi lékaři v Královéhradeckém kraji (44 %), naopak v Ústeckém kraji o ukončení praxe uvažuje pouze čtvrtina respondentů. V horizontu 5 let pak podíl respondentů, kteří plánují ukončení praxe, se na krajské úrovni pohybuje v rozmezí od 21 % (Ústecký kraj) po 42 % (Královéhradecký kraj), přičemž většina krajů se pohybuje těsně nad hodnotou 30 %.

Tab. 2: Rozložení respondentů podle úvah ohledně ukončení praxe PLDD v jednotlivých krajích ČR

Kraj	Ukončení praxe (%)		Odpověď ANO: horizont ukončení praxe v letech (relativní kumulativní součty v %)								
	NE	ANO	1	2	3	4	5	6	7	8	10
Hlavní město Praha	59	41	4	12	25	28	37	39	40	40	41
Středočeský kraj	62	38	5	15	24	26	35	37	37	37	38
Jihočeský kraj	64	36	7	14	24	24	31	31	33	36	36
Plzeňský kraj	64	36	6	11	21	21	32	32	32	32	36
Karlovarský kraj	65	35	10	15	25	25	35	35	35	35	35
Ústecký kraj	75	25	4	8	12	13	21	23	25	25	25
Liberecký kraj	65	35	7	19	23	26	33	35	35	35	35
Královéhradecký kraj	56	44	5	11	22	24	42	44	44	44	44
Pardubický kraj	63	37	6	15	27	31	37	37	37	37	37
Kraj Vysočina	69	31	2	13	24	26	29	31	31	31	31
Jihomoravský kraj	65	35	5	13	21	21	31	32	33	35	35
Olomoucký kraj	60	40	2	12	14	14	35	35	40	40	40
Zlínský kraj	66	34	5	11	16	18	30	30	34	34	34
Moravskoslezský kraj	64	36	12	16	25	27	33	35	35	36	36
Česko	64	36	6	13	22	24	33	34	35	36	36

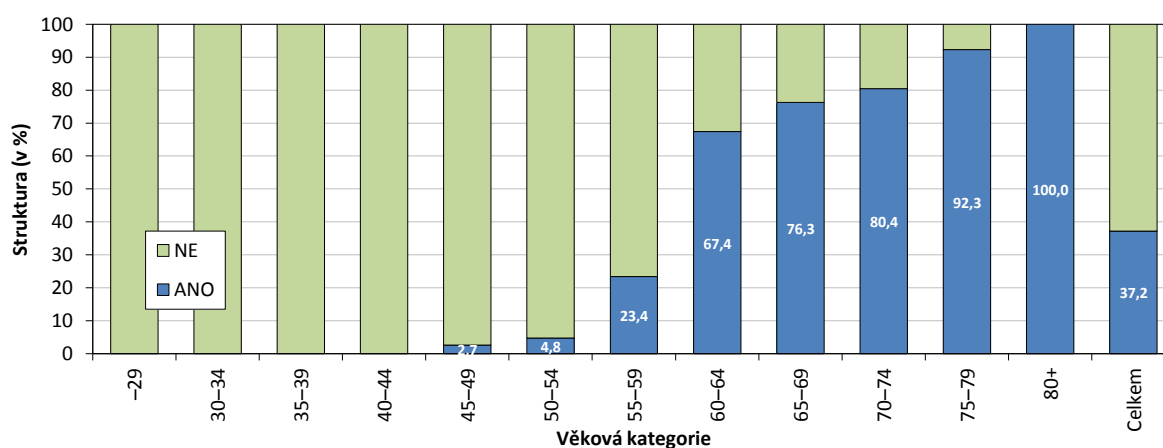
Z geografického pohledu je také zajímavé se podívat na odlišnost odpovědi respondentů dle velikostní kategorie obce, v které působí se svou praxí (Tab. 3). Z tohoto pohledu je možná překvapivé, že nejsou rozdíly příliš výrazné, v obcích nad 2 tisíce obyvatel se ve všech kategoriích pohybuje podíl rozhodnutých lékařů ukončit v dohledné době praxi v rozmezí 33–40 %. Pouze v nejnižší kategorii, obcích do 2 tisíce obyvatel, plánuje ukončení pouze 7 % respondentů, ale tato hodnota může být ovlivněna výrazně nižším počtem zastoupených respondentů, tzn., že případná malá absolutní změna v rozložení odpovědi může výrazně ovlivnit relativní hodnoty.

Tab. 3: Rozložení respondentů podle úvah ohledně ukončení praxe PLDD dle velikostní kategorie obce s praxí lékaře

Velikostní kategorie obcí	Celkem	Absolutně		Relativně (v %)	
		NE	ANO	NE	ANO
Méně než 2 000 obyvatel	42	39	3	93	7
2 000 až 9 999 obyvatel	322	193	129	60	40
10 000 až 24 999 obyvatel	221	135	86	61	39
25 000 až 49 000 obyvatel	122	82	40	67	33
50 000 až 99 999 obyvatel	114	72	42	63	37
100 000 obyvatel a více	263	160	103	61	39

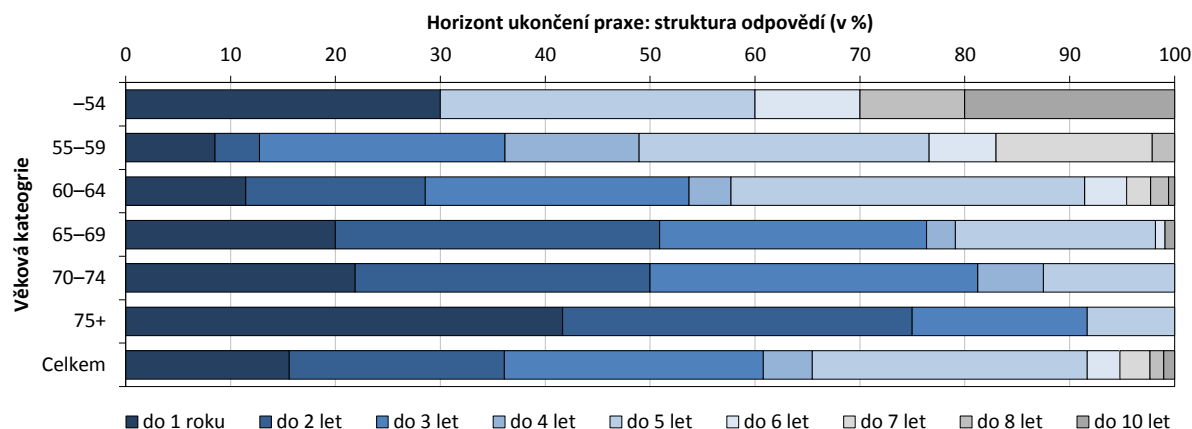
Zajímavý pohled podává také struktura odpovědí dle věku respondentů, kdy lze sledovat s rostoucím věkem zvyšující se podíl respondentů, kteří plánují v dohledné době ukončení praxe (Obr. 3). Ve věku 55–59 let má již konkrétní představu o ukončení praxe téměř čtvrtina lékařů, ve věku 60–64 let to jsou již více než dvě třetiny a v další věkové kategorii, 65–69 let, to jsou již více než tři čtvrtiny respondentů.

Obr. 3: Podíl respondentů, kteří plánují v dohledné době ukončení praxe, dle věku lékařů



Při bližším pohledu lze sledovat také horizont plánovaného ukončení praxe dle hlavních věkových kategorií lékařů (Obr. 4). Zatímco ve věku 55–59 let plánuje ukončení praxe nejvíce lékařů v horizontu do pěti let, ve věku 60–64 let polovina respondentů plánuje ukončení do tří let a ve věku 65–69 polovina lékařů, kteří plánují ukončení praxe, tak je rozhodnuta učinit do dvou let. Z uvedeného je zřejmé, že hlavním důvodem pro ukončení praxe je věk, resp. dosažení důchodového věku.

Obr. 4: Horizont ukončení praxe u lékařů, kteří plánují v nejbližších letech její ukončení, dle věku lékařů



Tento úsudek potvrzují také odpovědi na zjišťování důvodů pro plánované ukončení praxe samotnými respondenty. Nejvíce převládá právě věk, respektive dosažení důchodového věku (viz Tab. 4). Tento důvod uvedlo přes 96 % respondentů a samozřejmě zastoupení respondentů uvádějících tento důvod se s věkem zvyšuje. Druhým nejčastěji zmiňovaným (ve 37 % případů) byly současné legislativní podmínky ve zdravotnictví, kde naopak lze sledovat, že jsou významnější pro mladší lékaře, avšak rozdíl mezi jednotlivými věkovými skupinami není velký. Jako problematické se jeví také ekonomické faktory, a to ať už jde o ty, které se pojí k provozu praxe (tento důvod uvedlo necelých 9 %), nebo o ty, které souvisí s vyúčtováním zdravotní péče (uvedeno v 7 % případů). Mezi dalšími uvedenými důvody byla administrativní zátěž lékařů (6 %) či zdravotní stav respondentů (3 %).

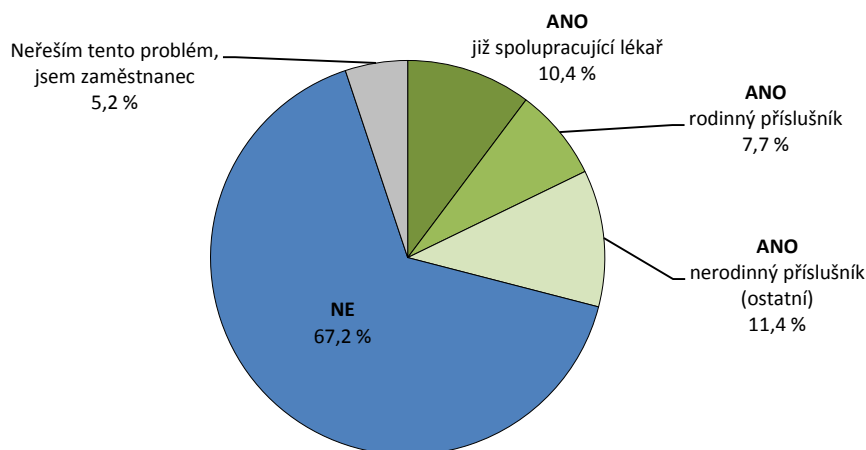
Tab. 4: Důvody plánovaného ukončení praxe

Důvod	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)	
		k počtu odpovědí	k počtu respondentů
Váš věk (odchod do důchodu)	388	58,4	96,3
Ekonomické faktory spojené s provozem praxe	36	5,4	8,9
Ekonomické faktory spojené s hrazením poskytnuté péče	29	4,4	7,2
Legislativní podmínky ve zdravotnictví	150	22,6	37,2
Zdravotní stav	12	1,8	3,0
Administrativní zátěž	24	3,6	6,0
Již jsem v důchodu	6	0,9	1,5
Jiné	19	2,9	4,7
Celkem	664	100	..

Poznámka: Respondenti v této otázce mohli uvést více důvodů vedoucích k plánovanému ukončení praxe.

Přestože tedy více než třetina respondentů plánuje v nejbližších letech ukončit praxi PLDD, většina z nich (67 %) nemá žádného nástupce, který by po nich praxi převzal. Necelá třetina nástupce zajištěného má, přičemž více než 10 % respondentů uvedlo, že jejich nástupcem bude již spolupracující lékař (Obr. 5).

Obr. 5: Zajištění převzetí praxe v případě jejího ukončení



Poznámka: Odpovídali pouze respondenti, kteří plánují v nejbližších letech ukončit svou praxi.

Mezi lékaři, kteří na otázku „Plánujete v nejbližších letech ukončit praxi praktického lékaře pro děti a dorost?“ odpověděli „Ne“ (62,8 % všech respondentů), si většina z nich (57 %) představuje ukončit svou praxi až po dosažení důchodového věku, naopak před jeho dosažením pouze 5 % (Tab. 5). I tyto odpovědi jsou samozřejmě věkově specifické, kdy lze sledovat u mladších lékařů vyšší podíl plánovaného ukončení praxe před dosažením důchodového věku, resp. při jeho dosažení.

Tab. 5: Rozložení odpovědí na plánované ukončení praxe u respondentů, kteří dosud nejsou rozhodnutí, kdy praxi ukončí

Doba ukončení praxe	Absolutní četnost					Relativní četnost (v %)				
	–39	40–49	50–59	60+	celkem	–39	40–49	50–59	60+	celkem
Před dosažením důchodového věku	8	17	9	0	34	10,3	9,7	3,1	0,0	5,0
Při dosažení důchodového věku	48	104	105	3	260	61,5	59,1	35,7	2,3	38,2
Po dosažení důchodového věku	22	55	180	130	387	28,2	31,3	61,2	97,7	56,8
Celkem	78	176	294	133	681	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Diskuse nad výsledky na téma „ukončení praxe“

Z výše uvedených výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že problematika poměrně masivního odchodu lékařů ze systému, a to především v důsledku dosažení důchodového věku, je vysoce aktuální a do jisté míry alarmující. V mnoha regionech může již v horizontu tří let ukončit svou praxi až čtvrtina současných PLDD, a v horizontu již pouhých pěti let se může jednat o třetinu lékařů, v některých krajích podíl přesahuje podíl současného počtu lékařů 40 %. Je na tyto generační změny systém připraven?

V současné situaci rozhodně ne. Pokud se tato krizová situace nezačne urgentně řešit, hrozí reálná nedostupnost primární péče o děti v ČR v podstatě ve všech krajích. V některých dříve a v některých později. Zpomalení tohoto procesu může být způsobeno ochotou zbylých okolních lékařů registrovat děti od kolegů, kteří ukončili svou činnost. Nicméně tento způsob péče se dříve či později projeví v přetížení lékařů a následně poklesem kvality péče. Již v loňském roce jsme mohli sledovat lokality, ve kterých byla kapacita okolních lékařů naplněna. V takovýchto případech přebírá zdravotnickou dokumentaci příslušný krajský úřad a zdravotní pojišťovny obtížně hledají nového poskytovatele zdravotních služeb. Co bylo a je příčinou současné nepříznivé situace? Jaká řešení se nabízejí?

Přes opakované upozorňování na problémy se zajištěním primární péče o děti v budoucnosti byla za posledních 15 let podpora primární péče o děti minimální. MZ ČR nevypracovalo žádnou koncepci péče o děti v ČR, která by udala směr či strategii v zajištění primární péče o děti a dorost v budoucnosti. Přesto lze najít několik pozitiv. Jako pozitivní krok lze hodnotit vznik samostatného základního specializačního oboru Praktické lékařství pro

děti a dorost v roce 2004 a alespoň částečné zajištění potřebných tzv. rezidenčních míst pro budoucí praktické lékaře pro děti a dorost. Obor byl zrušen v roce 2017 novelou příslušného zákona. Za dobu své existence bylo do oboru zařazeno 577 lékařů, přičemž trend byl výrazně stoupající a pokryl by předpokládanou potřebu generační výměny v systému. K říjnu 2018 atestovalo 297 lékařů (IPVZ, 2018). Vzhledem k převaze žen (90,5 %) si velká část lékařek plní po atestaci mateřské či rodičovské povinnosti a jen část z nich již vstoupila do systému a v rámci generační výměny nahradila odcházejícího lékaře či s ním již spolupracuje. Vyplývá to i z dotazníkového šetření. Jako další pozitivní krok lze hodnotit i zřízení tzv. studijních kruhů se zaměřením na pediatrii na některých lékařských fakultách. Nenahradí to zrušenou Fakultu dětského lékařství UK v Praze (zrušena v roce 1990¹), která každoročně připravila více než 100 lékařů zaměřených na pediatrii, ale pomůže to motivovat studenty lékařské fakulty k práci s dětmi a rodinami. Dalším pozitivním krokem pro primární péči je zřízení kvalifikačního kurzu pro lékaře s atestací z dětského lékařství, který umožní lékařům z dětských oddělení rychlý vstup do systému primární péče, nicméně nese to určité riziko ohrožení personálního zajištění dětského oddělení v některých lokalitách.

Jako negativní krok, který nepodporuje dostatečnou generační obměnu, vnímáme nedostatečné finanční ohodnocení práce praktických lékařů pro děti a dorost, kteří byli opakovaně v minulých letech poškozováni úhradovými vyhláškami ze strany MZ ČR. Další negativní faktor je zrušení oboru Praktické lékařství pro děti a dorost v roce 2017, neboť došlo k výraznému propadu počtu lékařů, kteří mají možnost se vzdělávat v novém oboru pediatrie a následně směřovat do primární péče, a to z důvodu dosud nevypracovaných navazujících prováděcích vyhlášek MZ ČR k novele zákona 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Jako negativum lze hodnotit i složitou administrativní činnost pro akreditovaná pracoviště, která je spojena s rezidenčním místem a školením lékaře.

Východiskem z krizové situace vidíme připravovanou reformu primární péče na MZ ČR. V první řadě je nutné umožnit mladým lékařům se zájmem o práci v primární péči absolvovat vzdělávací program a motivovat nemocnice (dětská oddělení) k jejich vzdělávání a to bez jakékoliv vazby na další setrvání v nemocnici po atestaci. Je nutné velmi rychle vyřešit vzdělávání nových praktických lékařů pro děti a dorost, řešení vidíme v navrácení oboru. Dále je žádoucí motivovat již studenty lékařských fakult pro práci zaměřenou na primární péči o děti, umožnit jim stáž v ordinacích PLDD, včetně stáží ve venkovských praxích a odlehlých oblastech. V případě lékařů v důchodovém věku je žádoucí zavést v oblastech s nedostatečnou generační obměnou motivační a bonifikační mechanismy, které by je motivovaly odsunout předpokládaný odchod do důchodu. Do motivačních mechanismů pro tuto věkovou kategorii by zcela určitě měla patřit dobrovolnost změn, které zdravotnický systém zavádí (jako např. e-recept, e-neschopenka a další prvky elektronického zdravotnictví), dále umožnit výjimky z EET. Obecně by prospělo systému snížení administrativní zátěže, což potvrdí výsledky i další části dotazníkového šetření. Nemalou roli hrají v neposlední řadě také zdravotní pojišťovny v oblasti smluvní politiky, které by měly dodržovat stanovená pravidla a využít maximálně své možnosti pro nasmlouvání primární péče o děti do oblastí s nedostatkem PLDD.

¹ viz <https://www.lf2.cuni.cz/fakulta/historie/etos-hippocrates/od-fakulty-detskeho-lekarstvi-ke-2-lekarske-fakulte-univerzity?role=uchazec&mini=2018-07>

Tematický okruh II.: Pracovní vytížení

Cílem dalšího bloku otázek v dotazníku bylo zmapovat pracovní vytížení PLDD, které může – jak bylo uvedeno v předchozí části – být jedním z důvodů plánovaného ukončení praxe. První z otázek na toto téma zněla „*Pokuste se vyčíslit, kolik hodin průměrně strávíte administrativou během pracovního dne (vedení zdravotnické dokumentace, vykazování péče atd.)*“. Více než třetina respondentů odpověděla, že tráví administrativou v průměru 1–2 hodiny, resp. 2–3 hodiny denně, zhruba pětina (21 %) více než 3 hodiny denně. Méně než 1 hodinu denně se administrativě věnuje pouze přibližně 5 % lékařů. Zajímavý je v tomto směru pohled na rozdíly podle věkového složení respondentů – z Tab. 6 je patrné, že zatímco více než 3 hodiny denně byla odpověď především lékařů ve středních věkových kategoriích (40–59), lékaři ve věku 60 a více let daleko častěji uváděli nižší časové vytížení spojené s administrativou, stejně jako mladí lékaři do 40 let věku. To však do jisté míry souvisí se skutečností, že (spolu)majitelem ordinace, ve které vykonávají lékaři zahrnutí v šetření svou praxi, je jen 63 % respondentů do 40 let, resp. 85 % lékařů ve věku 60 a více let (avšak jen 68 % ve věku 70 a více let), zatímco ve věku 40–69 let je to průměrně 91 % lékařů.

Tab. 6: Rozložení respondentů podle průměrného času, který stráví v průběhu jednoho pracovního dne administrativou

Věková kategorie	Absolutní četnosti					Relativní četnosti (v %)				
	méně než 1 hodinu	1–2 hodiny	2–3 hodiny	3 a více hodin	celkem	méně než 1 hodinu	1–2 hodiny	2–3 hodiny	3 a více hodin	Celkem
–34	2	15	11	6	34	5,9	44,1	32,4	17,6	100,0
35–39	3	22	11	8	44	6,8	50,0	25,0	18,2	100,0
40–44	2	22	23	19	66	3,0	33,3	34,8	28,8	100,0
45–49	9	39	37	28	113	8,0	34,5	32,7	24,8	100,0
50–54	8	43	60	36	147	5,4	29,3	40,8	24,5	100,0
55–59	4	60	88	49	201	2,0	29,9	43,8	24,4	100,0
60–64	13	103	95	56	267	4,9	38,6	35,6	21,0	100,0
65–69	11	66	56	19	152	7,2	43,4	36,8	12,5	100,0
70–74	4	20	17	5	46	8,7	43,5	37,0	10,9	100,0
75+	1	7	5	1	14	7,1	50,0	35,7	7,1	100,0
Celkem	57	397	403	227	1 084	5,3	36,6	37,2	20,9	100,0

Administrativa je pro lékaře značně zatěžující a problematická, což koresponduje se zjištěním, že pouze 2 % respondentů zvládá bez problémů všechny její oblasti, se kterými se při výkonu svého povolání setkávají. Zcela nejproblematictější se jeví posudková činnost, a to zejména vyplňování formulářů/posudků pro Českou správu sociálního zabezpečení. Tuto oblast uvedl jako problematickou zhruba každý čtvrtý respondent. Dále také téměř čtvrtina respondentů považuje za problematické ostatní posudky (ať už se jedná o posudky a různá potvrzení pro soudy, úřady či na brigády a tábory pacientů). Často zmiňovaným problémem v administrativě byly také výpisy ze zdravotnické dokumentace a statistická hlášení (cca 12 % respondentů). Kompletní přehled uváděných nejproblematictějších/nejobtížnějších oblastí administrativy je uveden v Tab. 7.

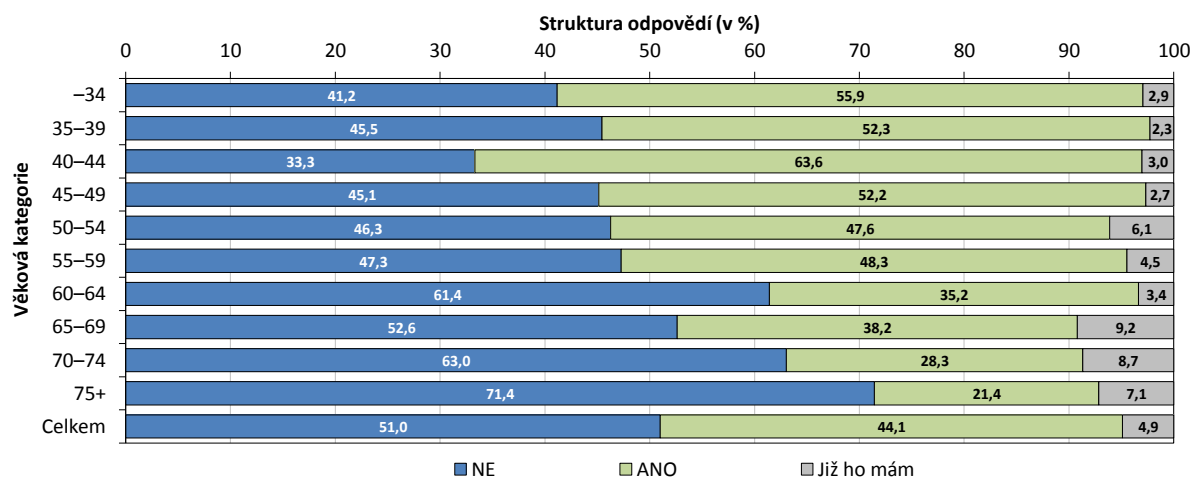
Tab. 7: Nejproblematictější/nejobtížnější oblasti administrativy

Oblast	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)	
		k počtu odpovědí	k počtu respondentů
Posudky, formuláře a administrativa spojená s ČSSZ	287	16,8	26,5
Posudky/potvrzení (policie, tábory, brigády, omluvenky)	267	15,6	24,6
Výpisy ze zdravotní dokumentace	130	7,6	12,0
Statistiky (hlášení, ÚZIS)	127	7,4	11,7
Komunikace se zdravotními pojišťovnami	62	3,6	5,7
Vykazování péče (vč. opravných dávek)	61	3,6	5,6
Návrhy na lázně	60	3,5	5,5
Pojistky (hlášení úrazů)	59	3,5	5,4
Legislativa a její změny	55	3,2	5,1
GDPR	55	3,2	5,1
Veškeré vykazování a evidence údajů	44	2,6	4,1
Posudky, formuláře a administrativa pro OSPOD	42	2,5	3,9
Administrativa a její nárůst	39	2,3	3,6
Vedení zdravotnické dokumentace	35	2,0	3,2
Činnosti spojené s kontrolou SÚKL	33	1,9	3,0
Práce s PC, IT	31	1,8	2,9
Hlášení různým institucím	25	1,5	2,3
Elektronizace zdravotnictví (el. podpis, eRecept)	25	1,5	2,3
Účetnictví (vč. daní)	20	1,2	1,8
Očkování	19	1,1	1,8
BOZP, PO	19	1,1	1,8
Informované souhlasy (např. ohledně očkování)	18	1,1	1,7
Provoz praxe	14	0,8	1,3
ÚZIS (obnova certifikátů, komunikace s ním)	6	0,4	0,6
Doporučení ke specialistovi	6	0,4	0,6
Vše	24	1,4	2,2
Nic	28	1,6	2,6
Nesouvisející s léčením	6	0,4	0,6
Jiné	67	3,9	6,2
Nevyplněno či přesně neuvedeno	44	2,6	4,1
Celkem	1 708	100,0	..

Poznámka: Respondenti v této otázce mohli uvést více důvodů vedoucích k plánovanému ukončení praxe.

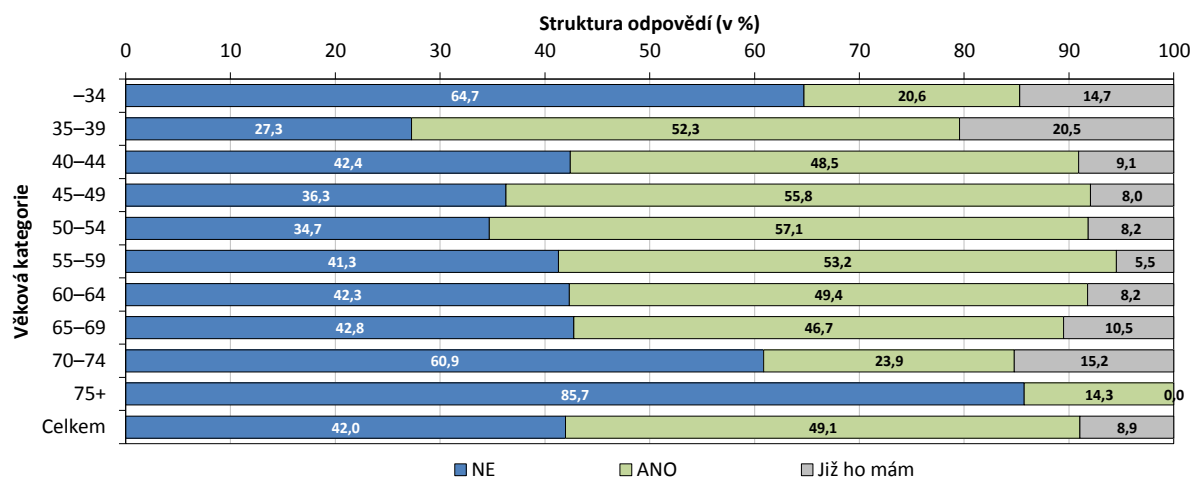
Náročnost administrativy související s činností PLDD se zřejmě odráží i ve skutečnosti, že 44 % respondentů by uvítalo v ordinaci nezdravotnického administrativního pracovníka či recepčního, přičemž téměř 5 % respondentů již takového pracovníka v ordinaci má. Zajímavý je opět pohled na strukturu odpovědí dle věku respondentů, kdy takovou pomoc by častěji vítali především mladší lékaři (viz Obr. 6).

Obr. 6: Preference přijetí administrativního pracovníka/recepčního (nezdravotnického pracovníka)



Obdobné výsledky i s ohledem na věkové odlišnosti lze nalézt také v odpovědích spojených s preferencemi ohledně zapojení dalšího PLDD v ordinaci (v rámci úvah neměli brát respondenti v potaz současné finanční podmínky), kdy 49 % respondentů by ve své ordinaci ocenilo dalšího praktického lékaře pro děti a dorost a téměř 9 % všech respondentů již dalšího PLDD v ordinaci má (viz Obr. 7). Z pohledu věkových odlišností lze pozorovat podobný trend, jako u předchozí otázky, a to, že zapojení další „pomocné“ síly preferují především mladší lékaři.

Obr. 7: Preference zapojení dalšího PLDD v ordinaci



Většina z těch, kdo nemá v ordinaci dalšího lékaře, ale chtěl by takového spolupracovníka mít, by míru jeho zapojení (za předpokladu čtyřicetihodinové týdenní pracovní doby) uvítala v rozsahu 10–19 hodin týdně (62 %), přičemž opět je patrné, že mladší lékaři by si dokázali představit větší časové zapojení takové další pracovní síly, než lékaři ve vyšším věku (Tab. 8).

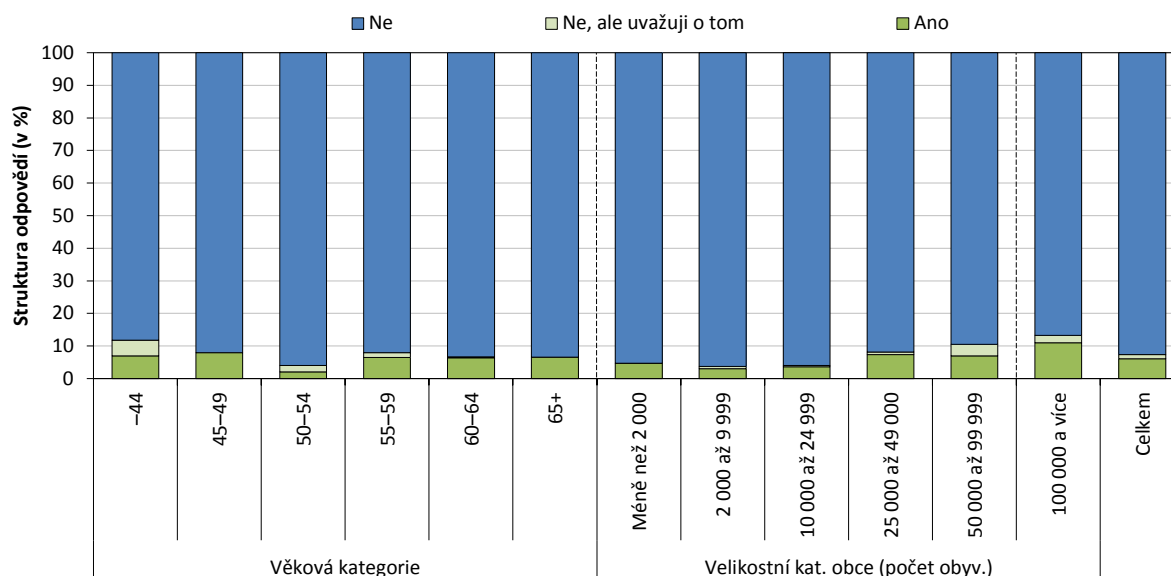
Tab. 8: Míra zapojení dalšího PLDD v ordinaci u respondentů, kteří projeví zájem o takového pracovníka, avšak jej doposud nemají

Věková kategorie	Absolutní četnosti					Relativní četnosti (v %)				
	méně než 10 hodin týdně	10–19 hodin týdně	20–29 hodin týdně	30 a více hodin týdně	celkem	méně než 10 hodin týdně	10–19 hodin týdně	20–29 hodin týdně	30 a více hodin týdně	celkem
-39	10	17	3	0	30	33,3	56,7	10,0	0,0	100,0
40–49	27	57	11	0	95	28,4	60,0	11,6	0,0	100,0
50–59	53	112	18	8	191	27,7	58,6	9,4	4,2	100,0
60–69	42	139	14	8	203	20,7	68,5	6,9	3,9	100,0
70+	5	6	1	1	13	38,5	46,2	7,7	7,7	100,0
Celkem	137	331	47	17	532	25,8	62,2	8,8	3,2	100,0

Poznámka: Odpověď pouze za respondenty, kteří odpověděli, že by si přáli zapojení dalšího PLDD v ordinaci, přičemž dosud jej nemají. Předpoklad 40hodinové týdenní pracovní doby.

Ačkoliv by nemalá část respondentů uvítala další pracovní sílu, tak pouze minimální počet z nich (1 %) uvažuje o vzájemné spolupráci mezi jednotlivými PLDD formou tzv. „sdílených praxí“ (tj. kolektiv lékařů, jakožto samostatných poskytovatelů zdravotních služeb, kteří sdílejí některé vybavení, zdravotní sestru, podílejí se na nákladech, zástupech apod.), přičemž v současné době v takovém „kolektivu“ pracuje pouze 6 % všech respondentů. Téměř 93 % všech respondentů se pak k možnosti „sdílených praxí“ staví negativně, přičemž s věkem tento postoj sílí. Pokud by se jako diferenční kritérium použila velikostní kategorie obcí, i přes celkově nízké podíly kladných odpovědí by bylo možné sledovat vyšší náklonost ke „sdíleným praxím“ u lékařů s praxí v populačně větších městech.

Obr. 8: Práce v rámci kolektivu tzv. „sdílených praxí“



S pracovním vytížením lékařů souvisí také možnost zástupu v případě nepřítomnosti v ordinaci. Převážná většina respondentů (téměř 84 %) možnost využívat zástupy má, pouze 1,5 % lékařů takovou možnost nemá nikdy. V tomto ohledu bylo zajímavé analyzovat odpovědi podle velikostní kategorie obce, kdy je patrné, že lékaři s praxí v populačně nejmenších obcích mají větší problém s možností zástupu, než lékaři s obcí s vyšším počtem obyvatel.

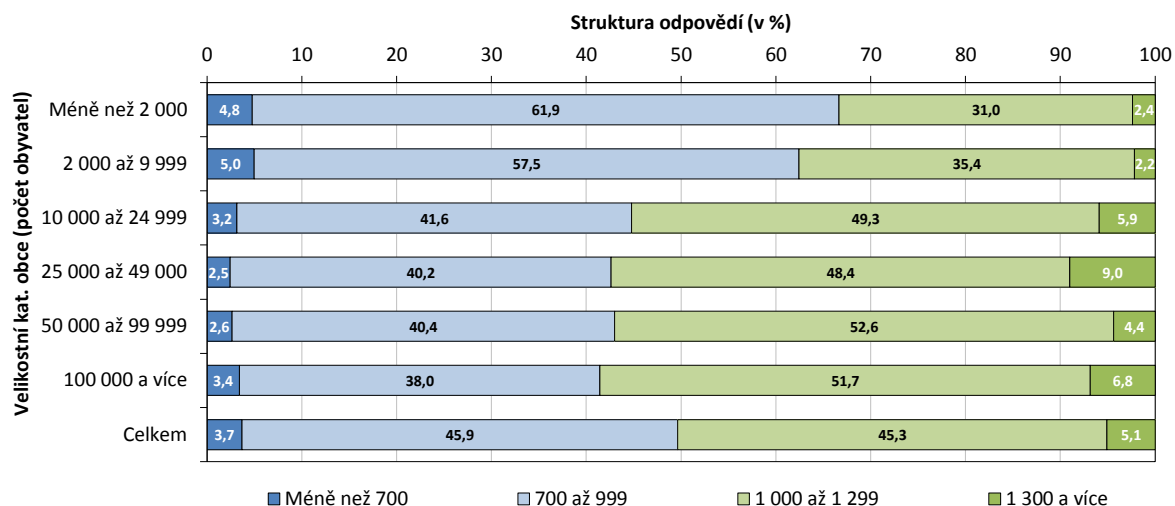
Tab. 9: Struktura odpovědí na otázku možnosti zástupu jinými lékaři v případě nepřítomnosti (v %)

Odpověď	Velikostní kategorie obce (počet obyvatel)						Celkem
	Méně než 2 000	2 000 až 9 999	10 000 až 24 999	25 000 až 49 000	50 000 až 99 999	100 000 a více	
Neřeším tento problém, jsem zaměstnanec	4,8	1,2	0,5	1,6	3,5	6,5	2,8
Nikdy ne	9,5	2,2	0,0	2,5	0,9	0,4	1,5
Většinou ne	16,7	13,7	9,5	9,8	7,9	14,1	12,0
Většinou ano	52,4	52,2	50,7	48,4	50,9	58,2	52,8
Vždy ano	16,7	30,7	39,4	37,7	36,8	20,9	31,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Často bývá diskutována problematika, jaký by měl být optimální počet pacientů na 1 lékaře (resp. jednu ordinaci a při úvaze rovnoměrného věkového rozložení pacientů). Žádný takový daný počet není ustanoven, v dostupných datových zdrojích (PS PČR, 1996) lze pouze nalézt doporučený počet PLDD na 100 tis. obyvatel, který činil 22–25 lékařů, tj. s ohledem na aktuální počet obyvatel na našem území (ČSÚ, 2018) se jedná o přibližně 800–900 obyvatel/pacientů na 1 lékaře.

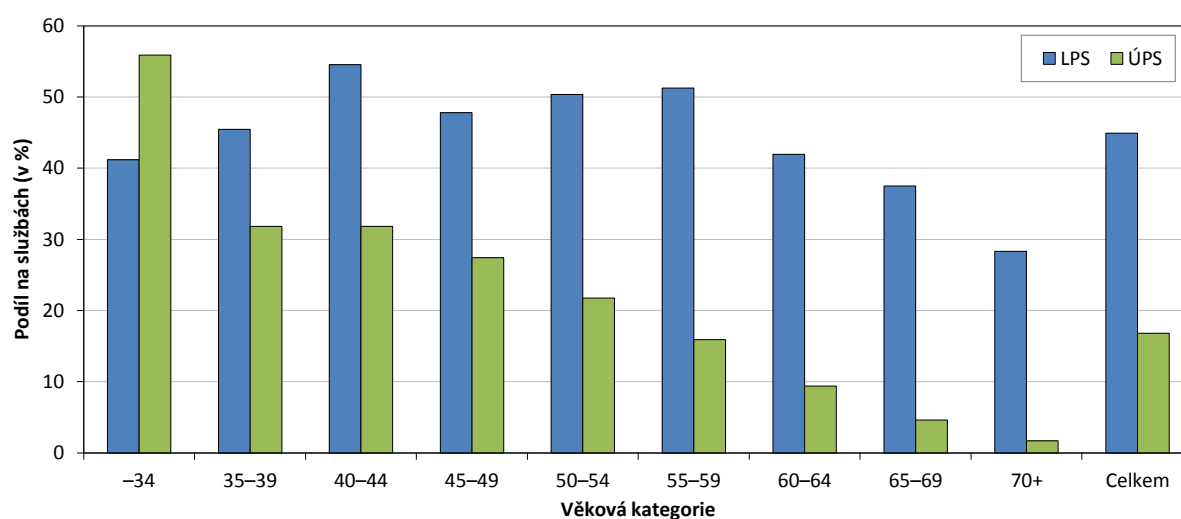
Na tuto otázku byli dotazováni také respondenti dotazníkového šetření, kteří nejčastěji odpovídali pro dvě kategorie, které obě zaujímaly kolem 45 % odpovědí, a to 700–999 a 1 000–1 299 pacientů (Obr. 9). V současné době se tato hodnota pohybuje kolem 1 000 pacientů (viz Šídlo et al, 2017), což odpovídá představám lékařů. Opět i u této otázky je zajímavé použít jako diferenční ukazatel velikostní kategorii obce, kde je patrné, že lékaři v populačně menších obcích více preferují nižší počet pacientů, než lékaři ve městech s vyšším počtem obyvatel.

Obr. 9: Optimální počet pacientů v jedné ordinaci pro zachování kvality zdravotní péče



Další dvě položky dotazníku cílily na zjištění, do jaké míry se PLDD podílejí na lékařské pohotovostní službě (LPS) a na ústavní pohotovostní službě (ÚPS). Na první z těchto služeb se podílí méně než polovina respondentů (45 %) a na ústavní pohotovostní službě pouze 17 % z nich (Obr. 10). Odpovědi na obě otázky mají věkově odlišný profil, avšak každá otázka jiný – zatímco na LPS se nejvíce podílí lékaři ve věku 40–44 let (55 %) a až do věku 60 let je na poměrně vysoké úrovni, v rámci ÚPS jsou nejvyšší hodnoty u lékařů do 40 let, které převyšují 30 %, a posléze s věkem tento podíl výrazně klesá.

Obr. 10: Míra zapojení PLDD v rámci lékařské pohotovostní služby (LPS) a na ústavní pohotovostní službě (ÚPS)



Na dotaz, zda respondenti pracují také u jiného poskytovatele zdravotních služeb, odpovědělo negativně 83 %, zatímco odpověď „Ano“ zaznamenalo 17 % respondentů (Tab. 10), přičemž většina z nich pracuje na jiném než dětském lůžkovém oddělení. Dalo se pak předpokládat, že s věkem opět podíl těch, kteří pracují u jiného PZS, klesá.

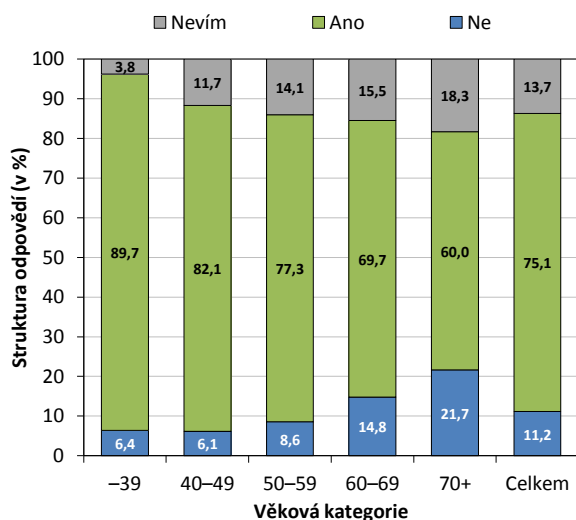
Tab. 10: Práce u jiného poskytovatele zdravotních služeb

Odpověď	Absolutní četnosti						Relativní četnosti (v %)					
	–39	40–49	50–59	60–69	70+	celkem	–39	40–49	50–59	60–69	70+	celkem
Ne	51	133	286	376	54	900	65,4	74,3	82,2	89,7	90,0	83,0
Ne, ale zájem pracovat na DLO	1	2	4	1	0	8	1,3	1,1	1,1	0,2	0,0	0,7
Ano, na DLO	17	22	18	14	1	72	21,8	12,3	5,2	3,3	1,7	6,6
Ano, jinde	9	22	40	28	5	104	11,5	12,3	11,5	6,7	8,3	9,6
Celkem	78	179	348	419	60	1 084	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

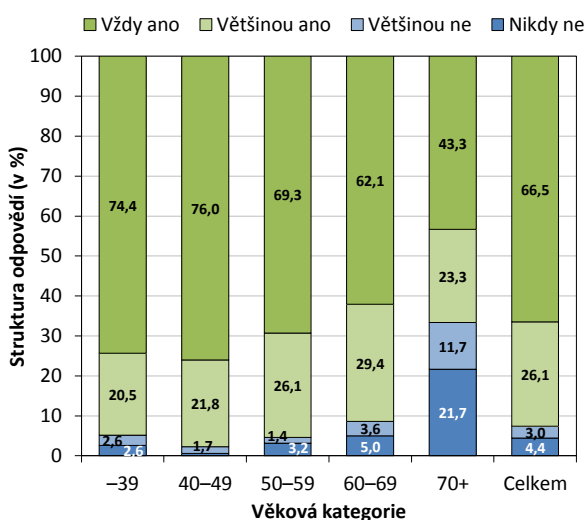
Vysvětlivka: DLO = dětské lůžkové oddělení

Další položka dotazníku se týkala možnosti rozšíření spektra výkonů pro výkon své profese (za předpokladu adekvátního finančního ohodnocení), které by více uvítali mladší lékaři, než starší, přesto i tak celkový podíl kladných odpovědí dosahuje 75 % (viz obr. 11). Podobnou strukturu odpovědí lze nalézt u odpovědí, zda lékaři již využívají elektronický recept (eRecept) ke své preskripci, což je možné od 1. 1. 2018 v souladu se zákonem č. 378/2007 Sb. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že jej vždy využívají dvě třetiny respondentů a dalších 26 % ho využívá většinou. Pouze necelých 5 % lékařů eRecept nevyužívá k preskripci vůbec, přičemž větší podíl těch, kteří jej (většinou) nepoužívají, jsou lékaři ve vyšším věku.

Obr. 11: Postoj k možnosti rozšíření spektra zdravotních výkonů o nové výkony



Obr. 12: Zkušenosti s využitím preskripce přes eRecept



Poslední dvě analytické položky dotazníku se týkaly studia PLDD. První zjišťovala odpověď na otázku, zda respondenti již věděli na konci studia všeobecného lékařství, že se chtějí specializovat jako praktický lékař pro děti a dorost. Kladně na tuto otázku odpověděly téměř dvě třetiny respondentů. Toto zjištění je důležité především v tom směru, že již v rámci studia všeobecného lékařství lze dostatečným způsobem motivovat studenty k tomu, aby se dále specializovali na obor praktické lékařství pro děti a dorost. S ohledem na zjištění ohledně plánovaného ukončení praxe je totiž zapotřebí rozvinout dostatečný tlak na to, aby se mladí lékaři profilovali v tomto oboru a nedošlo tak k výraznému snížení dostupnosti těchto služeb v důsledku nedostatečné generační obměny.

Druhá otázka, zabývající se studiem, naopak měla za cíl zjistit zájem lékařů o vzdělání v nadstavbových oborech pro práci dětského specialisty. Z výsledků vyplývá, že 13 % respondentů již takovou specializaci má, další necelá 2 % se v ní vzdělává a 12 % o ní uvažuje, tzn., že téměř tři čtvrtiny respondentů nemá o další vzdělávání zájem (více viz tab. 11).

Tab. 11: Specializace na PLDD a další vzdělávání v oborech pro práci dětského specialisty

Otázka/odpověď	Absolutní četnosti						Relativní četnosti (v %)					
	-39	40-49	50-59	60-69	70+	celkem	-39	40-49	50-59	60-69	70+	celkem
<i>Věděl/a jste již na konci studia všeobecného lékařství, že se chcete specializovat jako praktický lékař pro děti a dorost?</i>												
Ano	41	58	221	326	49	695	52,6	32,4	63,5	77,8	81,7	64,1
Ne	37	121	127	93	11	389	47,4	67,6	36,5	22,2	18,3	35,9
Celkem	78	179	348	419	60	1 084	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Měl/a byste zájem vzdělávat se v nadstavbových oborech pro práci dětského specialisty?</i>												
Již tuto specializaci mám	1	27	48	55	11	142	1,3	15,1	13,8	13,1	18,3	13,1
Již se vzdělávám	3	6	3	4	1	17	3,8	3,4	0,9	1,0	1,7	1,6
Ano, uvažuji o ní	34	40	41	16	1	132	43,6	22,3	11,8	3,8	1,7	12,2
Ne	40	106	256	344	47	793	51,3	59,2	73,6	82,1	78,3	73,2
Celkem	78	179	348	419	60	1 084	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Diskuse nad výsledky na téma „pracovní vytížení“

Administrativní činnosti za poslední roky nejenom v oblasti praktického lékařství pro děti a dorost výrazně přibýlo. Změnily se nároky na vedení dokumentace, zvýšil se objem prací se zajištěním a vykazáním vakcín a vlastního očkování, přibýlo posudkové činnosti, která má zákony a prováděcími předpisy definovanou podobu (vzory formulářů, prokazatelná předání, kopie posudků atd.), přibýly informované souhlasy a nesouhlasy, množství zpráv na žádost rodičů pro různé účely atd. Již dávno nestačí razítko na přinesený formulář a jedna věta v dokumentaci. Pokud lékař dodrží všechny náležitosti, vyžaduje to více času, papírů a studia měnících se legislativních předpisů. Ovlivňuje to výrazně i organizaci práce v ordinaci.

Z tohoto hlediska se dá také pohlížet na výsledek dotazníkového šetření, kdy je patrný rozdíl v počtu hodin strávených administrativní činností podle věkového složení respondentů. Souvisí s tím i administrativa, která se týká např. vedení dokumentace či výpisů z dokumentace, kdy lékaři ve věku 60 a více let často tuto činnost pojmu více než stručně. Nezdravotnický pracovník by byl vítaným pomocníkem v administrativní činnosti, lékaři by uvítali pomoc v zapisování do dokumentace, vypisování pojistných událostí, zvaní pacientů, vyřizování telefonů a pomoc v mnoha dalších činnostech spojených s provozem ordinace. Mladší lékaři preferují dostatek času pro rodinu a mimopracovní aktivity, starší lékaři často dohání administrativu i mimo pracovní dobu. Z tohoto hlediska lze předpokládat, že mladší lékaři budou hledat dalšího spolupracovníka. Určitou možnost ulehčení pracovního vytížení skýtá smysluplná elektronická zdravotnická dokumentace, ale vložení informací do elektronické dokumentace představuje v počátku výraznou časovou a finanční investici ze strany lékaře.

V otázce sdílených praxí a zjištěných výsledků se lze domnívat, že pro většinu respondentů je otazníkem, co si mají vlastně reálně pod tímto pojmem představit. Nemalá část respondentů si pamatuje na své působení v bývalých OÚNZ... Ve velkých městech jsou obecně větší možnosti se sdružovat a vzájemně spolupracovat, již nyní se vzájemně lékaři zastupují, což zřejmě vede i k nepatrně vyšší náklonosti ke „sdílení praxí“. V odlehlejších oblastech jsou lékaři v mnohém odkázáni jen na sebe a nedokáží si takovouto sdílenou praxi ani představit, velmi těžko hledají za sebe i zástup v době dovolené.

Otázka „optimálního počtu pacientů“ velmi úzce souvisí s kompetencemi lékaře, nabídkou okolních služeb ambulantních specialistů, dostupností nemocniční péče a v neposlední řadě na volnosti pohybu pacienta v síti poskytovatelů zdravotních služeb. Lékař, který pracuje např. v odlehlejší oblasti, bude určitě preferovat nižší počet pacientů, neboť již např. samotná návštěvní služba vyžaduje daleko více času. Stejně tak spektrum výkonů v kurativě je vyšší a lékař často řeší i problémy, které ve městě ošetří ambulantní specialista. Vzhledem k plánovanému rozšíření kompetencí a dispenzarizaci některých skupin chronických pacientů a vzhledem k pracovnímu vytížení lékařů již v současnosti je žádoucí nezvyšovat počet registrovaných pacientů. Optimální počet pacientů na 1 lékaře je pod 1 000 a je ovlivněn věkovou strukturou pacientů, lokalitou ordinace, kvalitou poskytovaných služeb. Klíčovým faktorem je odpovídající nastavení financování poskytovatele, což v případě praktických lékařů pro děti a dorost je stále nedostatečné a péče je dlouhodobě podfinancovaná.

K zajištění lékařské pohotovostní služby (LPS) lze jen uvést, že odpovídá fyzickým možnostem a často i zdravotním obtížím lékařů, u nichž s rostoucím věkem klesá motivace k účasti na LPS. Paradoxně však po ukončení činnosti poskytovatele se často následně lékaři zapojí do zajištění LPS v dané oblasti. Ústavní pohotovostní službu vykonávají zejména mladší lékaři, kteří na příslušném dětském oddělení pracovali či mají zájem udržovat kontakt s prací a kolektivem na dětském oddělení. Následně pro zvyšující se pracovní zatížení v roli poskytovatele a také v souvislosti s plněním rodičovské role klesá motivace k zapojování se do ÚPS a zejména k práci v noci.

Potěšující je výrazná podpora rozšíření kompetencí lékařů, zejména ze strany mladších lékařů. Ukazuje to, že jdeme správným směrem v připravované reformě primární péče. Vyplývá to i ze skutečnosti, že nemalá část lékařů již v současnosti poskytuje zdravotní služby nad rámec svých povinností a ve prospěch svých pacientů. Týká se to nejen možností metod POCT, prevence, ale i péče o některé pacienty s chronickou diagnózou či předepisování léků.

Necelých 5 % lékařů, kteří nevyužívají ke své preskripci elektronický recept, představuje potenciálních cca 100 lékařů, kteří by dle informací SPLDD ČR mohli ukončit svou činnost ke konci roku 2018. Tento počet není zanedbatelný, neboť v některých lokalitách může způsobit značný problém s dostupností péče PLDD.

Výsledky šetření mezi okresními zástupci SPLDD ČR

Jak již bylo uvedeno v úvodní části, v rámci dotazníkového šetření se pomocí vyplnění papírového formuláře v rámci Sněmu SPLDD ČR v květnu 2018 podařilo získat od 48 okresních zástupců názor na současnou a budoucí problematiku oboru v daném regionu.

První část se zabývala **problémy, se kterými se dle názoru těchto zástupců potýkají PLDD v jejich okrese v rámci jejich činnosti**, přičemž zároveň respondenti identifikovali problémy, které jsou dle jejich názoru pro PLDD nejvýznamnější. Mezi zmiňovanými problémy převládal nejvíce nárůst administrativní činnosti, který uvedl každý respondent. Dále byly ve zhruba dvou třetinách případů zmíněny následující problémy: nedostačující generační obměna, zvyšující se průměrný věk lékařů a legislativní podmínky ve zdravotnictví. Kompletní přehled uvedených problémů je shrnut v následující tabulce (Tab. 12).

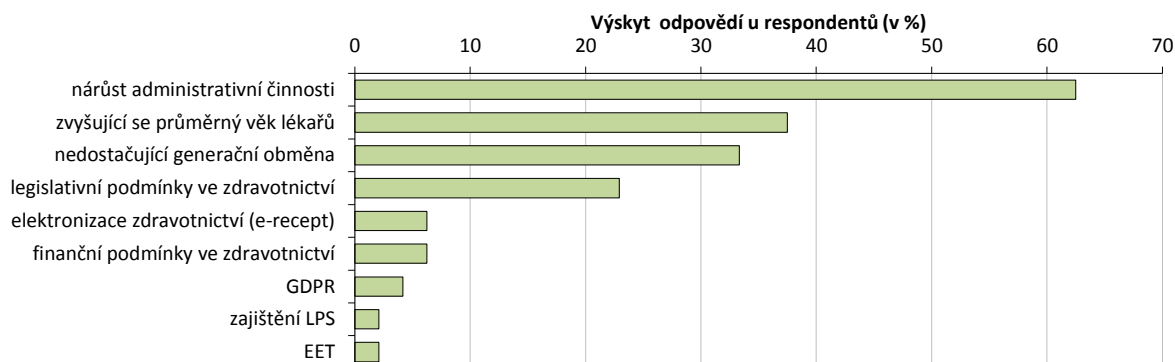
Tab. 12: Problémy, se kterými se podle respondentů v současnosti v jejich okrese potýkají PLDD v rámci jejich činnosti

Oblast	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)	
		k počtu odpovědí	k počtu respondentů
Nárůst administrativní činnosti	48	25,3	100,0
Nedostačující generační obměna	33	17,4	68,8
Zvyšující se průměrný věk lékařů	32	16,8	66,7
Legislativní podmínky ve zdravotnictví	31	16,3	64,6
Elektronizace zdravotnictví (e-recept)	21	11,1	43,8
Finanční podmínky ve zdravotnictví	15	7,9	31,3
Zajištění LPS	2	1,1	4,2
Nedostatek ambulantních specialistů	2	1,1	4,2
Problematická spolupráce s LZZ	1	0,5	2,1
EET	1	0,5	2,1
Omlouvání záků	1	0,5	2,1
GDPR	1	0,5	2,1
Nedostatek odpočinku - nelze sehnat zástup do ordinace	1	0,5	2,1
Problematická spolupráce s rodiči	1	0,5	2,1
Celkem	190	100,0	..

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Oblastí, která byla ze strany respondentů vnímána jako nejproblematictější, byl nejčastěji nárůst administrativní činnosti. Na otázku „Který z uvedených problémů je v současnosti pro praktické lékaře pro děti a dorost ve Vašem okrese v rámci jejich činnosti největší?“ tuto odpověď uvedlo 62,5 % respondentů. Dalším nejvíce zmiňovaným byl zvyšující se průměrný věk lékařů (v 38 % případů) a nedostačující generační obměna (33 % respondentů).

Obr. 13: Nejproblematictější oblasti v současné činnosti PLDD dle názoru okresních zástupců SPLDD ČR



Okresní zástupci mohli také **zhodnotit celkovou situaci PLDD v okresech, které zastupují**, a to z pohledu jak **současnosti**, tak budoucnosti. V popisu současné situace (Tab. 13) se téměř u poloviny respondentů objevilo, že velká část lékařů v jejich okrese je již v (před)důchodovém věku, s čímž souvisí problematická generační obměna. Problematickým se pro respondenty jeví již výše zmíněný nárůst administrativní činnosti, resp. její celkový objem vedoucí k omezení času pro samotnou medicínskou činnost. Ten ve svém hodnocení současné situace uvedlo 27 % respondentů. Stejný podíl respondentů ale stávající stav v jejich okrese zhodnotil jako stabilizovaný a dobrý.

Tab. 13: Problematika zmíněná v hodnocení současné situace PLDD v jednotlivých okresech

Oblast	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)	
		k počtu odpovědí	k počtu respondentů
Vysoký/zvyšující se věk PLDD	23	21,5	47,9
Problematická generační obměna	14	13,1	29,2
Nadbytečná administrativa a její nárůst	13	12,1	27,1
Pasivita a neúčast lékařů na LPS/LPS a na aktivitách SPLDD	6	5,6	12,5
Fungující generační obměna	5	4,7	10,4
Elektronizace – eRecept (problém pro starší a zastupující lékaře)	3	2,8	6,3
Problematická legislativa	3	2,8	6,3
Únava, syndrom vyhoření, přetížení	3	2,8	6,3
Nedostačující finanční ohodnocení	2	1,9	4,2
Otázka zajištění dětských oddělení	2	1,9	4,2
Špatná situace	2	1,9	4,2
Jiné	18	16,8	41,8
Stabilizovaná/dobrá situace	13	12,1	27,1
Celkem	107	100,0	..

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Budoucí situace PLDD byla respondenty hodnocena obdobně (Tab. 14), resp. navazovala na vnímání situace současné. Jako nejčastěji uváděnou překážkou (zmínila ji třetina respondentů) v příznivém vývoji situace byla opět problematika generační obměny související jak s nedostatkem mladých lékařů (specificky jej uvedlo ve svém popisu 18,8 % respondentů), tak s vysokým věkem PLDD (zmíněno v 14,6 % případů). Zhoršení dostupnosti péče očekává v budoucnu 8,3 % respondentů. Stejný podíl respondentů ale hodnotil budoucí situaci naopak jako stabilizovanou a dobrou.

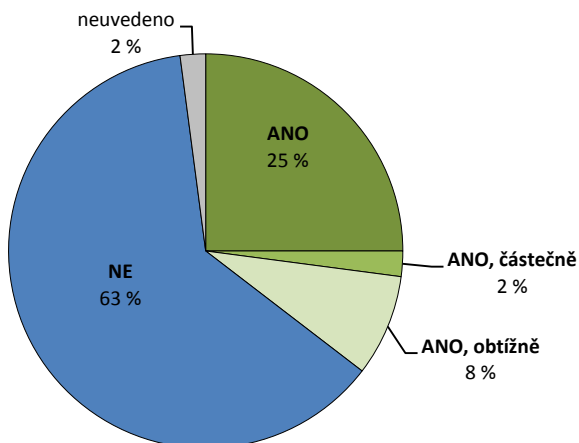
Tab. 14: Problematika zmíněná v hodnocení budoucí situace PLDD v jednotlivých okresech

Oblast	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)	
		k počtu odpovědí	k počtu respondentů
Problematická generační obměna	16	23,2	33,3
Nedostatek lékařů (mladých)	9	13,0	18,8
Vysoký/zvyšující se věk PLDD	7	10,1	14,6
Zhoršená dostupnost péče	4	5,8	8,3
Problematická legislativa/byrokracie	3	4,3	6,3
Špatná situace	3	4,3	6,3
Elektronizace (EET, eRecepty)	2	2,9	4,2
Chybí akreditace/rezidenční místa	2	2,9	4,2
Nadbytečná administrativa a její nárůst	2	2,9	4,2
Rozpad péče při rozpadu PLDD	2	2,9	4,2
Únava, syndrom vyhoření, přetížení	2	2,9	4,2
Jiné	10	14,5	20,8
Stabilizovaná/dobrá situace	4	5,8	8,3
Péče bude zajištěná	3	4,3	6,3
Celkem	69	100,0	..

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Poslední problematika, které se dotazník pro okresní zástupce PLDD věnoval, se týkala **názoru na dostupnost péče zubních lékařů pro děti** v jednotlivých okresech. Jako dostupnou (i když někde s obtížemi) v zastupovaných okresech tuto péči označilo 33,3 % respondentů, naopak jako nedostupnou ji hodnotilo 62,5 % respondentů (Obr. 14).

Obr. 14: Dostupnost péče zubních lékařů pro děti dle názoru okresních zástupců SPLDD ČR



Závěr

Je nejvyšší čas systémově a koncepčně řešit problém zajištění primární péče o děti a dorost v Česku. Klíčovou úlohu v tomto musí sehrát MZ ČR, které zřídilo za tímto účelem pracovní skupinu k tzv. reformě primární péče. Tato pracovní skupina od počátku roku 2018 aktivně analyzuje současný stav a vytváří potřebné doporučení k dlouhodobému zajištění dostupných a kvalitních služeb. Prioritní opatření je nutné řešit ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami (zodpovídají za zajištění péče), ale také kraji (vytváří koncepcie zdravotní péče o obyvatele v kraji). Největší problémy současného oboru PLDD lze poměrně jednoznačně pojmenovat: a) stárnutí PLDD, spojené s nedostatečnou generační obměnou; b) narůstající administrativní zátěž.

Jak co nejrychleji řešit současný kritický stav a minimálně zbrzdit očekávané negativní dopady? Nabízí se několik akutních řešení, a to jak krátkodobých (u kterých se může projevit dopad do systému také v delším časovém horizontu), tak dlouhodobých. Mezi krátkodobé akutní řešení lze navrhnout především tyto body:

- motivace a bonifikace lékařů v důchodovém věku v rizikových oblastech, kde hrozí v případě jejich odchodu ze systému nedostupnost péče;
- motivace a bonifikace lékařů, kteří mají volnou kapacitu a převzmou významnou část neregistrovaných pacientů po odchodu lékaře ze systému;
- spolupráce zdravotních pojišťoven s profesní organizací při výběrových řízeních na poskytovatele v oboru PLDD s cílem konkrétní podpory oblastí s nedostupností péče;
- motivace a bonifikace akreditovaných pracovišť, které školí nové PLDD;
- získání výjimky pro lékaře důchodového věku pro vybrané administrativní činnosti (e-recept, EET, ...);
- snížení celkové administrativy (MZ ČR, MPSV, MŠMT).

Akutní řešení s dlouhodobým dopadem do systému lze pak specifikovat následovně:

- navrácení samostatného základního specializačního oboru Praktické lékařství pro děti a dorost;
- navýšení rezidenčních míst a finančních prostředků pro tyto účely, případně změna toku finanční dotace rezidenčních míst (správcem by mohl být IPVZ nebo přímé vyplacení dotace rezidentovi, který by si náklady hradil z dotace sám);
- podpora akreditovaných zařízení (metodická, administrativní, finanční...)
- zřízení stáží v ordinacích PLDD pro studenty LF od 4. ročníku, včetně stáží ve venkovských oblastech a odlehlých oblastech, podpora školitelů;
- zřízení „pediatrických kruhů“ na všech lékařských fakultách v Česku
- aktivní smluvní politika zdravotní pojišťoven směřující primárně do jak aktuálně rizikových oblastí, tak do oblastí, které lze identifikovat jako nejvíce ohrožené s ohledem na generační obměnu lékařů,
- zlepšení financování primární péče o děti a dorost.

Jednotlivé strategické kroky by pak měly vést k vypracování souhrnné koncepce péče o děti a dorost v Česku a posílení role primární péče (jak na straně většího okruhu kompetencí, tak na straně financování). V neposlední řadě by mělo dojít k restrukturalizaci sítě poskytovatelů lůžkových služeb, kdy mnohá dětská oddělení nejsou a – s ohledem na další odhadovaný demografický vývoj – již nebudou plně využita, nabízí se zřízení expektačních lůžek či jednodenní ambulantní pediatrie. Velký význam pro celkovou udržitelnost systému PLDD má pak samotná podpora místní samosprávy a krajů pro studenty lékařských fakult, budoucí PLDD, a to pomocí zřízení stipendií, zárukou akreditovaného pracoviště v nemocnici či aktivní podporou zřízení či převzetí lékařské praxe.

Ačkoliv z mnohých indicií se může zdát, že již je „několik minut po dvanácté“, je nutné nerezignovat na tento nepříznivý stav a snažit se aktivně hledat řešení tak, aby nedošlo k ovlivnění dostupnosti i kvality služeb poskytovaných praktickými lékaři pro děti a dorost, kteří jsou – a doufejme, že stále budou – důležitou součástí českého zdravotního systému.

Použitá literatura

- Burcin, B., Šídlo, L. 2017. *Budoucí dostupnost primární zdravotní péče v Česku*. Analytická studie založená na výsledcích modelových projekcí počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Praha. Dostupné [zde](#).
- ČSÚ (Český statistický úřad). 2018. *Věkové složení obyvatelstva – 2017*. Dostupné [zde](#).
- IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví), 2018. Údaje o počtu atestovaných lékařů specializačního oboru Praktické lékařství pro děti a dorost na základě vyžádání SPLDD ČR.
- PS PČR (Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky). 1996. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky na rok 1997*. Tabulka 15. Společná Česko-slovenská digitální parlamentní knihovna. Dostupné [zde](#).
- Šídlo, L. 2010a. Lékaři primární zdravotní péče v České republice z pohledu demografie – současný stav jako základní kámen budoucího vývoje. *Časopis lékařů českých*, 149 (12), s. 563–571. ISSN 0008-7335. Dostupné [zde](#).
- Šídlo, L. 2010b. Regionální diferenciace věkové struktury praktických lékařů v České republice na počátku 21. století. *Praktický lékař*. 2010, 90 (12), s. 704–707. ISSN 0032-6739. Dostupné [zde](#).
- Šídlo, L. 2011. Primární zdravotní péče v ohrožení? Modelové scénáře budoucího vývoje lékařů primární zdravotní péče v ČR. *Zdravotnictví v ČR*, roč. 14, č. 1, s. 2–7. Dostupné [zde](#).
- Šídlo, L. 2015. Praktičtí lékaři v Česku očima demografa. *Geografické rozhledy*, roč. 25, č. 1, s. 22–23. ISSN 1210-3004. Dostupné [zde](#).
- Šídlo, L., Novák, M., Kocová, M., Bartoň, P. 2015. Physicians in the Czech Republic: A Demographic Perspective. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*. 57, 4, s. 309–318. ISSN 1805-2991. Dostupné [zde](#).
- Šídlo, L., Novák, M., Štych, P., Burcin, B. 2017. *Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče v Česku – dostupnost praktického lékařství pro děti a dorost*. Praha : Nakladatelství P3K. ISBN 978-80-87343-73-9. Dostupné [zde](#).
- Štych, P., Šídlo, L., Novák, M., Hořínek, J. 2017. *Místní dostupnost primární zdravotní péče v Česku – dostupnost praktického lékařství pro děti a dorost*. Sada specializovaných map s odborným obsahem. Elektronická verze. Praha : Nakladatelství P3K. ISBN 978-80-87343-81-4. Dostupné [zde](#).
- ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). 2017. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Dostupné [zde](#).
- VZP ČR (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR). 2018. *Ročenka VZP ČR za rok 2017*. Dostupná [zde](#).