

Koncepce změn primární péče v ČR

Materiál Pracovní skupiny pro reformu primární péče

Primární péče, zajištěná praktickými lékaři (VPL + PLDD) v součinnosti s gynekology a stomatology, je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o vulnerabilní skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším.

Kvůli nízkým kompetencím praktických lékařů (VPL a PLDD), ale i nedostatečnému spektru poskytovaných služeb daných suboptimálním rozvojem oboru a nedostatečnému využívání jejich regulační a organizační role pro přístup k nákladným specializovaným službám, není potenciál primární péče v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, dobře využit. Za hlavní problémy lze považovat omezení kompetencí, výkonů a preskripce praktických lékařů, neexistence jasných pravidel, která by vymezovala vztahy s ambulantními specialisty a lůžkovými zařízeními, systém paušálních úhrad u ambulantních specialistů (s regulací na unicitní rodné číslo), který determinuje jejich chování v systému a zvyšuje uměle četnost kontaktů pacienta se zdravotním systémem. To znamená zbytečné náklady v řádu desítek miliard korun ročně a dyskomfort pro pacienta. Dalším problémem primární péče je obrovský nárůst administrativy a úbytek praktických lékařů v neatraktivních oblastech ohrožující dostupnost lékařské péče. Cílem reformy primární péče musí být její postupná proměna a posílení, tak aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Tento materiál obsahuje souhrn potřebných změn v primární péči, na kterých se shodla Pracovní skupina pro reformu primární péče, která pracuje při MZ od února 2018. Členění textu se řídí podle jednotlivých kapitol agendy, které si pracovní skupina stanovila.

1. Posílení kompetencí praktických lékařů a jasné vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům

A. Rozšíření kompetencí musí umožnit praktickému lékaři poskytovat maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen. Většina kontaktů pacienta se zdravotním systémem se musí uskutečnit co nejbližší jeho bydliště v ordinaci praktického lékaře, se kterým má důvěrný vztah a dobře ho zná. Jedinými limity takové péče mají být technické a odborné možnosti praktického lékaře, nikoliv administrativní překážky. Praktický lékař má být průvodcem pacienta po systému a jeho advokátem, který ho mimo jiné ochraňuje i před zbytečnou lékařskou péčí.

Kompetence praktických lékařů je třeba rozšířit v následujících oblastech:

a. Management chronických onemocnění. Je nutné rozšířit výkony ke komplexní dispenzární péči praktických lékařů o pacienty s populačně významnými chronickými onemocněními, jako jsou: onkologická onemocnění, diabetes, prediabetes, hypertenze, dyslipidemie, thyreopatie, ICHS, CHOPN, demence a další, včetně výkonů pro edukaci těchto pacientů. U dětí pak sledování pacienta se zvýšeným rizikem rozvoje alergických onemocnění, atopické dermatitidy či thyreopatií, včetně provádění spirometrie, prevence obezity a péče o nekomplikované obézní pacienty.

b. Diagnostické výkony umožňující zlepšení a zrychlení diagnostiky a rozhodování o dalším způsobu léčby akutních stavů přímo v ordinaci praktického lékaře. Kromě již zavedených, jsou to POCT metody ke stanovení D-dimeru, kardiospecifických markerů, spirometrie v diferenciální diagnostice dušnosti a v péči o pacienta s CHOPN, oxygenoterapie, ale také DUSG žil DKK a výhledově i USG břicha. U dětí POCT krevní obraz, lipidogram a glykemie u rizikové rodinné anamnézy a obézních dětí.

c. Screeningové výkony posilující roli praktických lékařů v záchytu onemocnění, jejichž včasná léčba zlepšuje významně prognózu pacienta a snižuje náklady na poskytovanou péči. Jde o časný záchyt demencí, CHOPN, spánkové apnoe. Zásadní je zachování a posílení role praktických lékařů ve screeningu kolorektálního karcinomu, včetně vzniku nových výkonů, u dětí pak včasný záchyt očních vad a včasný záchyt rizikového chování dětí a adolescentů.

d. Nové výkony rozšiřující činnost praktických lékařů o výkony z paliativní medicíny, psychosomatiky, léčby chronické bolesti, myoskeletární medicíny, fyziatrie, oxygenoterapie a také péče o pacienty v pobytových zařízeních.

Při zařazení výkonu jakékoliv autorské odbornosti do Seznamu výkonů je nově třeba zhodnotit, zda je výkon schopen provádět praktický lékař a pokud ano, je třeba ho automaticky sdílet pro odbornost 001 respektive 002. Pojišťovny nasmlouvají praktickým lékařům, zejména na venkově a v oblastech s hůře dostupnou specializovanou péčí, podle smluvní potřeby i výkony jiných odborností, o které požádají a prokáží odbornou způsobilost k jejich provádění (bez ohledu na sdílení uvedené v registračním listu výkonu).

B: Vymezení kompetencí a nastavení pravidel mezi primární a specializovanou péčí

Důležitým cílem posilování role primární péče je korigovat pohyb pacienta zdravotním systémem tak, aby prioritně vyhledával péči u praktického lékaře, a redukovat počet kontaktů pacienta se zdravotním systémem, který je v ČR extrémní a vysoce převyšuje čísla okolních vyspělých zemí. Zároveň zvýšit komfort pacienta tím, že získá maximum kvalitní péče v místě nejbližším jeho bydlišti a od lékaře, se kterým má dlouhodobý a důvěrný vztah. Zprůchodnit zdravotní systém, uvolněním kapacit ambulantních specialistů pro péči o komplikované a akutní pacienty. Tím snížit počet zbytečných hospitalizací. Zároveň tím umožnit přesun pacientů z nemocničních ambulancí k ambulantním specialistům. To odlehčí personální situaci nemocnic tím, že nemocniční lékař s výjimkou specializovaných poraden nebude zbytečně vázán v nemocniční ambulanci.

Proto je nutné vytvořit mechanismy, které by odstranily motivaci ambulantních specialistů držet v péči nekomplikované pacienty a přijímat pacienty bez doporučení, či poskytovat nevyžádanou péči, a které by regulovaly rozumně pohyb pacienta systémem:

a. Důsledné dodržování dispenzarizace (v současnosti platná legislativa)

Již dnes existující právní úprava dispenzarizace umožňuje smysluplné směřování pacientů s chronickými diagnózami v pohybu zdravotním systémem, ale není dodržována. Musí být zavedena, striktně dodržována a vymáhána povinnost vykazovat dispenzární signální výkon při péči o pacienty s vybranou chronickou diagnózou. Vykazuje ten, kdo má pacienta v dispenzární péči, buď praktický lékař, nebo ambulantní specialista. Ten potřebuje vstupní žádanku k dispenzarizaci (předání do dispenzární péče), k dalším kontrolám již ne (povinné vykazování dispenzárního kódu při každé kontrole). **O dispenzarizaci rozhoduje praktický lékař**, s výjimkou některých diagnóz, které jsou taxativně vymezeny: většina psychiatrických dg., onkologických dg., vzácných onemocnění a některých dalších, jako jsou například roztroušená skleróza, infekční dg. jako hepatitidy a HIV, diagnózy ve vazbě na transplantační programy atd. I u těchto diagnóz musí být praktický lékař o dispenzarizaci informován. Pracoviště, které dispenzarizuje pacienta pro konkrétní diagnózu, také zajišťuje veškerá

komplementární vyšetření související s uvedenou diagnózou, včetně preskripce léků od kontroly ke kontrole (opakovací rp, e rp.). Bude nutno stanovit datum, ke kterému dojde k narovnání dispenzarizačních procesů a vztahů. Celá řada pacientů je dispenzarizována správně, ale neexistuje k tomu žádanka. Mnozí pacienti reálně jsou dispenzarizováni, ale nejsou vykazováni. Proto je nutné k určitému datu dát pojišťovně jasnou informaci, kdo pacienta dispenzarizuje. Způsob, jakým to udělat je třeba najít ve shodě praktických lékařů, ambulantních specialistů a zdravotních pojišťoven. Zpočátku zavést pilotně jen u několika zásadních diagnóz: hypertenze, diabetes, prediabetes atd.

b. Elektronická trojcestná žádanka (indikující praktický lékař – specialista či komplement provádějící vyšetření - zdravotní pojišťovna) umožňující důslednou kontrolu toho, jaká péče byla vyžádána a jaká je požadována k úhradě. Žádanka jasně signalizuje, zda je žádáno konziliární vyšetření (1x komplexní či cílené vyšetření), či předání do krátkodobé péče (komplexní či cílené vyš. AS + max. 2 kontrolní), nebo předání do dlouhodobé (dispenzární péče)

c. Zvýhodnění vyšetření pacienta přicházejícího s doporučením praktického lékaře v úhradě péče ambulantnímu specialistovi. Za ošetření pacienta s žádankou vyšší hodnota bodu. Naopak nižší hodnota bodu u pacienta bez doporučení či tzv. šedé dispenzarizace (doporučeno kompenzovat finanční spoluúčastí pacienta).

d. Posílení role praktického lékaře v managementu chronických onemocnění i ve screeningových programech (viz předchozí).

Vystavování dočasné pracovní neschopnosti (DPN)

Je třeba eliminovat zbytečné návštěvy pacienta v ordinacích pouze z důvodu administrace PN. Trvat na striktním dodržování platné legislativy. Ten, kdo pacienta první vyšetří a zjistí, že není schopen práce, vždy vystavuje DPN. Pokud o pacienta již dále nepečuje, předá VPL. Pokud pečuje (např. chirurg u pacienta se zlomenou nohou), administruje DPN dokud pacienta léčí. To znamená, že rozhoduje o trvání či ukončení DPN a vystavuje lístky na peníze). Nelze delegovat administrativu s vedením PN na VPL a přitom pacienta s dg., která byla důvodem k vystavení PN dále léčit. Zde je nutná aktivní role ČSSZ v kontrole a uplatňování sankcí. Urychlené zavedení e-PN by mělo ochotu všech zainteresovaných stran k dodržování platných pravidel zvýšit.

2. Preskripční omezení

Zásadním bodem reformy primární péče je odstranění preskripčních omezení, která znamenají administrativní bariéru, která zásadním způsobem omezuje kompetence praktických lékařů, komplikuje dostupnost péče pro pacienty a je jedním z hlavních důvodů obrovského počtu kontaktů se zdravotním systémem v ČR. Cílem je maximální zpřístupnění kvalitní farmakoterapie v primární péči odpovídající úrovni vyspělých států EU. Došlo k dohodě se zdravotními pojišťovnami na seznamu léků, které mají být uvolněny pro preskripci PL. V letech 2018 až 2019 je nutné uvolnit léky, které jsou již odsouhlaseny se ZP a jsou uvedeny v **příloze č. 1A a 1B**. V roce 2019 připravit uvolnění zbývajících navržených léků od roku 2020. Ve všech správních řízeních na SÚKL posoudit stávající preskripční omezení a zrušit preskripční omezení pro praktické lékaře, pokud k němu není zásadní odborný důvod.

Preskripční omezení komplikují péči praktických lékařů v ústavech sociální péče. Je třeba hledat řešení, které umožní v těchto zařízeních praktickému lékaři realizovat maximálně možnou míru preskripce.

3. Standardizace vybavení ordinací

Současný standard ordinací dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. a vyhlášky č. 99/2012 Sb. se z hlediska nutnosti posílení role primární péče jeví jako zastaralý a neodpovídající současným možnostem ordinací PL. Je třeba přihlídnout k zavádění moderních diagnostických a léčebných metod do primární péče v posledních letech, a standardy aktualizovat. Cílem má být maximální zlepšení vybavenosti ordinací VPL a PLDD na úroveň odpovídající standardu primární péče vyspělých států EU. V roce 2019-2020 bude ve spolupráci mezi odbornými a profesními organizacemi primární péče připraven nový standard vybavení praxí VPL a PLDD, který následně bude vydán vyhláškou. Běžným vybavením se má stát EKG, POCT analyzátor CRP a INR, eventuálně i další POCT analyzátoři pro diagnostiku akutních stavů (např. kardiomarkerů, D dimerů), pulzní oxymetr, Holter TK. Předmětem diskuse bude definice vlastnictví požadovaného vybavení a je třeba řešit otázku sdílení vybavení s jinými lékaři, (sdružené praxe, polikliniky), podmínkou musí být jejich reálná dostupnost po celou ordináční dobu.

Je třeba si uvědomit, že rozdíl mezi dosavadním standardem praxe a standardem budoucím bude obrovský a přinese jednotlivým poskytovatelům značné ekonomické náklady. Ke změně je proto potřeba přistoupit citlivě a umožnit postupný přechod na nové standardy. Jinak hrozí riziko předčasného ukončení činnosti některých praxí a zhoršení dostupnosti primární péče. Proto je třeba stanovit dostatečně dlouhé přechodné období (jako optimální se jeví 10 let), během kterého bude nutno nově definovaných standardů dosáhnout. Motivací pro rychlé dosažení cílového stavu by měla být bonifikace v úhradě péče poskytovatelům, kteří standard splňují (viz bod. 8).

Je třeba znovu definovat personální standardy a jejich případné žádoucí změny (zdravotní sestry a jejich úvazky, další nelékařský a pomocný personál).

Zásadním problémem standardu praxe je její vybavení léky pro akutní použití. Současná legislativa neumožňuje výdej ani základních léčiv v ordinacích primární péče. To významně komplikuje poskytování péče zejména v odlehlejších venkovských praxích a v době mimo běžnou otvírací dobu lékáren. Je třeba definovat rozsah základních a emergentních léků, které smí ordinace primární péče v minimálním množství legálně držet a v případě nutnosti vydat pacientovi, a je v tomto smyslu nutné upravit stávající legislativu. Cílem není konkurovat lékárnám, ani tzv. baťožit, ale zlepšit kvalitu a komfort primární péče.

4. Zvýšení dostupnosti - sdružené praxe

Tradiční model praxe v podobě jeden lékař a jedna sestra se postupně stává nedostačujícím. Moderní praxe vyžaduje spolupráci lékaře s větším počtem zdravotních sester a ostatním nelékařským zdravotním personálem. Nutností se stává administrativní pracovník a je třeba na něj a zdravotní sestry přesunout některé kompetence lékaře. Trendem budoucnosti je spolupráce dvou a více lékařů. Umožní to zajistit lepší kvalitu a časovou dostupnost péče a vzájemnou zastupitelnost lékařů, ale také zjednodušení generační obměny a zachování kontinuity péče. Takzvané „sdružené praxe“ ale musí být vždy založeny na spolupráci plně kvalifikovaných praktických lékařů a nelze je zaměňovat s tzv. řetězci, kde jeden kvalifikovaný lékař garantuje práci několika lékařů bez potřebné kvalifikace. Je třeba po odborné diskusi a ve spolupráci s profesními a odbornými organizacemi primární péče přesně definovat statut sdružené praxe z hlediska právního, ekonomického, ale také z pohledu personálního a věcného vybavení a smluvního vztahu s pojišťovny. Motivujícím nastavením úhrad pro takto definovaná zdravotnická zařízení pak zohlednit vyšší náklady na jejich vznik a činnost i to, že jsou stabilizujícím prvkem sítě primární péče.

V rámci nového programovacího období na léta 2021-2027 bude jednou z investičních priorit rezortu zdravotnictví právě sdružená praxe tak, aby nově vytvářeným sdruženým praxím byly pokryty ve významné míře vstupní investice.

Je nutné vytvořit mechanismy, které povedou k udržení geografické dostupnosti primární péče. Kromě motivačních faktorů pro praxe na venkově a v méně atraktivních oblastech (bod. 8) je třeba racionalizovat smluvní politiku zdravotních pojišťoven a tvorbu sítě poskytovatelů primární péče tak, aby nevznikaly nové praxe v oblastech s dostatečnou hustotou sítě, ale naopak v oblastech, kde je hustota sítě nedostatečná. Nelze podporovat vznik ordinací praktických lékařů jako součásti nemocničních oddělení. Na tvorbě sítě spolupracují odborné společnosti a zdravotní pojišťovny.

5. Kvalita péče a její indikátory

V letech 2019-20 připravít ve spolupráci se ZP novelizovaný soubor vhodných kvalitativních kritérií pro praxe VPL a PLDD a vytvořit bonifikační mechanismy úhrady pro praxe, která dosahují žádoucí kvalitativní úrovně péče o své pacienty. Více viz **příloha č. 2**.

Kultura kvality a bezpečí pacientů v praxích budou dále posilovány a budou součástí vzdělávání lékařů primární péče. Organizace praktických lékařů budou podporovat rozvoj a využívání metod interní kontroly kvality podle mezinárodních doporučení.

6. Změna financování – posílení výkonové složky při fixované kapitaci

Je třeba navýšit úhrady segmentu primární péče, který je dlouhodobě podfinancován. Podhodnocená cena práce lékaře a zdravotnického personálu a hodnota režie, která neodpovídá realitě, neumožňují rozvoj praxí a dostatečné materiální ani personální investice. To brání rozvoji primární péče a snižuje její atraktivitu pro mladé lékaře, což brzdí generační obměnu.

Primární péče bude i nadále hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, která podporuje vztah lékař-pacient (tím, že je vázána na registraci), brání zbytečné honbě za body, podporuje prevenci, podporuje také komunitní a sociální roli praktického lékaře a stabilizuje síť lékařů primární péče. Znamená jednoduchý systém hrazení primární péče, který umožňuje přesnou predikci výdajů na klíčový segment zdravotnictví, jejich snadnou regulaci a minimalizaci revizní činnosti (proto tento způsob hrazení doporučuje WHO jako optimální pro primární péči). Je však třeba posílit výkonovou složku úhrad a nastavit úhradové mechanismy, které umožní diferenciaci mezi jednotlivými praxemi podle poskytovaného výkonu, a které je budou motivovat k lepší péči tím, že umožní lepší ohodnocení praxí poskytující vyšší výkon a kvalitu. Navýšení úhrad do primární péče se bude realizovat především ve výkonové složce úhrad a v programech kvality péče (performance and quality based). Je ale nutné nalézt mechanismy, které zajistí, aby hodnota kapitace neklesala s inflací.

Je nutné přepočítat režijní náklady praxe, které dávno neodpovídají realitě a vnést do ní náklady na administrativního pracovníka, recepční atd. Systém úhrad bude ekonomickým zvýhodněním podporovat lékaře, kteří sami zajišťují generační obměnu tím, že připravují a zaměstnávají svého nástupce a garantují tak pojišťovně zachování kontinuity péče o jejich klienty. Stejně tak budou zvýhodněny ty praxe, které školí lékaře ve specializační přípravě a zajišťují tak možnost generační obměny pro ostatní praxe.

Rozšíření kompetencí musí umožnit praktickému lékaři poskytovat maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen. Za tuto péči musí být zaplacen. Podmínkou je vznik

nových výkonů pro praktické lékaře (viz bod1) a sdílení již existujících výkonů s jinými odbornostmi. Přinese to vyšší komfort pro pacienta, zprůchodnění systému a uvolnění kapacit ambulantních specialistů pro akutní komplikované pacienty, což povede ke snížení počtu hospitalizací. To ovšem předpokládá změnu úhrad do segmentu ambulantních specialistů, které odstraní jejich motivaci pečovat o jednoduché pacienty a naopak zvýší motivaci k péči o komplikované pacienty, eventuálně vyhrazení části své kapacity pro akutní pacienty.

Je potřeba změnit systém financování péče o klienty v pobytových zařízeních sociální péče. Zde se systém kombinované kapitačně výkonové platby vázaný na registraci pacienta ukazuje jako nevhodný a jeho ekonomické dopady spíše zdravotnická zařízení od poskytování této péče odrazují. Vhodným řešením se jeví navázání zvláštního kontraktu pouze pro péči poskytovanou v těchto zařízeních.

7. Lékařská pohotovostní služba (LPS)

Současný způsob poskytování LPS (dříve LSPP) je zastaralý a přežitý. Uvedená služba v případě potřeby bude součástí urgentních příjmů vybraných okresních nemocnic. Vznikne tak státem garantovaná síť LPS. Nová koncepce LPS je podrobně rozpracována v **příloze č. 3**.

8. Motivační faktory pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech

Je nutné urychleně (2019-2020) zahájit aktivity vedoucí k zabezpečení dostupnosti sítě primární péče na venkově a v obtížně obsaditelných a neatraktivních oblastech. Je potřebné organizačně zabezpečit zapojení místních samospráv (obce, kraje) a zdravotních pojišťoven do podpory praxí a výchovy lékařů ve vybraných oblastech těmito prostředky:

- a) Přímá finanční podpora praxí jednorázově a dlouhodobě vhodnými dotačními tituly.
- b) Podpora zřízení a chodu praxí a dalších motivujících faktorů (bydlení, zaměstnání partnerů aj.).
- c) Podpora vzdělávání mladých lékařů na LF (stipendia na základě smluv).
- d) Podpora lékařů ve specializační přípravě, odstupňované dotace na rezidenční místa v závislosti na lokalitě (nastavení stabilizačních dohod na úrovni ČR versus rezident).
- e) Podpora školitelů praktických lékařů (dotace na základě smluv).

Je nutno zahájit edukaci místní samosprávy v oblasti zdravotnictví a jeho managementu.

Zkvalitnit vzdělávací curriculum lékařských fakult a program předatestační přípravy tak, aby podpořily zájem o venkovské lékařství:

- a) Zajistit absolvování části praktické výuky v rámci předatestační přípravy ve venkovských praxích a méně atraktivních lokalitách.
- b) V rámci studia na lékařské fakultě umožnit zájemcům praxi ve venkovských ordinacích praktických lékařů.

9. Model vzdělávání (zvláště PLDD)

Urychleně dokončit legislativní kroky pro specializační vzdělávání v primární péči. Specializační vzdělávání u VPL realizovat v navržené struktuře a délce.

Vzhledem ke kritické personální situaci PLDD a vysokému průměrnému věku s hrozbou

odchodu významné části PLDD v horizontu následujících 5 let, i vzhledem ke skutečnosti, že změna systému vzdělávání pediatriů/PLDD nevedla ke stabilizaci, ale spíše k zhoršení stávajícího stavu, je nezbytné nastavit vzdělávání motivující vstup absolventů LF přímo do primární péče, analogicky ke vzdělávání VPL. Pro mladé lékaře je kritériem při výběru oboru délka vzdělávání a délka praxe pro danou činnost. Systém musí zároveň motivovat seniory z řad PLDD k výchově svých nástupců. Jakékoli prodlužování vzdělávání a prodlužování nástupu školence do akreditovaného zařízení PLDD snižuje motivaci jak školitelů, tak školenců, a zhoršuje plánovanou generační výměnu. Stávající 4,5 letá doba přípravy umožňuje v případě dohody obou odborných společností kumulaci praxe u PLDD do závěrečných měsíců přípravy, což umožní školencům plynulý přechod z praktického školení do vlastního výkonu profese PLDD po atestaci. Pro řešení krizové situace je potřebné zvýšit průchodnost systému, což je v současné době, a na dobu min. 10 let, částečně podporováno existujícím kvalifikačním kurzem z dětského lékařství na praktické lékařství pro děti a dorost.

Stěžejním požadavkem PLDD je návrat oboru, požadavkem nemocničních pediatriů je jednotné vzdělávání. Možným řešením je model existence obou oborů paralelně, s variabilitou ve specializační části vzdělávacích programů, obsahově shodnou atestací pro oba obory, která umožní vzájemnou propustnost.

10. Rezidenční místa

Pro udržení generační obměny všeobecných praktických lékařů je nutné, aby atestovalo cca 180–200 nových VPL ročně. Z toho 130–150 nových absolventů lékařských fakult na RM a cca 20–50 lékařů, kteří se budou rekvatifikovat z jiných specializačních oborů. Pro PLDD se jedná minimálně o cca 80 RM ročně. Je třeba pro tento počet lékařů zajistit specializační vzdělávání cestou dotace na tzv. rezidenční místa. Obě specializace je potřeba zásadně preferovat v počtech i výši dotace a navýšit dotaci na RM tak, aby pokrývala i platové náklady na rezidenty minimálně v takové výši, jak je tomu v nemocnicích. To znamená navýšit položku na jednoho rezidenta na úroveň platu začínajícího lékaře v nemocnici. Rezidentská místa musí být dostupná i pro rekvatifikující se lékaře z jiných oborů, nejen pro absolventy LF. Pro pracoviště, která školí rezidenty opakovaně, je třeba zajistit lepší ekonomické ohodnocení, než je tomu dosud, a zabezpečit i výchovu nových školitelů např. ve spolupráci s EURACT.

Cestou MZČR řešit snížení administrativní náročnosti projektů RM a významně zkrátit lhůty zasílání přidělených finančních prostředků. Organizačně zabezpečit, aby bylo možné se hlásit ke specializační zkoušce (atestaci) 3 měsíce před ukončením specializace, nikoli až po ukončení specializační přípravy. To zbytečně brzdí a komplikuje příchod nových lékařů do praxe. Dobu mezi ukončením praxe a atestací by měli lékaři v přípravě pro obor VPL a PLDD trávit na úřadech práce jako nezaměstnaní, což není žádoucí.

11. Elektronizace zdravotnictví

V elektronizaci zdravotnictví vidíme nástroj k výraznému snížení administrativní činnosti v ordinacích praktických lékařů, který jim umožní více času věnovat pacientům. Elektronizace zdravotnictví musí přinášet jednoduchá a uživatelsky vstřícná řešení, která díky výměně a sdílení informací zjednoduší a zefektivní zdravotní péči, sníží riziko pochybení, zvýší uživatelský komfort zdravotního systému pro pacienty i zdravotníky a přinesou úsporu nákladů. Zároveň nesmí klást na lékaře zvýšené nároky ve znalostech IT technologií, ani znamenat zvýšení ekonomických a personálních nákladů. Základní priority elektronizace zdravotnictví z pohledu primární péče jsou formulovány v **příloze č. 4**

12. Prevence a zdravotní gramotnost

Zkvalitnit stávající preventivní prohlídky a screening a navýšit jejich počet, ne však neúměrně navyšovat již v řadě případů zbytné kontakty se systémem. Otevřít jednání se ZP o nastavení benefitů za přístup pacienta k prevenci, nalezení motivace pro pacienty a umožnit větší kompetence VPL a PLDD v managementu chronických onemocnění

VPL - vytvořit doporučené postupy pro rychlou diagnostiku vybraných diagnostických okruhů (např. demence, neuro-psychiatrická onemocnění) a pro provádění krátkých intervencí u rizikového chování (kouření, alkohol, obezita aj.). Připravit monitoring zdravotního stavu populace s využitím dat z preventivních prohlídek.

PLDD – časná detekce a prevence návykového chování v souvislosti s preventivní prohlídkou ve 13 letech a zaměření se na zjištění výskytu a stupně rizika v 15 letech a ideálně i 17 letech (dokončení Manuálu, případně vydání Metodického pokynu MZ). V období vyšší pravděpodobnosti rizikového chování vložení preventivní prohlídky nad rámec dvouletého intervalu. Následně vytvářet postupy pro prevence patologických společenských jevů (např. syndrom CAN), prevence civilizačních onemocnění od dětského věku (viz výše opakovaně jmenované). Včasný záchyt očních vad u dětí.

Podpora projektům ke zvyšování zdravotní gramotnosti cestou primární péče:

- a) Posílit roli praktických lékařů jako průvodců pacientů zdravotním systémem. Připravit pro pacienty uživatelský manuál zdravotního systému. Vytvořit program pro praktické lékaře zaměřený na dovednost v oblasti zvyšování zdravotní gramotnosti u pacientů a případně i jejich blízkých osob.
- b) Nabídnout systematické poskytování informací formou např. videa v čekárně, nabídky atraktivních informačních letáků, zřízením webové stránky ordinace, cíleným mailingem, sms apod.

Příloha č. 1A - Preskripční omezení VPL

MUDr. Petr Šonka, předseda SPL ČR, U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10 - Strašnice

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, Csc., předseda SVL ČLS JEP, Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2

Společné stanovisko VZP ČR a SZP ČR k uvolnění vybraných léčivých přípravků na praktické lékaře

Vážený pane docente,
Vážený pane doktore,

s ohledem na proběhlá jednání v rámci pracovní skupiny pro reformu primární péče zřízené při Ministerstvu zdravotnictví ČR si Vám dovoluujeme zaslat společné stanovisko VZP ČR a SZP ČR k uvolnění preskripčních omezení u léčivých přípravků, na jejichž podpoře jsme se společně domluvili.

Zdravotní pojišťovny podporují uvolnění preskripčních omezení u níže uvedených léčivých přípravků, u kterých již bylo zahájeno správní řízení, nebo jsou v odvolání u MZ ČR, resp. u nich všeobecní praktičtí lékaři požádají o zahájení revize.

ATC	Léčivá látka	PRŮNIK
A11CC03	alfakacidol (Alpha D3)	Ano
A11CC04	kalcitriol (Osteod, Rocaltrol)	Ano
C02CA04	doxazosin	Ano
C04AX21	naftidrofuryl (Enelbin)	Ano
C10AX09	ezetimib (Ezetrol)	Ano
C10BA02	ezetimib kombinace (Inegy)	Ano
D01BA02	terbinafin (Lamisil, Terbinafin, Terfimed)	Ano
D07AC01	betametazon (Beloderm, Betesil, Betnovate, Diprosone, Kuterid)	Ano
D07AC13	mometason (Elocom)	Ano
D07AC14	methylprednisolon-aceponát (Advantan)	Ano
D07AD01	klobetazol (Clobex, Dermovate)	Ano
D07CC01	betametazon a antibiotika (Belogent, Fucikort)	Ano
D07XC01	bethametazon –jiné kombinace (Belosalic, Diprosalic)	Ano
D07XC03	mometason – jiné kombinace (Momesalic)	Ano
D11AH01	tacrolimus: Protopic	Ano
D11AH02	pimekrolomus Elidel	Ano
G04BD04	oxybutinin (Ditropan, Kenetra)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD06	propiverin (Mictionetten)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD06	propiverin (Mictionorm)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD07	tolterodin (Detruziol, Uroflow)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD08	solifenacin (Alsofena, Vesicare, Zevesin)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD09	tropium (např. Spasmed, Uraplex)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD10	darifenacin (Emselex)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04BD11	fesoteoridn (Toviaz)	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CA01	alfuzosin	benigní hyperplasie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny

G04CA02	tamsulosin	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CA03	terazosin	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CA04	silodosin	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CA52	DUODART tamsulosin a dutasterid	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CA53	URIZIA tamsulosin a solifenacin	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CB01	inhibitory testosteron 5 alfa reduktázy finasterid	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
G04CB02	inhibitory testosteron 5 alfa reduktázy dutasterid	benigní hyperplazie NE, inkontinence ANO za předpokladu poklesu ceny
J02AC01	flukonazol (Apo Fluconazol, DiFlucan), p.o.	Ano
J02AC02	itrakonazol (Sporanox, Prokanazol)	Ano
M01AH01	COX-2 selektivní NSA: celecoxib	Ano
M01AH05	COX-2 selektivní NSA: etorikoxib	Ano
N02AA55	Targin (oxykodon+naloxon)	Ano
N03AX12	gabapentin	Ano
N03AX16	pregabalin	Ano
N06DA02	donepezil	Ano
N05DA03	rivastigmin	Ano
N06DA04	galantamin	Ano
N06DX01	memantin	Ano
S01CA01	dexamethason a antiinfektiva kombi	Ano
S01XA20	umělé slzy	Ano

Předpokládáme, že ostatní léčivé přípravky budou uvolněny dle harmonogramu a splnění podmínek, na kterých jsme se v rámci našich jednání dohodli.

S pozdravem

Zástupce VZP ČR

Zástupce SZP ČR

Příloha č. 1B - Preskripční omezení PLDD

Návrh na změny preskripčních omezení pro PLDD

Úvod: Preskripční omezení jsou několikerého stupně:

- P – omezení je definováno vyjmenovanou indikací (např. antikoagulační terapie jen za určitých podmínek)
- L – může předepsat lékař uvedené specializace nebo po písemném pověření i lékař jiné odbornosti (tzv. delegovaná preskripce)
- E – může předepsat pouze lékař uvedené specializace bez možnosti delegovat preskripci na jiné odbornosti

Nastavení vstupních podmínek pro výběr léčivých přípravků doporučených k uvolnění preskripce pro PLDD:

- a) preskripce nákladných léků (např. biologika-monoklonální protilátky, cytostatika, některá psychofarmaka-např. měsíční terapie Stratterou=cca 2500 Kč, hypolipidemika např. Ezetrol měsíčně=cca 1000 Kč, ...) není vhodné ponechat bez regulace z ekonomického hlediska, necht' je tedy ponechána preskripce na vyjmenované odbornosti, čímž bude již při vlastní preskripci jedním lékařem sledována nákladovost a tím se pro ZP nenavýší výdaje a sníží se potřeba následných revizí
- b) u některých léků je vhodné indikaci preskripce LP ponechat na příslušné odbornosti z důvodu jednak správné indikace, jednak z důvodu sledování účinnosti léčby a v neposlední řadě i zajištění lepší compliance pacienta (např. psychofarmaka, antidiabetika,...). Lze uvažovat o uvolnění preskripce některých takto vázaných LP i pro PLDD pro případy překlenutí omezeného období (např. při aktuální nedostupnosti ošetřujícího specialisty) a to při nastavení určitých podmínek jako je např. možnost preskripce v minimálním množství a na omezené časové období (analogicky jako je např. u inkontinenčních pomůcek)
- c) nemá cenu pro PLDD uvolnit preskripci u léčiv, která nejsou indikována pro děti/jsou kontraindikována u dětí
- d) nemá cenu pro PLDD uvolnit preskripci u léčiv, u nichž je potřeba zajistit další podmínky (např. vybavení či zkušenosti – infuzní terapie, intraartikulární aplikace, ...). PLDD by se zbytečně vystavoval riziku postihu v případě komplikací z nesprávně provedeného výkonu

Vybrané LP k uvolnění preskripce pro PLDD dle výše uvedených podmínek

Preskripční omezení „L“ – přípravky, u nichž doporučujeme uvolnit preskripci pro PED či PRL

ADVANTAN 1 MG/G crm 1x15g
ADVANTAN MASTNÝ KRÉM 1 MG/G crm 1x15g
ADVANTAN MLÉKO 1 MG/G drm eml 1x20g
ALLERGO-COMOD OČNÍ KAPKY oph gtt sol 1x10ml (20mg/ml)
ALLERGOCROM KOMBI (OČNÍ+NOSNÍ) 20+2.8 MG/0.14 ML gtt sol+spr 10ml+15ml
ALLERGOCROM NOSNÍ SPREJ 2.8 MG/0.14 ML nas spr sol 1x15ml
ARUFIL 20 MG/ML oph gtt sol 1x10ml I
BELODERM 0.5 MG/G crm 30g
BELODERM 0.5 MG/G drm sol 1x50ml
BELODERM 0.5 MG/G ung 30g
BELOGENT 0.5 MG/G+1 MG/G crm 30g
BELOGENT 0.5 MG/G+1 MG/G ung 30g
BELOSALIC 0.5 MG/G +20 MG/G drm spr sol 1x100ml

BELOSALIC 0.5 MG/G+20 MG/G drm sol 50ml
BELOSALIC 0.5 MG/G+30 MG/G ung 30g
CROMOHEXAL 20 MG/ML nas spr sol 1x15ml
DERMOVATE 0.5 MG/G crm 25g
DERMOVATE 0.5 MG/G ung 1x25g
DEXAMETHASONE WZF POLFA 1 MG/ML oph gtt sus 1x5ml pe
DIPROSALIC 0.5 MG/G+20 MG/G drm sol 30ml
DIPROSALIC 0.5 MG/G+30 MG/G ung 15g
ELIDEL 10 MG/G KRÉM crm 15gm
ELOCOM 1 MG/G crm 1x15g
ELOCOM 1 MG/G ung 1x15g
ELOCOM 1 MG/ML drm sol 1x20ml
FUCICORT 20 MG/G+1 MG/1 G crm 15g
FUCICORT LIPID 20 MG/G +1 MG/G crm 5gm (20mg/gm+1mg/gm)
GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT 1 MG inj pso lqf 1+1ml+stř. (návrh: preskripci pro PRL a PED uvolnit až

po možnosti ověřit si preskripci u diabetologa např. v systému eRp!!!)

IALUGEN PLUS 0.5 MG/G+10 MG/G lig ipr 5ks
IALUGEN PLUS 2 MG/G+10 MG/G crm 20g
MAXITROL oph gtt sus 1x5ml
MAXITROL oph ung 1x3.5gm
OPATANOL 1 MG/ML oph gtt sol 1x5ml
SPERSALLERG 0.5 MG/ML+0.4 MG/ML oph gtt sol 10ml
TOBRADEX 3 MG/G+1 MG/G oph ung 3.5g
TOBRADEX 3 MG/ML+1 MG/ML oph gtt sus 1x5ml
ZADITEN SDU 0.025% oph gtt sol mdc 30x0.4ml I

Preskripční omezení „E“ – přípravky, u nichž doporučujeme převést na omezení „L“

FLOXAL 3 MG/G oph ung 3g
FLOXAL 3 MG/ML oph gtt sol 1x5ml
FLUTIFORM 50 MCG/5 MCG/dáv. inh sus pss 1x50rg
FLUTIFORM 125 MCG/5 MCG/dáv. inh sus pss 1x125rg
FLUTIFORM 250 MCG/10 MCG/dáv. inh sus pss 1x250rg
SERETIDE 25/50 MCG INHALER inh sus pss 120dáv.+poč.
SERETIDE DISKUS 50 MCG/100 MCG inh plv dos 1x60dáv.
SERETIDE DISKUS 50 MCG/250 MCG inh plv dos 1x60dáv.
SERETIDE DISKUS 50 MCG/500 MCG inh plv dos 1x60dáv.
SERKEP 25 MCG/125 MCG/dáv. inh sus pss 1x120dáv.
SERKEP 25 MCG/250 MCG/dáv. inh sus pss 1x120dáv.
SICCAPROTECT 30 MG/ML+14 MG/ML oph gtt sol 1x10ml
SYMBICORT 160 MCG/4.5 MCG inh sus pss 1x120dáv.
SYMBICORT TURBUHALER 100 MCG/6 MCG inh plv 1x120dáv. (80mcg/4.5mcg)
SYMBICORT TURBUHALER 200 MCG/6 MCG inh plv 1x120dáv. (160mcg/4.5mcg)
SYMBICORT TURBUHALER 400 MCG/12 MCG inh plv 1x60dáv. (320mcg/9mcg)
VIDISIC 2 MG/G oph gel 1x10g

Preskripční omezení „E“ – přípravky, u nichž doporučujeme přidat i odbornosti PED či PRL

IRUXOL MONO ung 1x30g
ISOPRINOSINE tbl nob 50x500mg

Příloha č. 2 - Kvalita a bezpečí pacientů v oborech primární péče VPL a PLDD

Kvalita péče v oblasti struktury a procesů je do vysoké míry zajištěna právními normami, metodikou pojišťoven, pravidly ČLK a doporučenými postupy odborných společností. Sledování a hodnocení kvality v primární péči v ČR je vzhledem k autonomii poskytovatelů obtížné.

Souhrn klíčových bodů modelového řešení:

1. Z hlediska kvality a bezpečí v primární péči v České republice je klíčové udržení a optimalizace **sítě kvalifikovaných poskytovatelů primární péče**, a to vytvořením podmínek v krátkodobém a dlouhodobém horizontu. Tyto podmínky obsahují jak finanční podporu (investice, úhrady), tak **podporu vzdělávání a jeho další zlepšování**.
2. **Standard praxe** (přístrojový, prostorový, personální) je třeba přizpůsobit novým potřebám. Zvyšování požadavků na praxe musí být citlivé, s poskytnutím dostatečného času pro jeho naplnění, aby nemotivovalo starší lékaře k odchodu. Vhodné jsou dotační rozvojové a motivační programy.
3. Složitá je otázka **motivací ke zvyšování kvality, at' už v oblasti klinických činností nebo organizace poskytování péče**. Evropské zkušenosti s úhradami, zohledňujícími indikátory kvality (pay for performance, pay4P), jsou variabilní; prioritizace určitých aspektů péče nebo organizace může potlačit jiné kvality a ve výsledku spíše celkovou kvalitu snížit. Jednotlivé hodnocené (a oceňované) aktivity a výstupy (indikátory kvality) musí být citlivě vybírány ve spolupráci pojišťoven a zástupců odborností.
4. Efektivní je **profesionální/interkolegiální motivace ke zlepšení** (uvnitř odbornosti, zprostředkovaná SVL, SPL, OSPDL, SPLDD) a tlak pacientů, event. kompetitivní prostředí.
5. Pro posuzování efektivity/kvality preventivních programů a programů chronické péče je třeba nastavit **sběr dat** z ambulantních softwarů (např. u lékařů - dobrovolníků v tzv. sentinelové síti).
6. **Specializační vzdělávání** by mělo být nastavené tak, aby zajišťovalo nepodkročitelné kompetence podle oborů a zároveň v něm byl prostor pro přizpůsobení se vývoji a místu působení lékaře.
7. **Kultura kvality a bezpečí pacientů v praxích** musí být posilována a musí být součástí vzdělávání lékařů primární péče podle mezinárodních doporučení (interní kontrola kvality, audit, cyklus kvality).

Příloha č. 3 - Návrh nového modelu fungování lékařské pohotovostní služby(LPS)

Úvod

LPS (dříve LSPP) je ve své současné podobě přežitkem a neposkytuje efektivní péči, která by svojí kvalitou odpovídala medicíně 21. století.

V situaci, kdy pacient i s méně závažnými akutními potížemi dnes spontánně míří do nemocnice, se jeví jako nejvhodnější řešení umístit ordinaci LPS do nemocnice. Tedy ambulance LPS jako nízkoprahová ordinace v rámci urgentního příjmu nemocnice, kde má k dispozici laboratorní a diagnostický komplement nemocnice, zajištěnu návaznost na lůžková oddělení a pohotovostní lékárenskou službu.

Ideálním stavem by byl vznik pohotovostních oddělení nemocnic (EDs) dle anglosaského vzoru, kdy v případě přechodu českého zdravotnictví na tento systém ztratí LPS smysl a zanikne. K přechodu na tento systém není ovšem v ČR zatím ani odborná a ani politická shoda. Pokud dojde k přijetí tohoto řešení, bude to znamenat velké organizační změny, nemalé investice, a především vznik nové lékařské specializace, pro které bude velmi složité najít personální zdroje. Vzhledem k výše uvedenému a také proto, že existuje trvalý tlak krajských politických reprezentací na udržování dosavadního špatně fungujícího, neefektivního, nejednotného a personálně neudržitelného systému LPS (LSPP) jsme přesvědčeni, že nový model fungování LPS umožní rychlé řešení, které přinese profit pacientům v podobě efektivnější pohotovostní péče při rozumnějším zatížení praktických lékařů, jejichž prioritním úkolem je poskytovat primární péči svým pacientům ve svých ordinacích v běžných ordinačních hodinách.

Systém budoucí organizace LPS

LPS je organizována při urgentních příjmech nemocnic. Minimální síť urgentních příjmů je definována vyhláškou. V každém okrese je maximálně jeden urgentní příjem (spádovost zpravidla 100 – 120 000 obyvatel). S urgentním příjmem úzce spolupracuje ZZS, která zabezpečuje přísun pacientů, kteří použijí č. 155 nebo 112 a jsou diagnostikovány a transportovány k případnému příjmu. Minimální vybavení urgentního příjmu je dáno Vyhláškou. Urgentní příjem je koncipován jako nízkoprahový. Na urgentním příjmu slouží zpravidla lékaři dané nemocnice, ale i ambulantní specialisté. Služba urgentního příjmu je v režimu 24/7. V rámci urgentního příjmu se vytváří i jedna ordinace tzv. lékařské pohotovostní služby. Tato všeobecná pohotovost pracuje od 16:00 (17:00, 18:00) do 22:00 a o víkendu od 9:00 do 22:00. Minimální rozsah ordinačních hodin je jednotný v celé ČR.

Po celou ordinační dobu LPS je k dispozici fungující pohotovostní lékárna, nebo je alespoň zajištěna možnost výdeje základních léků v ordinaci LPS.

Lékař LPS nesupluje lékaře urgentního příjmu či lékaře zdravotnické záchranné služby, ani neprovádí triáž pacientů. LPS také není pokračováním primární péče po ordinačních hodinách. Slouží k ošetření stavů, které nevyžadují hospitalizační péči a zároveň nesnesou odkladu do následujícího dne a k diferenciální diagnostice v přednemocniční péči. LPS nesmí suplovat primární péči pro ty pacienty, kteří nemají praktického lékaře, nebo nejsou ochotni navštěvovat svého praktického lékaře v řádných ordinačních hodinách, nebo navštíví LPS účelově, aby dosáhli zpětného vystavení DPN

V okresech, kde dnes LPS není (nebo tam není nemocnice) a systém funguje díky pokrytí z vedlejšího okresu při odpovídající dostupnosti, se nové ordinace LPS nezřizují. To nebrání existenci ordinací LPS spontánně vzniklých na základě oboustranné dohody lékařů s jinými zřizovateli. Vyhláška pak definuje minimální standard personálního a věcného vybavení těchto ordinací a na takto vzniklých pracovištích LPS nelze uplatňovat povinnost lékařů sloužit.

Za obsazení služeb odpovídá kraj. Organizaci LPS a zařazování lékařů do služeb provádí po dohodě s lékaři administrativní pracovník poskytovatele. V případě eventuálních sporných situací bude nápomocen při zajišťování obsazení služeb regionální zástupce SPL či SPLDD. (event. SAS, či OS ČLK). LPS vykonávají zpravidla praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost, ale dle par. 45(2) zákona č.372/2011 Sb. také ambulantní lékaři ostatních oborů. Praktičtí lékaři se hlásí do služeb dobrovolně, na vyžádání administrativního pracovníka poskytovatele. Lékař, který je ke službě vyzván si za sebe může zajistit náhradu.

Na všeobecné pohotovosti slouží i jiní lékaři s odpovídající erudicí (ambulantní lékaři ostatních oborů (interna, chirurgie, neurologie, urgentní medicína, ARO a ev. další), na dětské pohotovosti ambulantní specialisté pediatrických oborů, stejně jako nemocniční lékaři uvedených oborů. LPS mohou vykonávat lékaři a lékařky v důchodu nebo na mateřské či rodičovské dovolené. Lékař musí mít specializovanou způsobilost.

Lékař sloužící LPS vstupuje do pracovně právního vztahu s poskytovatelem, který LPS provozuje formou dohody o provedení práce. Postavení a kompetence lékaře LPS jsou rovnoprávné s postavením a kompetencemi kmenového zaměstnance lůžkového zařízení. Zdravotní sestrou v ordinaci LPS je zpravidla kmenová sestra zdravotnického zařízení, které provozuje urgentní příjem, z důvodu lepší orientace v prostoru výkonu služby. Ve výjimečných případech může na LPS sloužit také sestra praktického lékaře. Veškeré zdravotnické výkony jdou na vrub zdravotnického zařízení, které pohotovost zabezpečuje. Ve prospěch tohoto zařízení jdou naopak úhrady.

Cena práce lékaře LPS se stanovuje dohodou a vychází z ceny lékařské práce stanovené Seznamem výkonů, navýšenou indexem zohledňujícím přesčasovou práci (všední den, víkend, svátek, noční práce). Minimální cena práce lékaře LPS je garantována dohodou s profesními organizacemi lékařů primární péče.

Je zabezpečena informovanost pacientů o tom, kde LPS najdou (celostátní web a mobilní aplikace). Informace na svých webech vedou nemocnice, kde je LPS provozována, kraje a MZ.

LPS musí být zpoplatněna, aby nebyla výše uvedenými způsoby zneužívána. Současná výše regulačního poplatku již dávno neplní svoji regulační funkci a je třeba ji zvýšit. V případě, že pacient, který vyhledal LPS, bude přijat k hospitalizaci, bude mu poplatek vrácen.

Dětská pohotovost

Dětská pohotovost se slouží zpravidla při dětském oddělení nemocnice, která disponuje urgentním příjmem. Službu vykonává buď kmenový dětský lékař nebo lékař ze spádových PLDD. Pro službu PLDD platí stejné principy jako pro praktické lékaře. Pro LPS dětskou navržen garantovaný minimální časový rozsah poskytování LPS ve všední den celorepublikově shodný, a to v době od 18 do 21 hodin.

Stomatologická pohotovost

Stomatologickou pohotovost drží lékaři – stomatologové daného regionu v době od 8:00 do 19:00. Obsazování služeb má v gesci Česká stomatologická komora. Službu vykonává lékař ve své ordinaci. Informace o rozpisu služeb a místě jejího výkonu jsou k dispozici elektronicky na webu a písemně na urgentním příjmu.

V mimopracovní době (19:00–8:00) se využít analgezie prostřednictvím lékárny v pohotovostním režimu. Pohotovost hradí kraj formou příplatku za pohotovost.

Do zavedení urgentních příjmů se stávající stanoviště LPS neruší a LPS bude poskytována dosavadním způsobem

Příloha č. 4 - Elektronizace zdravotnictví

Priority pro segment primární péče v letech 2019-2020:

1. Jednotná identifikace zdravotnických pracovníků v celém systému elektronického zdravotnictví (zjednodušení způsobu vydávání podpisových certifikátů)

První a zásadní podmínkou úspěšného rozvoje elektronického zdravotnictví je zavedení řešení, které umožní technicky jednoduchou a uživatelsky snadnou a bezplatnou jednoznačnou elektronickou identifikaci zdravotnického pracovníka. Každý zdravotnický pracovník (zpočátku jen lékař) dostane na tokenu certifikát, který nebude sloužit k ničemu jinému než k jeho ověření identity zdravotníka (společný pro zdravotnictví a sociální věci). Po zapojení tokenu do PC bude potřeba použít pouze PIN. Certifikát vystaví certifikační autorita zřízená Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Předání tokenu s certifikátem a identifikaci zdravotnického pracovníka provede příslušný odbor KÚ (či jiná instituce), další prodloužení certifikátu bude systémem provedeno při běžném používání na pozadí zcela automaticky pouze s jednoduchou notifikací uživatele (nebude třeba nikam chodit, nic vyplňovat). Vydání certifikátu i jeho prodloužení bude bezplatné.

Bez splnění této podmínky nelze očekávat zapojení primární péče do dalších fází elektronického zdravotnictví.

2. Zavedení závazných minimálních standardů zdravotnických informačních systémů a ověřování jejich shody s těmito standardy

Ministerstvo stanoví datový standard pro elektronickou komunikaci, který bude závazný pro všechny subjekty, které se na elektronickém zdravotnictví podílejí a bude kontrolovat a vymáhat jeho dodržování.

Stejně tak stanoví minimální bezpečnostní standardy pro nástroje elektronického zdravotnictví včetně lékařského software a bude kontrolovat a vymáhat jejich dodržování. Garantovanou a vymahatelnou podmínkou všech informačních systémů v elektronickém zdravotnictví musí být, aby umožňovaly snadnou a nezaplatněnou komunikaci s ostatními zdravotnickými informačními systémy (pokud tyto splňují datové a bezpečnostní standardy).

Ministerstvo stanoví datum, ke kterému mají informační systémy povinnost tyto podmínky začít splňovat a deklarovat a garantovat jejich plnění svým uživatelům.

3. Vzájemná informovanost

O připravovaných legislativních změnách a připravovaném zákonu o elektronizaci ve zdravotnictví. Spolupráce ministerstva a organizací zastupujících lékaře primární péče při zavádění elektronického zdravotnictví. Testování všech nově plánovaných funkcionalit elektronického zdravotnictví zástupci lékařů primární péče a jejich zavádění do praxe až po vyhodnocení únosnosti administrativní a časové zátěže pro lékaře - vždy jako dobrovolné a s pozitivními prvky motivace pro lékaře, kteří se do systému zapojí.

Při splnění výše uvedeného je v současnosti pro lékaře v primární péči z oblasti elektronizace využitelné a prioritní:

- *Elektronická žádanka umožňující porovnání souladu mezi žádanou a vykázanou péčí (trojcestná žádanka) – nástroj, který pomůže nastavit pravidla mezi primární péčí, specializovaným ambulantním sektorem a komplementem a omezit zbytečné vynakládání zdravotních prostředků i neefektivní pohyb pacienta zdravotním systémem.*

- *Elektronický recept* – nutné změnit stávající systém dle bodu a) a rozšířit rozsah o opiátové recepty (požadavek SVL).
- *Elektronická neschopenka* – jako nepovinné řešení, které umožní lékařům plně elektronickou správu DPN (včetně automatické identifikace zaměstnavatele podle čísla pojištění), hlášení vycházek, hlášení změn pobytu a lístků na peníze) a přinese úplné odstranění papírové administrativy spojené s vedením DPN (žádný hybridní systém - tedy v podobě, na níž spolupracovali zástupci ČLS JEP, MPSV a podnikatelé).
- *Bezplatné elektronické předávání lékařských zpráv a výměna informací mezi zdravotnickými zařízeními – e Zpráva.*

Nekomerční projekt vzniklý spontánně zespoda, podporovaný SPL ČR, sloužící k zabezpečení a šifrované, ale přitom uživatelsky velmi snadné a bezplatné komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními, kterým umožňuje výměnu lékařských zpráv, laboratorních výsledků, elektronickou laboratorní žádanku a další aplikace. Velmi rychle se rozvíjí v rámci celé ČR, zejména v Ústeckém, Plzeňském, Jihomoravském a Olomouckém kraji. Požadujeme od ministerstva podporu v zavádění e Zprávy v ministerstvem přímo řízených zdravotnických zařízeních.