

Cesta ke zdravému srdci

Sborník článků





Cesta ke zdravému srdci

Kardiovaskulární onemocnění jsou nadále jednou z největších výzev pro české zdravotnictví. Ačkoli v posledních letech došlo k poklesu úmrtnosti na tato onemocnění, představují stále hlavní příčinu úmrtí v České republice. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) tvořila v roce 2021 kardiovaskulární onemocnění až 41,8 % všech úmrtí. Tento vysoký podíl ukazuje, že navzdory pokroku v léčbě zůstává prevence i léčba těchto nemocí klíčovou výzvou pro český zdravotní systém. Přitom se odhaduje, že až 80 % těchto onemocnění je preventabilních, což zdůrazňuje význam prevence ve zdravotní politice.

Důležité preventivní kroky, jako je zdravá výživa, pravidelná fyzická aktivita a sledování základních zdravotních parametrů, mohou významně snížit výskyt těchto onemocnění. Přesto mnoho lidí stále nemá dostatečné povědomí o svém zdravotním stavu. Výsledky Evropského zdravotního šetření (EHES 2019) ukazují, že mnoho pacientů s hypertenzí či dyslipidemií neví o svých problémech, což komplikuje možnost včasného zásahu. Prevalence hypertenze dosahuje u mužů až 46 %, přičemž téměř 40 % z nich o svém zdravotním problému neví. U žen je situace podobná – 26 % žen trpí hypertenzí, ale 26 % z nich si to neuvědomuje.

Ekonomické dopady kardiovaskulárních onemocnění jsou rovněž značné. Studie ukazují, že náklady na léčbu kardiovaskulárních nemocí v Evropské unii dosahují 282 miliard eur, což představuje přibližně 2 % HDP EU a znamená to také 34% nárůst nákladů od roku 2017. V České republice byly náklady na péči o pacienty s kardiovaskulárními onemocněními v roce 2022 odhadovány na zhruba 125,5 miliardy korun. Kromě přímých nákladů, jako je léčba a hospitalizace, existují také nepřímé náklady, včetně ztrát produktivity a nižší kvality života pacientů. V roce 2022 se u nás léčilo s kardiovaskulárním onemocněním 2,95 milionu pacientů, což představuje 12% nárůst za období 10 let. V důsledku kardiovaskulárních onemocnění bylo v roce 2019 ztraceno v České republice přibližně 7 663 let zdravého života na 100 000 obyvatel, což ukazuje, jak závažný je tento problém nejen pro zdravotnictví, ale i pro celou ekonomiku.

Projekt Cesta ke zdravému srdci byl navržen jako odpověď na tyto výzvy a zaměřuje se na implementaci Národního kardiovaskulárního plánu 2023–2033 na regionální úrovni.

Tento plán, který iniciovala a připravila Česká kardiologická společnost a na jehož vzniku se vedle Ministerstva zdravotnictví ČR podílely více než dvě desítky odborných společností a dalších institucí, má za cíl zlepšit prevenci, diagnostiku a léčbu kardiovaskulárních onemocnění napříč Českou republikou. Důraz je kladen na zajištění rovného přístupu k péči bez ohledu na geografickou polohu, a to v kontextu narůstajících socioekonomických a demografických změn. Plán se také zaměřuje na zlepšení organizace zdravotní péče, odstranění rozdílností mezi primární, ambulantní a nemocniční péčí a posílení prevence u pacientů, kteří jsou v riziku rozvoje kardiovaskulárních onemocnění.

Diskuse v rámci projektu probíhaly v krajších městech České republiky formou krajších diskusních kulatých stolů. Účastníky debat byli zástupci poskytovatelů zdravotní péče, zdravotních pojišťoven, patientských organizací i odborných lékařských společností. Hlavními tématy byly otázky dostupnosti péče, prevence, rizikových faktorů a specifické výzvy, kterým čelí jednotlivé regiony.

Každý kraj byl hodnocen na základě 13 hlavních kategorií, mezi něž patří chování obyvatelstva, prevalence rizikových faktorů, jako je obezita a kouření, úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění a dostupnost péče. Hodnocení probíhalo bodovým systémem, kde čtyři nejlepší kraje v každé kategorii získaly plusový bod a čtyři nejhorší minusový bod. Teoreticky tak mohl každý kraj získat od -13 do +13 bodů, což poskytl ucelený přehled o stavu prevence a péče v jednotlivých regionech. Tento systém bodování umožnil identifikovat silné a slabé stránky jednotlivých krajů a zaměřit pozornost na oblasti, které vyžadují nejvíce zlepšení.

Součástí projektu byl také test reálné dostupnosti zdravotní péče, který proběhl ve všech krajích formou anonymního telefonického oslovení kardiologických ambulancí. Vždy v týdnu před konáním kulatého stolu byla každá ambulance v kraji kontaktována s žádostí o objednání pacienta s žádankou od praktického lékaře. V případech, kdy se nebylo možné dovolat, byl pokus zopakován třikrát ve třech různých dnech, vždy v běžné pracovní době. Tento mysterium shopping naznačil, jaká je skutečná dostupnost péče a jak se liší mezi jednotlivými kraji. Výsledky poukázaly na rozdíly v kapacitách zdravotnických zařízení a dostupnosti ambulantní kardiologické

péče, což zdůrazňuje potřebu regionálně zaměřených opatření.

V diskusích často rezonovala otázka úhrad zdravotní péče a efektivity současného systému. Úhradové mechanismy pro léčbu kardiovaskulárních onemocnění jsou v současnosti nastaveny podobně jako pro jiné diagnózy, což podle diskutujících ne vždy podporuje poskytovatele zdravotní péče v poskytování nejefektivnější a kvalitní péče. Vzniká tak otázka, zda současné úhradové mechanismy skutečně odrážejí potřeby pacientů s kardiovaskulárními onemocněními, nebo zda by bylo vhodné v této oblasti provést úpravy. Zlepšení systému úhrad, stejně jako pravidla pro dispenzarizaci pacientů, by mohly přispět k lepší koordinaci péče a efektivnímu využívání zdravotnických zdrojů. Toto téma je považováno za důležité a mělo by být předmětem další odborné diskuse v rámci implementace Národního kardiovaskulárního plánu.

Další zásadní témata, která se objevila v rámci jednotlivých debat, se týkají otázky identifikace rizikových pacientů a dostupnosti moderních terapií. Ačkoli jsou rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění dobře známy, klíčovou otázkou zůstává, zda jsou stávající postupy dostatečné pro identifikaci a následnou efektivní léčbu rizikových pacientů. Vedle toho rezonovalo také téma „existence terapie versus dostupnost terapie“. I když jsou některé moderní terapie k dispozici, nemusejí být vždy snadno dostupné všem pacientům, zejména kvůli administrativním a ekonomickým bariérám. Otázka, jak zlepšit dostupnost těchto terapií, je jednou z priorit, které by měly být řešeny v rámci Národního kardiovaskulárního plánu.

Projekt Cesta ke zdravému srdci vytvořil důležitou platformu pro další navazující diskuse o současném stavu péče a prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Cílem těchto odborných setkání a debat by mělo být naznačení cesty k formulaci konkrétních opatření, jež budou reflektovat potřeby zdravotního systému i pacientů. Následující kroky budou zahrnovat implementaci potřebných kroků a systémových změn, které přispějí ke zlepšení péče o pacienty s kardiovaskulárními onemocněními na celonárodní úrovni a bez ohledu na region. Věříme, že tato diskuse pomůže naplnit cíle Národního kardiovaskulárního plánu a přispěje ke zlepšení zdraví obyvatel České republiky.

JUDr. Václav Janalík, MHA

EFCARE, s.r.o.

Moravskoslezský kraj: Pacienty je třeba efektivně předávat

Kraj s největším podílem obyvatel s kardiovaskulárním onemocněním a zároveň kraj, kde víc lidí než jinde chodí na preventivní prohlídky – Moravskoslezský kraj (MSK). Z diskuse o zdraví srdce, která se konala v Ostravě, vyplynulo, že kromě nastavení preventivních prohlídek je možné také zlepšit cestu pacienta. Pokud bude jasněji vymezeno, jaký pacient má zůstat v péči praktického lékaře (VPL), kterého má naopak specialista mít v péči dlouhodobě a který potřebuje třeba krátkodobou hospitalizaci pro nastavení léčby, mohly by se dostupné kapacity lépe využít.

MSK je čtvrtý nejlidnatější český kraj, po Praze má druhou nejvyšší hustotu zalidnění a je krajem s nejnižším podílem obyvatel žijících v obcích menších než 500 obyvatel. Má nejvyšší podíl nezaměstnaných, shrnul základní charakteristiky kraje JUDr. Václav Janalík, jednatel společnosti Efcare a organizátor projektu Cesta ke zdravému srdci. Kromě fakultní nemocnice a nemocnic krajských tu funguje také množství soukromých i městských nemocnic.

Pro každý kraj v rámci projektu Cesta ke zdravému srdci vzniká soubor dat, který poukazuje na hrozby i na silné stránky daného kraje v kardiovaskulární prevenci a léčbě.

MSK ve své skórkartě získal celkově minus čtyři body. Výhodou proti ostatním krajům tu je poměrně vysoká účast pacientů na preventivních prohlídkách a slušná kapacita sítě kardiologů. Na druhé straně nevýhodou je, že kraj má nejvyšší podíl osob s hypertenzí, nejvyšší podíl osob s kardiovaskulárním onemocněním a také s prodělanou cévní mozkovou příhodou i s prodělaným infarktem. Je tu také třetí nejvyšší podíl osob s diabetem a vysoký podíl lidí s obezitou.

Reálná dostupnost péče

Další pozitivní zjištění, tedy poměrně silnou síť kardiologů, ovšem autoři projektu sami zpochybnili, když se formou mystery shoppingu pokusili ověřit reálnou dostupnost objednacích termínů kardiologických ambulancí. Jménem fiktivního pacienta se žádankou od VPL oslovili celkem 60 ambulancí. V tomto průzkumu se do 26 ordinací ani po opakovaných pokusech ve třech pracovních dnech vůbec nedovolali. Ze zbývajících 34 je devět ambulancí odmítlo s tím, že nepřijímají nové pacienty. Jen v 25 ambulancích pacient získal termín, to je 42 procent oslovených ambulancí. V průměru přítomnému pacientovi nabídli termín vyšetření za 34,16 dne. Z telefonátů mimo jiné vyplynulo, že některé ambulance aplikují prin-

cip spádovosti a jsou ochotny vyšetřit jen osoby s bydlištěm v určité lokalitě, v jednom případě jen osoby určitého zaměstnavatele.

Zlepšit organizaci a předávání pacientů

Krajský předseda Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) MUDr. Zdeněk Hromek upozornil, že pokud mají VPL zlepšit prevenci kardiovaskulárních onemocnění a péči o tyto pacienty, potřebují k tomu vhodně nastavené podmínky. Jinak než dnes by měly vypadat preventivní prohlídky. „Pokud bychom měli zlepšit péči o srdeční onemocnění, měl by se změnit obsah preventivních prohlídek, odběry krve u prevencí a jejich frekvence. To nemůžeme udělat sami. Dnes když nastavíme preventivní vyšetření individuálně s ohledem na riziko konkrétního pacienta, revizní lékař mi to neuzná a úhradu mi strhne,“ uvedl Hromek. Například náklady pořízení přístroje na POCT měření troponinu jako kardiomarkeru se podle něj ordinaci nevrátí. Je to také otázka priorit zdravotní politiky, protože ani ordinace VPL nemají kapacitu navýšovat množství práce, kterou dělají, a někteří lékaři ani nemají velký zájem příliš měnit zaběhlé postupy. „Je toho hodně, co se po nás VPL požaduje,“ podotkl Hromek. Potvrdil také, že v regionu bývá problém sehnat pro pacienta v rozumném termínu vyšetření ambulantního kardiologa.

Praktická lékařka a okresní předsedkyně SPL MUDr. Lucie Šragová zmínila, že se jí u některých lehčích pacientů stalo, že po vyžádaném vyšetření echokardiografie u ambulantního kardiologa už zůstali v jeho péči, ačkoli je chtěla dispenzarizovat sama. To pak může mít vliv na kapacity specialistů, když zbytečně drží v péči lehčí pacienty.

Také MUDr. Sabina Pavlíková, ostravská ambulantní kardioložka a jednatelka ambulancí Kardiokri, vnímá, že někdy nejsou kapacity využívány ve prospěch právě těch pacientů, kteří je nejvíce potřebují. „Mělo by se přesně říct, o jaké pacienty se kdo jak stará,“ podotkla.

Spolupráce nemocnic a ambulantních specialistů

MUDr. Jiří Havrlant, ředitel ostravské fakultní nemocnice, zmínil, že pacientů je čím dál více, podle něj k tomu přispívá i lepší diagnostika.

„Jsem rád, že přednosta našeho kardiovaskulárního oddělení prof. Jan Václavík se snaží v regionu objet města a komunikovat s VPL a ambulantními kardiology. Jedno téma je, kteří pacienti patří do ordinací VPL, pokud se podaří vyřešit preskripční omezení. Druhé téma také na druhou stranu je, jak dostat pacienty, kteří to potřebují, na vyšetření do nemocnice,“ uvedl.

V ambulancích fakultní nemocnice si pacienti nenechávají déle, než je potřeba, tvrdí primář Marian Branny: „Naše úloha jako fakultní nemocnice je dotáhnout případ do určitého rozhodnutí, udělat jedno následné sledování a pak pacienta předat zpátky. Dnes máme pět ambulancí. Kdybychom to tak nedělali, za dva roky jich budeme potřebovat deset, za tři roky patnáct...“

Optimalizaci péče a nastavení jasné cesty pacienta systémem považuje za zásadní Mgr. Kristýna Čillíková z pacientské organizace ČAKO. „Pacient by měl mít koordinátora, který mu pomůže zajistit specializovanou péči,“ řekla na kulatém stole v Ostravě.

Co by mohlo pomoci?

Dobrym krokem ke zlepšení péče o pacienty se srdečním onemocněním se podle doktorky Pavlíkové stala možnost nahlédnout do lékového záznamu pacienta. Určitou úlevu napjatým kapacitám a zároveň zlepšení kvality by mohly přinést některé projekty telemedicíny.

Primář kardiovaskulárního oddělení FN Ostrava MUDr. Marian Branny, Ph.D., zmínil některé projekty telemedicíny v kardiologii, které se v regionu již využívají. „U srdečního selhání telemedicina dovede snížit nároky na lidské zdroje,“ uvedl například. Pacienti používají váhy, které odesílají data, a systém alarmuje zdravotníka pouze při překročení určitých nastavených hranic, pak zdravotník s pacientem komunikuje například o navýšení dávky diuretika.

Významně by, i když v delším časovém horizontu, pomohlo snížit rizikové faktory. Tomu, že by se životní styl populace v tomto směru zlepšoval, ale zatím data nenasvědčují. Proběhlá šetření EHES (European Health Examination Survey) a EHS (European Health Interview Survey) z období před covidovou pandemií ukázala naopak varovná data. Jak upozornila MUDr. Barbora Macková, ředitelka SZÚ, součástí EHES 2019 byl odhad kardiovaskulárního rizika u osob nad 40 let podle věku, pohlaví, kouření, tlaku a cholesterolu. Vysoké a velmi vysoké riziko bylo identifikováno u 38 procent mužů a 15 procent žen v Česku. V roce 2025 by mělo proběhnout další kolo šetření, které by mělo poskytnout data, jak se situace vyvíjí. „Alarmující je, že téměř 70 procent lidí o své dyslipidémii nevědělo,“ podotkla Macková a zmínila, že považuje za potřebné přepracovat koncepci preventivních prohlídek u VPL. **ač**

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 9. 4. 2024
v Medical Tribune 5/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd1

Plzeňský kraj musí posílit KV prevenci a pokrytí specialisty

Plzeňský kraj (PLK) vykazuje nejnižší účast na preventivních prohlídkách u praktických lékařů (VPL) v ČR. Naopak má nejméně obézních a nižší než průměrná čísla u cévní mozkové příhody a úmrtí po infarktu. Problémem zůstává nerovnoměrná dostupnost ambulantních specialistů, hlavně v okrajových částech regionu.

Podle ČSÚ je PLK třetím největším krajem s jednou z nejnižších hustot obyvatel a druhým nejnižším podílem žen. Region má druhou nejvyšší průměrnou mzdu ve zdravotnictví a sociálních službách. Kromě FN Plzeň zde fungují krajské nemocnice.

PLK má nejnižší účast na preventivních prohlídkách (ČR 58,7 %, PLK 51,4 %), čtvrtý nejvyšší podíl kuřáků a pacientů s vysokým tlakem. Naopak má nejnižší podíl obézních a pacientů po CMP. Dosahuje nadprůměrných výsledků v úmrtnosti po IM a výskytu dyslipidémie, ale jen minimum pacientů dostává potřebnou léčbu.

Reálná dostupnost péče

Data z 21 kardiologických ambulancí (VZP) ukázala, že dvě nebylo možné kontaktovat a z 19 ambulancí pět nepřijímalo nové pacienty. Průměrná čekací doba u 14 ambulancí byla 42 dnů. Zástupce ČKS prof. Miloš Táborský označil situaci za tragickou a dodal, že výsledky mohou sloužit pojišťovně jako ukazatel péče v regionech. Pacient s KVO musí být objednan do 14 dnů od hospitalizace a každé kardiocentrum by mělo mít síť ambulancí pro rychlé převzetí pacientů. Digitalizace by mohla proces usnadnit.

V MSK přijímalo nové pacienty méně ambulancí než v PLK, ale čekací doba byla kratší – 32 dnů. Skórkarta řadí PLK mezi čtyři nejlepší regiony v oblasti KV péče se skóre +2. MSK dosáhl skóre -4.

Dopady Národního kardiovaskulárního plánu (NKP)

Podle prof. Táborského může NKP podpořit rozvoj zdravotnických zařízení v PLK, který je v oblasti KV péče znevýhodněn. Kraj má vysoký počet pacientů na 100 000 obyvatel, včetně nejvyššího počtu pacientů se srdečním selháním, a zvyšuje se i výskyt poruch srdečního rytmu.

V terapeutické oblasti je důležité zajistit akutní péči pro všechny pacienty. NKP navrhuje sledovat u diagnóz parametry jako dojezdový čas, procento případů řešených intervencí a doba od příjezdu do zahájení intervence. V PLK tyto ukazatele fungují velmi dobře. Sledují se také délka hospitalizace, mortalita, hodnoty LDL cholesterolu, krevního tlaku a odeslání pacientů na léčbu závislosti na tabáku a rehabilitaci.

Prof. Rokyta zdůraznil, že FN Plzeň je jediné pracoviště v kraji poskytující nepřetržitou péči

pacientům s AIM a srdečními zástavami. Vzniká zde šest nových lůžek JIP a standardní stanice s 25 lůžky, což téměř zdvojnásobí kapacitu. Ročně zde hospitalizují téměř 4 000 pacientů.

Praktický lékař – nejdůležitější partner NKP

Počet pacientů se srdečním selháním rychle roste. Prof. Táborský navrhuje, aby VPL řešili nekomplikované případy, zejména HFpEF, podobně jako u diabetu. Do kardiocentra by měli jít jen pacienti vyžadující superspecializovanou péči, ostatní by měli být léčeni ve specializovaných ambulancích.

Standardy spolupráce mezi VPL a kardiologi mají posílit roli VPL. Aktuálně pracují na projektech komunikace s pacientem, managementu chronických onemocnění a digitální KV prevence. Prof. Rokyta uvedl, že FN Plzeň již šest let spolupracuje s VPL a specialisty na zlepšení komunikace.

„VPL léčí pacienty, kteří k nim náležejí svými hodnotami (např. glykovaného hemoglobinu nebo TK) a které by léčit měli. Čekáme na další programy, které posílí kompetence VPL v péči o pacienty, kteří nemusejí být ve specializovaných ambulancích,“ uvedl PhDr. Šlajs, Ph.D., výkonný ředitel divize EUC Klinik.

Prof. Táborský souhlasí: „VPL je klíčem v systému primární i sekundární prevence a léčbě chronických onemocnění. Je nutné posílit jeho kompetence, včetně preskripce léčiv specialistů, např. DOAC a inhibitorů SGLT-2.“ Dále zdůraznil, že cesta pacienta s KVO musí vést přes VPL a je nutné posílit preventivní prohlídky, např. pomocí digitální prevence.

Předseda Sdružení praktických lékařů ČR MUDr. Petr Šonka, který působí v Přešticích, zdůraznil význam VPL v péči o pacienty s chronickými onemocněními. VPL se dnes starají o 38 % všech diabetiků, což je výrazný posun. Problémem je preskripční omezení, např. u agonistů GLP-1. Podle prof. Táborského by tyto léky měly být uvolněny pro VPL.

Co v Plzeňském kraji zlepšit?

Ambulantní péče v PLK je nerovnoměrně rozložena, což komplikuje dostupnost v okrajových oblastech jako Sušice, Nýrsko, Domažlice, Tachov a Horažďovice. Pojišťovny by měly zajistit kapacitu alespoň jednoho lékaře, aby pacienti nemuseli cestovat do větších měst.

Okrajové oblasti jako Domažlicko a Tachovsko mají problémy s obměnou lékařů. „Naším cílem je zajistit dostupnost zdravotních služeb v odlehklých lokalitách, zejména v Pošumaví,“ uvedla JUDr. Lenka Havlasová, ředitelka Regionální pobočky VZP ČR Plzeň

Chybí také objektivní hodnocení výkonu kardiologických ambulancí. „Měli bychom získat více informací o počtu pacientů odeslaných do kardiocentra a čase jejich převzetí po hospitalizaci, například po AIM. Plánujeme zvýšit počet katetrizačních ablací a zavést nové postupy v léčbě fibrilace síní,“ uvedl prof. Rokyta. Ambulance specializované na ICHS, arytmiologii, chlopenní vady, kardiomyopatie a plicní hypertenzi fungují dobře a ošetří asi 17 000 pacientů ročně.

Prof. Táborský doporučuje zaměřit se na nekoronární intervence, centrum pro srdeční selhání a rozšíření lipidové poradny. Je nutné investovat do rozšíření sálů, zvýšení počtu intervencí a zlepšení kardiochirurgie a digitalizace. Rozvoj vyžaduje i iktové centrum, protože u CMP je čas klíčový.

Jak vidí primární KV prevenci plátců a poskytovatelé

Lenka Havlasová oceňuje Dny veřejného zdraví, které VZP pořádá dvakrát ročně. V roce 2023 nabídli lékaři v Klatovech a Plzni preventivní KV vyšetření zdarma pro klienty VZP. VZP také poskytuje příspěvky na prevenci, podmíněně prohlídkou u VPL. V rámci programu VZP PLUS mohou specialisté a VPL získat bonus 400–500 Kč za každého dispenzarizovaného pacienta.

„Až 75 % smluvních partnerů se zapojuje do programu, především diabetologové se 100% účastí v PLK kromě Klatov (50 %),“ uvedla Havlasová. V programu VZP PLUS Hypertenze bylo v roce 2022 vyplaceno 3,4 mil. Kč, ale v PLK bylo bonifikováno jen 64 % účastníků. Kritéria splnilo jen 6 % lékařů u sledování TK a 13 % u prevence KVO (vyšetření LDL cholesterolu). EKG bylo sledováno v 78 % případech.

Petr Šonka zdůraznil potřebu většího zaměření na laboratorní markery, jako je glykémie a LDL cholesterol, které by měly být zachycovány dříve. Dále doporučil zahrnout do prohlídek více parametrů, jako vyšetření moči, NT-proBNP a screening diabetu. „Relativní riziko pa-

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 23. 4. 2024
v Medical Tribune 6/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd2

cienta by mělo být škálováno podle jeho rizikových faktorů a tyto faktory je třeba hodnotit komplexně," dodal.

S tím souhlasí za pacientskou organizaci ČAKO (Česká aliance pro KV onemocnění)

i Mgr. Kristýna Čillíková, podle níž vyšetření lipidů v desetiletých intervalech nestačí a zařadit je potřeba i vyšetřování nových markerů, například ledvinných funkcí nebo LP(a). VPL by měli být motivováni k provádění preventivních prohlí-

dek, velkým problémem je i podle ní motivace pacientů. Za dobrý příklad považuje postup VZP, kdy je čerpání bonusů podmíněno tím, že pacient navštěvuje preventivní prohlídky a onkologické screeniny. **kol**

Karlovarský kraj: Velký nedostatek kardiologů. Kraj loví lékaře i gymnazisty

Třetí diskusní setkání zaměřené na zlepšení péče o pacienty s kardiovaskulárními onemocněními (KVO) se uskutečnilo v Karlovarském kraji (KVK). Tento region, kde populace nejrychleji stárne, má zároveň nejnižší kapacitu ambulantních kardiologů. Zdejší lékaři se proto musejí postarat o mnoho vážně nemocných pacientů. Kraj se snaží podpořit generační obměnu prostřednictvím stipendií a pobídek pro zdravotníky. Zároveň se klade důraz na prevenci a zapojení praktických lékařů (VPL) do péče o pacienty s KVO.

Hodnocení krajského skóre ukazuje, že KVK má nejvyšší podíl kuřáků (25,10 %) a obézních (26,10 %) a druhý nejvyšší počet diabetiků (11,6 %). Kapacita ambulantních kardiologů je zde nejnižší v ČR, s 2,7 pracoviště na 100 000 obyvatel oproti průměru 6,8. I přes negativní skóre rizikových faktorů kraj vykazuje pozitivní výsledky ve výskytu KVO, hypertenze, dyslipidémie a úmrtnosti po infarktu, přestože počet infarktů je nadprůměrný.

Podle primáře Kardiocentra KKN MUDr. Alexandra Schee mohou být tyto rozporuplné výsledky způsobeny nedostatkem kardiologů. „Je nezpochybnitelné, že je u nás nejvíce infarktů. Jak je tedy možné, že nemáme vysoký krevní tlak a dyslipidémii? Jediným vysvětlením je, že tito pacienti nejsou diagnostikováni a léčeni," uvedl Schee, který zároveň upozornil, že nízká úmrtnost na infarkt svědčí o kvalitní nemocniční péči. U dyslipidémie je ale míra zachytu a léčby velmi nízká. Studie EHES z roku 2019, provedená SZÚ, zjistila, že z 116 000 lidí s dyslipidemií o svém problému nevědí tři čtvrtiny a léčí se jen 7 000, tedy 6,6 % z těch, kteří by měli.

Reálná dostupnost péče

V rámci testu dostupnosti ambulantní kardiologické péče bylo v KVK kontaktováno 10 ambulancí. Ve čtyřech případech se „pacientovi“ nepodařilo dovolat ani po opakovaných pokusech. Z šesti dostupných ambulancí tři nepřijímaly nové pacienty a ve zbylých třech bylo ob-

jednání možné za průměrně 47 dní. V jedné ambulanci bylo objednání podmíněno bydlištěm v okrese, v jiné zase použitím elektronického systému Emmy, což podle Václava Janálka představuje bariéru hlavně pro seniory. Průzkum tak potvrdil, že kraj má zásadní problém s nízkou dostupností ambulantních kardiologů. Alexandr Schee navíc upozornil, že v regionu je vysoký počet komplexních KV pacientů, kteří by mohli být dispenzarizováni u VPL. „Máme pacienty, kteří jsou dva roky po infarktu, mají stabilizované rizikové faktory a nemusejí nutně docházet ke kardiologovi," řekl Schee a dodal, že mnoho těchto pacientů si kardiologové ponechávají z ekonomických důvodů. „Jsou to ‚dvoutisícoví‘ pacienti, které zvládnou za 20 minut a nařadí mi PURO," vysvětlil. To vidí jako problém i ředitelka regionální pobočky VZP Lenka Havlasová. „PURO je nešťastné, protože velké ambulance si ulehčují práci méně nákladnými pacienty. To je problém, když máme málo lékařů a specialisté jsou zahlceni pacienty," uvedla Havlasová.

Generační obměna selhává

Celý KVK se potýká s nízkou dostupností péče kvůli nedostatku ambulantních specialistů, zejména kardiologů. Podle Lenky Havlasové je hlavním problémem selhávající generační obměna. „Počty lékařů jsou velmi nízké. Jakmile lékař odejde do důchodu, nedaří se zajistit náhradu," uvedla Havlasová. Vedle stárnutí lékařů je problémem i nízký týdenní úvazek ambulantních specialistů. Například v okrese Karlovy Vary pracuje deset kardiologů s průměrným věkem 50 let a souhrnným úvazkem 147 hodin týdně, tedy cca 15 hodin na jednoho. V okrese Cheb je šest kardiologů, jejichž průměrný věk je 64 let a pracují celkem 95 hodin týdně, což je necelých 16 hodin na jednoho.

Data VZP z let 2022 a 2023 ukazují, že kardiologické ambulance v KVK nabraly přibližně 2 000 nových pacientů. Kvůli těmto faktorům začíná mít pojišťovna problém se zajištěním specializované péče. „Snažíme se situaci řešit. Připravujeme program preferované oblasti pro KVK a jednáme s Ministerstvem zdravotnictví, aby se tyto preferované oblasti vztahovaly i na ambulantní služby," doplnila Havlasová.

Stipendia: Kraj loví už i gymnazisty

Role KVK v zajištění dostupnosti zdravotní péče je omezená. Vedoucí odboru zdravotnictví KVK Ing. Alena Šalátová uvedla, že kraj spravuje jen několik zdravotnických zařízení, zejména KKN a krajskou záchrannou službu, a nemůže sám zajistit síť ambulantní specializované péče. Přesto se kraj snaží pojišťovně pomoci skrze dotační politiku. Kraj již vypsal 11 navazujících dotačních titulů s cílem získat nové zdravotníky. „Pracujeme už i s gymnazisty, kteří se v projektu Medikem na gymplu připravují na lékařské fakulty," popsala Šalátová.

V současnosti se projektu účastní 30 studentů, kteří se o víkendech připravují na přijímací zkoušky na lékařské fakulty a studují fyziku, chemii a biologii. Pro studenty přijaté na lékařské fakulty kraj nabízí stipendium ve výši 150 000 korun ročně. „Když jsme nabízeli částky kolem 40 000 korun, přihlásilo se jen pět až šest studentů. Po zvýšení stipendia na 150 000 korun se přihlásilo 70 studentů," uvedla Šalátová. Přijetím stipendia se studenti zavazují působit v kraji po stejný počet let, kolik let čerpali stipendium. „Doufáme, že když tu zůstanou dva nebo tři roky po škole, navážou kontakty a zůstanou natrvalo," dodala Šalátová.

Kraj se také snaží řešit aktuální nedostatek zdravotníků pomocí náborových příspěvků. Od roku 2018 poskytuje kraj podporu ve výši 400 000 korun pro lékaře a 150 000 korun pro sestry. Dosud bylo vyplaceno 65 milionů korun, čímž bylo získáno 197 zdravotníků, z toho 80 lékařů. Podmínkou je tříletý závazek. „Podle průzkumu 78 % zdravotníků zůstává i po třech letech," doplnila Šalátová.

Kraj poskytuje další příspěvky na zřízení ordinací a odkup ordinací po odcházejících lékařích. Od loňského roku podporuje pokračová-

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 7. 5. 2024
v Medical Tribune 7/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd3

ni praxí VPL starších 65 let příspěvkem 50 000 korun ročně. „Snažíme se ukázat, že nám záleží nejen na nově příchozích lékařích, ale i na stá-

vajících,“ uvedla Šalátová. Přesto Šalátová upozornila, že kraj bez národní podpory situaci nezvládne. „Dostáváme se do situace, kdy se kraje

přetahují o lékaře. Pojišťovny sice mají povinnost zajistit dostupnost služeb, ale už nemají odkud brát,“ uzavřela. **fk**

Královéhradecký kraj řeší hlavně dlouhé čekací doby

Čtvrtý kulatý stůl zaměřený na prevenci a kardiologickou péči v regionech se konal v Královéhradeckém kraji (HKK). Stejně jako v předchozích setkáních v Ostravě, Plzni a Karlových Varech se ukázalo, že diskuse, nálada a problémy se v každém kraji výrazně liší.

HKK má nejstarší populaci a nejvyšší podíl lidí nad 65 let, ale zároveň nejnižší zastoupení obyvatel v produktivním věku. Po Praze je zde nejdelší doba dožití. Krajská síť zdravotnických zařízení zahrnuje Fakultní nemocnici Hradec Králové a nemocnice v Trutnově, Náchodě, Jičíně, Dvoře Králové a Rychnově nad Kněžnou. Podle tzv. skórkaret patří HKK mezi čtyři nejlepší kraje v ČR v návštevnosti preventivních prohlídek v VPL. Plusové body získal i v obezitě a léčbě hypertenze, ale naopak mezi čtyři nejhorší ho řadí spotřeba alkoholu, výskyt dyslipidémie a úmrtí po infarktu. Konečné skóre HKK je +2, stejně jako u Plzeňského kraje. Moravskoslezský kraj dosáhl skóre -4 a Karlovarský -1.

Reálná dostupnost péče

V šetření kapacity kardiologických ambulancí v HKK bylo anonymně kontaktováno 21 pracovišť. V případě nedostupnosti byl pokus zopakován třikrát během pracovních dní. „Ze 21 pracovišť se na dvě nepodařilo ani opakovaně dovolat, z 19 ambulancí pět nepřijímalo nové pacienty. Úspěšně se podařilo objednat termín u 14 ambulancí s průměrnou čekací lhůtou 47 dnů,“ popsal JUDr. Janalík. Pozitivem byla vstřícná komunikace zdravotních sester, které ve většině případů alespoň doporučily jiného poskytovatele.

Proč je léčeno tak nízké procento pacientů s dyslipidémií?

Studie EHES (2019) zjistila v HKK dyslipidémii u 211 000 osob, ale 157 000 z nich o tomto problému nevědělo a léčeno bylo jen 14 000, tedy 6,6 % z těch, kteří by měli. Podle dat zdravotních pojišťoven se léčí 8,65 % pacientů s touto diagnózou. MUDr. Barbora Macková (SZÚ) uvedla, že v HKK je úmrtnost na KVO o něco nižší než průměr ČR. V roce 2020 byl HKK v úmrtnosti na KVO na 8. místě u mužů a 12. u žen. V roce 2019 zemřelo 2 295 mužů, z toho 38 % na KVO, a 2 906 žen, z toho 42 % na KVO. Prim. MUDr. Jirí Veselý (EDUMED) zdůraznil význam nefarmakologických možností, přestože dyslipidémie zůstává běžná u populace ve věku

55–65 let. Statiny je léčeno 1,6 mil. pacientů. Zlepšení edukace je nutné jak u pacientů, tak u lékařů. Jen málokdo zná své hodnoty LDL cholesterolu, a jak upozorňuje Mgr. Kristýna Čillíková (ČAKO), problém je i v řadách lékařů, kteří často se zahájením léčby otálejí.

Zásadní roli v HKK hraje fakultní nemocnice

Podle doc. MUDr. Petra Pařízka, Ph.D., přednosty I. interní kardiologické kliniky FN Hradec Králové, byl HKK v roce 2022 na posledním místě v ČR v počtu léčených pacientů s nemocí oběhové soustavy na 100 000 obyvatel, což není nutné úspěch, ale spíše výzva pro další diskusi. Zdravotníky zde čekají dvě hlavní výzvy: rostoucí počet pacientů nad 70 let a epidemie srdečního selhání, které se zdvojnásobilo oproti situaci před 20 lety. Iktová centra v HKK dosahují velmi dobrých výsledků, zvláště v Trutnově a Náchodě.

Kardiologická klinika v Hradci Králové, která je součástí komplexního kardiocentra, disponuje 88 lůžky (19 pro akutní kardiologii, 9 pro angiologii, jednu všeobecnou ambulanci a 10 specializovaných poraden). Nově zde vznikly poradny pro srdeční selhání (SS) a kardiogenetiku. Počet ambulantních vyšetření a kateterizačních výkonů se zvyšuje, stejně jako oblast elektrofyziologie a kardiostimulace.

V ČR je průměrně šest ambulantních kardiologických pracovišť na 100 000 obyvatel, HKK je v první třetině. Ještě lepší využívání telemediciny by pomohlo zlepšit situaci a ulehčit ambulantním kardiologům.

Nutné je zvýšit motivaci pacientů i lékařů

V okrese Náchod funguje 15 interních a šest kardiologických ambulancí (nemocničních a soukromých), které jsou podle MUDr. Veselého dobře rozmístěny. Pacienti mají relativně snadný přístup k péči, pokud ambulance přijímá nové pacienty. Díky programu VZP PLUS pro SS nejsou lékaři limitováni rozpočtem. V roce 2023

se v HKK do programu zapojilo 48 % VPL, 48 % PLDD, 86 % internistů, 100 % diabetologů a 100 % kardiologických ambulancí. Ing. Michal Provazník (VZP) zdůraznil, že klíčové je, jak se fond prevence využije, nikoli jeho výše.

Přestože HKK je v oblasti prevence lepší než jiné kraje, stále je prostor pro zlepšení. MUDr. Veselý upozornil na problém nedostatečného vykazování kódů, zejména u pacientů se SS, a nízkou motivaci lékařů. „Program VZP PLUS výrazně zvýšil počet diagnostikovaných pacientů se srdečním selháním,“ uvedl Veselý. Data z roku 2018 ukazují 300 000 osob se SS v ČR, z toho 15 000 v HKK a 3 000 v okrese Náchod. Veselý se ptá, kdo se o takový počet pacientů postará, zvláště když se očekává nárůst na 9 000 v Náchodě do roku 2030. Řešením je spolupráce kardiologů, internistů a nemocnic.

MUDr. Marek Vícha (Kardi Ai) připomněl, že současná diagnostika SS a arytmií je nedostatečná, protože stále používáme zastaralé technologie. Pacienti si přejí monitoraci srdečního rytmu kdykoli a kdekoli. „Ambulantní monitorace je nedostatečná, domácí monitorace pomáhá jak s diagnózou, tak s kontrolou léčby,“ uvedl Vícha. Jednou z možností je využití AI s monitorovacím pásem, který snímá EKG a data přenáší do mobilního telefonu, kde AI vyhodnotí výsledek a upozorní lékaře.

V HKK vážně komunikace, digitalizace a chybějící lůžka

Podle doc. Pařízka je největším problémem nedostatek lékařů a dlouhé čekací doby na intervenční, zejména ablační výkony (40 týdnů). Klinika má plně využít lůžkovou kapacitu s 70–90 příjmy týdně a kompletní obměnou lůžek. Je potřeba zlepšit hodnocení kvality pracovišť a spolupráci s ostatními klinikami. Kriticky chybějící lůžka následně péče a digitalizace i telemedicína jsou nedostatečné. Pozitivně hodnotí situaci na Kardiokirurgické a I. interní kardiologio-

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 7. 5. 2024
v Medical Tribune 7/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd4

logické klinice, zejména z hlediska intervenčních metod.

Ing. Provozník vidí FN Hradec Králové jako silnou stránku, protože slouží nejen jako fakultní, ale i jako městská a okresní nemocnice. Slabou stránkou jsou vyrovnávací platby nemocnicím. MUDr. Zdeněk Fink, člen Rady HKK, ocenil, že FN zajišťuje 46 % péče v kraji, a vy-

zdvihl vybavenost nemocnic, ale poukázal na nedostatek personálu, včetně pediátrů a ambulantních specialistů.

Podle VPL je třeba zlepšit elektronické sdělení dat mezi nemocnicemi a ambulantními specialisty. „Komunikace není špatná, ale administrativní zátěž je příliš velká. Také chybí lůžková kapacita,“ uvedl krajský předseda Sdružení prak-

tických lékařů ČR MUDr. Šubrt. MUDr. Veselý ocenil síť nemocnic v HKK, ale upozornil na personální problémy, které ovlivňují péči VPL i ambulantních specialistů. Navrhuje legislativní změny, které by umožnily přenést některé pravomoci na sestry. Mgr. Čilliková vyzdvihla výborně fungující gerontometabolickou kliniku, ale kritizovala dlouhé čekací doby na kardiologii. **kol**

Zlínský kraj: Přes nedostatek kapacit dobře fungující síť kardiologů

Regionální rozdíly v dostupnosti zdravotní péče jsou značné. Potvrdilo to i páté kolo kulatých stolů Cesta ke zdravému srdci ve Zlíně, kde se rozvinula diskuse zajímavá jak pro plátce, tak pro poskytovatele péče a tvůrce Národního kardiovaskulárního plánu (NKP). Diskutovalo se o nezodpovědném chování pacientů ke zdraví, chybějící motivaci lékařů, nedostatku kapacit nemocniční a ambulantní KV péče a o složité cestě zdravotním systémem, která komplikuje péči a zvyšuje náklady plátců.

Na velké regionální rozdíly v dostupnosti péče napříč kraji poukázala náměstkyně hejtmanky Zlínského kraje (ZLK) MUDr. Olga Sehnalová. Uvedla, že NKP by měl být tvořen s ohledem na regiony, protože startovací podmínky jsou mezi kraji velmi odlišné, jak dokládají data ÚZIS.

Podle skórkaret má ZLK třetí nejnižší spotřebu alkoholu, ale diskutující upozornili, že oficiální údaje nemusejí zahrnovat domácí výrobu. ZLK má nejnižší podíl kuřáků, avšak druhý nejvyšší podíl obézních a osob s hypertenzí. Kraj je třetí v počtu CMP na 100 000 obyvatel. „Pokud zde ale CMP proděláte, šance na přežití jsou ve srovnání s jinými kraji nadprůměrné. Méně je zde infarktů a průměrný počet úmrtí na ně,“ uvedl JUDr. Václav Janalík, organizátor projektu a jednatel společnosti Efcare. Podle MUDr. Barbory Mackové, MHA, ředitelky Státního zdravotního ústavu, je úmrtnost na KVO ve ZLK pod celostátním průměrem. Dyslipidémii zde má 228 000 lidí, ale 169 000 o tom neví; léčí se jich jen 15 000. Podobná situace je i u hypertenze a diabetu/prediabetu.

Dobry záchyt dyslipidémie a hypertenze je důsledkem kvalitní prevence u VPL. ZLK má také velmi dobrou kardiologii, protože v úmrtí na IM je na tom lépe než průměr a počet IM je zde výrazně nižší.

Reálná dostupnost péče

Test kapacity kardiologických ambulancí v březnu ukázal, že z 25 oslovených ambulancí se v pěti případech nepodařilo dovolat. Z dvaceti dostupných ambulancí čtyři nepřijímaly nové pacienty a průměrná čekací doba byla 32 dnů, což je zatím nejkratší zaznamenaná doba. „Problém

se spádovostí přetrvává, mnoho ambulancí přijímá jen pacienty s bydlištěm v okrese,“ uvedl JUDr. Janalík. Celkové skóre ZLK -1 řadí kraj lehce pod průměr ČR.

Kde může NKP pomoci Zlínskému kraji?

ZLK se v případě nemoci oběhové soustavy drží na úrovni celostátního průměru. V roce 2010 zde zemřelo na IM 60 osob ze 100 000, o osm let později to bylo o polovinu méně. Prim. MUDr. Zdeněk Coufal, zástupce České kardiologické společnosti (ČKS), přičítá tento pokles kvalitní práci KV centra, ambulantních kardiologů a VPL. Počet arytmiologických problémů roste, ale ZLK je pod celorepublikovým průměrem.

Z hlediska srdečního selhání je ZLK na průměru ČR, avšak očekávané zdvojnásobení prevalence během 15 let bude pro okres Zlín náročné zvládnout. Kraj také trápí rostoucí počet aortálních stenóz, přičemž zde chybí pracoviště, které by je řešilo. Loni byly ve ZLK zřízeny dvě nové kardiologické ambulance, což pomohlo s rozložením péče. Nadále však ambulantní kardiologové řeší rutinní kontroly a neadekvátně indikovaná vyšetření od některých VPL.

V kraji chybí objektivní hodnocení práce kardiologických ambulancí a standardizace praxe na celostátní úrovni, což by měl řešit NKP. Prim. Coufal dodal, že nemocniční kardiologické ambulance nemohou dohlížet na všechny pacienty po propuštění s akutním srdečním selháním. Pacienti jsou po propuštění odesíláni k VPL, kteří je posílají do kardiologických ambulancí, což komplikuje cestu k péči. Lepší by byl model, kdy by nemocniční kardiologie pacienta přímo objednala ke specialistovi.

Role koordinátora péče (KP)

Diskuse se rozproudila kolem otázky, zda zavedení koordinátora péče může pomoci přetížené kardiologii, nebo zda by bylo efektivnější zlepšit fungování současného systému. JUDr. Janalík se domnívá, že do budoucna bude KP nezbytný, protože zdravotníci nebudou mít kapacitu provádět pacienty složitým systémem. Naopak MUDr. Olga Sehnalová, náměstkyně hejtmanky ZLK, vidí KP jako další prvek, který problém nevyřeší, jelikož chybějí základní kapacity: „Je potřeba vygenerovat potřebný počet odborníků nejen v Praze, ale i v regionech.“

MUDr. Lubomír Nečas, krajský předseda Sdružení praktických lékařů ČR, je přesvědčen, že role koordinátora by měla připadnout VPL, který pacienta v systému vede. ZLK je specifický tým, že ambulantní kardiologové prošli zlínským kardiocentrem, mají tedy osobní vztahy a mohou se snadno telefonicky domluvit, což by mělo platit i mezi VPL a kardiology.

Podle PhDr. Jana Šlajse, Ph.D., výkonného ředitele divize EUC Klinik, již v jejich síti využívají KP, i když v jiné podobě. „Sestry by měly být koordinátorkami péče u compliantních pacientů, kteří by tak nemuseli navštěvovat ordinaci čtyřikrát ročně, ale jen podle potřeby, což by uvolnilo lékařům ruce pro složitější případy. Snažíme se také rozšířit digitální a distanční péči,“ uvedl.

Nejvyšší čas na změnu systému

„Systém dozrál na změnu a kultivaci, dnes je velmi liberální jak pro poskytovatele, tak pro pacienty. Dříve ZP zaváděly určité formy řízené péče s finanční motivací k úsporám. Dnes jde spíše o kapacitu systému a počet odborníků, aby zvládli rostoucí počet pacientů se závažnými chorobami,“ uvedl Ing. Aleš Zbožínek, MBA, LL.M., ředitel Regionální pobočky VZP Ostrava.

V Evropě je úmrtnost na KVO o 20 % nižší než v ČR, což ukazuje na možnosti ke zlepšení. Je nutné změnit nejen osvětu a osobní odpovědnost za zdraví, ale i přístup lékařů a poskytovatelů péče. „V ČR chybí definice pravidel, což vede k tomu, že si každý dělá, co chce. Problém

mem je i nedostatek propojení mezi lékaři, protože chybějí registry záznamů," uvedl kardiolog MUDr. Jiří Střelec.

ZP by měly zavést změny v regulaci a přemýšlet o určité spoluúčasti pacientů. „Přestože zdravotní pojišťovny investují do preventivních programů, velká část populace je nevyužívá. Debata o restrikcích za nezodpovědné chování by byla namístě," uvedl Ing. Zbožíněk a dodal, že zlepšení organizace průchodu pacienta systémem by snížilo náklady.

Odborníci upozornili na kritický nedostatek kardiologických a interních lůžek ve Zlí-

ně, která byla v minulosti drasticky zredukována. Redukce akutních lůžek je nyní obtížně napravitelná a nedostatek se zhoršuje s rostoucím počtem starších pacientů. Se stárnutím populace bude potřeba nejen více lůžek následné péče, ale i akutních.

Snahy o zefektivnění využívání kapacit systému jsou často mylně interpretovány jako omezení práv pojištěnců. Ve skutečnosti jde o zajištění optimální péče v optimálním čase. To zahrnuje i otázku sdílených informací. „Chybí jednotný systém sdílených informací, který by zlepšil koordinaci péče. Zřízení lékového

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 28. 5. 2024
v Medical Tribune 8/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd5

záznamu je krok správným směrem, ale nestačí. Na rozdíl od sdružené databáze, kterou má společnost EUC, v rámci státu jednotný systém sdílených informací stále neexistuje," uzavřel MUDr. Zdeněk Coufal. **kol**

Kraj Vysočina: Potřeba změny systému péče o komplikované pacienty

Šestá diskuse v rámci série krajských kulatých stolů pokračovala v Jihlavě. Jak se ukázalo, vedle nedostatečné prevence je na Vysočině nutné řešit zejména podprůměrnou kapacitu sítě ambulantních kardiologů.

Takzvaná skórkarta, vycházející z dat ÚZIS a VZP, která pomocí 13 kritérií porovnává kardiologickou péči v jednotlivých krajích, ukázala pro Vysočinu (VYS) skóre 0. Záporné body tento kraj obdržel za nízkou návštěvnost preventivních prohlídek, vysokou nemocnost na KVO, nejvyšší procentuální úmrtnost po CMP a podprůměrnou kapacitu sítě ambulantních kardiologů. Naopak plusové body získal za nízkou spotřebu alkoholu a tabákových výrobků a za počet nemocných s dyslipidemií a diabetem. Konkrétně má VYS ve srovnání s ostatními kraji nízkou návštěvnost preventivních prohlídek (57,3 %), nejlépe je na tom Olomoucký kraj (61,5 %), nejhůře Plzeňský (51,4 %); nejnižší podíl kuřáků (15,7 %, průměr 19,9 %), nejhorší je Karlovarský kraj (25,1 %); nízký podíl dyslipidemie (5,29 %, průměr 6,11 %), nejvyšší podíl má Královéhradecký kraj (8,65 %), nejnižší Karlovarský (4,39 %); nejvyšší podíl osob umírajících s CMP (10,48 %, průměr 9,56 %), nejlepší je Liberecký kraj (7,98 %).

Podle dat prezentovaných MUDr. Kristýnou Žejglicovou ze SZÚ jsou standardizované hodnoty úmrtnosti na KVO v kraji o něco vyšší než český průměr. V roce 2019 na KVO v tomto kraji zemřelo 38 procent mužů a 47 procent žen. Podle šetření EHES, na němž se podí-

lí i SZÚ, trpí např. dyslipidemií zhruba polovina české populace. Pokud jde o Kraj Vysočina, ze 198 000 pacientů s diagnózou dyslipidemie jich o své nemoci vědělo jen 148 000 a pouze 13 000 z nich se léčí. Vysoké a velmi vysoké kardiiovaskulární riziko má přitom v ČR 38 procent mužů a 15 procent žen, u nichž by tedy podle doporučení ESC měla být zahájena intervence. Do nízkého rizika spadá jen 22 procent mužů a 62 procent žen.

Reálná dostupnost péče

Pokud jde o kapacitu sítě kardiologických ambulancí, z celkem oslovených 21 ambulancí se v šesti případech nepodařilo ani opakovaně dovolat a z 15 oslovených pracovišť jich pět nové pacienty nepřijímá. Úspěšně se podařilo získat objednací termín v 10 ambulancích za průměrně 35,2 dne. Na jedné straně ČR patří k zemím s nejvíce ambulantními specialisty na počet obyvatel, na té druhé stále častěji slyšíme o nepostačujících kapacitách. Jedním z důvodů může být velký překryv pacientů, kteří se se stejným problémem léčí zároveň u praktického lékaře (VPL) i kardiologa nebo obcházejí různé odborné ambulance a všem ubírají kapacitu. Dokud nebude fungovat elektronická dokumentace, bude obtížné tento problém řešit.

Jak to vidí plátcí?

U VZP je v VYS pojištěno 74 procent populace, v okrese Jihlava dokonce 84 procent. Podle ředitelky Regionální pobočky VZP Brno Mgr. Petry Pevné jde o kraj, který je na první příčce v počtu čerpajících z fondu prevence. Jak uvedla, potvrdilo se, že podmínění čerpání benefitů

z fondu prevence preventivní prohlídkou zvyšuje zapojení pojištěnců do prevence, a proto bude VZP v této strategii pokračovat. Do programů VZP PLUS je v VYS zapojeno přes 65 procent poskytovatelů primární péče. Přestože kritéria pro vstup do těchto programů jsou v celé ČR stejná, zapojení ambulancí napříč republikou se významně liší. Navíc jedna věc je, že se poskytovatel do programu administrativně zapojí, druhá je pak samotné vykazování a jeho výsledky.

Funguje zde šest nemocnic s kardiologickým oddělením a dvě vysoce specializovaná iktová centra. V roce 2023 bylo na nemocničních kardiologických odděleních v kraji hospitalizováno 2 400 pojištěnců VZP, ambulantně jich bylo ošetřeno téměř 35 000. Interní průzkumy VZP ukazují, že třetina ambulantních kardiologů nepřijímá nové pacienty, u třetiny je objednací termín do tří týdnů, u další třetiny v rozmezí 1–2,5 měsíce. Vzhledem k tomu, že průměrný věk kardiologů v kraji přesahuje 52 let a u VPL ještě o čtyři roky více, je podle Mgr. Pevné primární péče v tomto kraji časovanou bombou.

Pacientů vyžadujících nejen primární péči, ale i péči kardiologickou a diabetologickou, každým rokem přibývá. „V roce 2023 se zde objevilo více než 2 500 nových pojištěnců v odbornosti diabetologie a přes 13 000 nových pojištěnců navštívilo kardiologickou ambulanci," zdůraznila Mgr. Pevná, podle níž VZP vnímá odpovědnost za prevenci a představuje pro ni výzvu, jak pojištěnce lépe motivovat, a to nejen skrze příspěvky z fondu prevence, které jsou jen okrajovým řešením.

VZP se snaží motivovat lékaře, aby se přesunuli do nepokrytých lokalit. Od roku 2023 zadala další bonifikační krok pro oblasti se sníženou dostupností péče, a to příspěvek ve výši 800 000 Kč za zřízení nové praxe. K tomu přispívají i jednotlivá města, která se předhánějí,

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 28. 5. 2024
v Medical Tribune 8/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd6

aby lékaře získala. „Neumíme ale člověka, který si chce otevřít praxi v Brně, přimět k tomu, aby šel do nedostupných lokalit. VYS je jeden z krajů, který zřídil tzv. stipendijní program pro příliv nových lékařů, zatím však nepřicházejí,“ posteskla si Mgr. Pevná. Podle MUDr. Rostislava Stříbrného z České kardiologické společnosti by region měl usilovat o to, aby si lékaře přitáhl a udržel. Roli zde hraje i motivace lékařů ze strany plátců, kterou – pokud jde o finanční motivaci – považuje za symbolickou.

Klíčová role VPL

Jak zdůraznil prim. MUDr. Zdeněk Klimsa, primář Kardiologického oddělení Nemocnice Jihlava, česká kardiologie má excelentní výsledky v řešení následků. „Tím, kde ale selháváme, je prevence. Jestliže v roce 1991 byla úmrtnost na KVO 50%, dnes je necelých 41 %. Například u onkologických onemocnění se nezměnila,“ poznamenal s tím, že i když za posledních 30 let došlo k poklesu kardiovaskulární mortality o 13 %, ČR na tom ve srovnání s ostatními ze-

měmi sdruženými v ESC dobře není. Ve Francii je např. mortalita na KVO o 24 % nižší než v ČR.

Diskutující se v debatě shodli na tom, že je potřeba se ptát, jací pacienti zahrnují kapacitu odborných ambulancí, zda a jak lze spolupracovat s jinými odbornostmi, předávat stabilizované pacienty častěji zpět do primární péče atd. Specialistů je v kraji málo a je jich potřeba využívat racionálně. I proto by se mělo intenzivněji pracovat na užší spolupráci mezi ambulancemi kardiologie a VPL. **kol**

Středočeský kraj: Kardiologie s Prahou v záloze

Do Prahy je blízko, zdravotní pojišťovna tedy slabou síť kardiologických ambulancí ve Středočeském kraji nevnímá jako problém.

Středočeský kraj (STČ) je svou geografii specifický, a to se projevuje i v kardiologii. Jak uvedla Mgr. Lenka Pivoňková, LL.M., ředitelka regionální pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny pro Prahu a STČ, VZP nepocituje v tomto kraji zásadní problém s dostupností ambulantní kardiologie. Jsou zde sice lokality, kam se stěhuje množství nových obyvatel, a kde tedy poptávka po veřejných službách roste. Zároveň ale mají Středočeši možnost využívat kapacity hlavního města Prahy.

„Naším úkolem jako zdravotních pojišťoven je zajistit a hradit léčbu. Z pohledu VZP péči zajištěnou vidíme. Zejména z toho důvodu, že nařízení o časové a místní dostupnosti stanovuje dojezdovou vzdálenost na kardiologii 60 minut. Za tu dobu se ze středních Čech dostaneme do Prahy,“ uvedla Pivoňková. Signály o významných problémech pojišťovna nedostává ani od samotných středočeských kardiologických pacientů, kteří by pojišťovnu žádali o vyhledání dostupného ambulantiho kardiologa. Pokud se na klientské pracoviště pojišťovny pacient obrátí, dostane seznam smluvních kardiologů ve stanovené dojezdové vzdálenosti.

U kardiologů, které doporučuje, pojišťovna v určitých intervalech zjišťuje, zda pacienty přijímají.

Reálná dostupnost péče

Také ve STČ proběhlo v týdnu před diskusí anonymní oslovení všech kardiologických ambulancí se žádostí o objednání. Osloveno bylo 48 ambulancí, do deseti z nich se nepodařilo dovolat ani na třetí pokus. Dalších 15 ambulancí nepřijímá nové pacienty. Průměrná čekací doba ve 23 ambulancích, kde se podařilo fiktivnímu pacientovi objednat, byla téměř 82 dní. To je podstatně více než v jiných regionech. Ve většině z ostat-

ních sedmi dosud vyhodnocených krajů se průměrná objednávací doba pohybovala mezi 32 dny a 47 dny. Zdá se tedy, že dostupnost těchto služeb Středočechům kompenzuje právě Praha.

„STČ je specifická záležitost. Říká se, že je to kraj s dírou uprostřed. Vedení Prahy někdy zmiňuje, že Praha sanuje zdravotní péči i pro Středočeský kraj. Podle mě to je ale složitější, není to černobílé,“ uvedl při kulatém stole Ing. Pavel Pavlík, statutární náměstek hejtmanky Středočeského kraje. Zmínil, že množství obyvatel s trvalým bydlištěm v Praze tráví měsíce od jara do podzimu ve Středočeském kraji na chatách a chalupách a mnozí z nich tu také čerpají zdravotní služby.

Středočeský kraj v černých číslech, přesto pokulhává

V krajském hodnocení byl STČ negativně hodnocen za poměrně nízkou účast obyvatel, kteří chodí na preventivní prohlídky k praktickému lékaři, za nejvyšší spotřebu alkoholu v Česku, vysoký podíl úmrtí na cévní mozkové příhody a slabou kapacitu sítě kardiologů.

Naopak kladné body získal kraj za poměrně malý výskyt diabetu, hypertenze a obecně kardiovaskulárních chorob, relativně nízký počet cévních mozkových příhod na 100 000 obyvatel a nízký podíl úmrtí po ischemických nemocech srdečních. Celkově kraj obdržel skóre +1 bod, a předčil tak například Kraj Vysočina, Zlínský, Karlovarský i Moravskoslezský kraj, ale zůstal například za Plzeňským, Královéhradeckým či Jihomoravským krajem.

Ovšem z dat o čerpání zdravotních služeb, která byla nejen přepočtena na 100 000 obyvatel, ale také věkově standardizována, situace ve STČ nevypadá růžově. Počet pacientů s nemocí oběhové soustavy v roce 2021 byl podle těchto

údajů naopak ve Středočeském kraji úplně největší, a to přes 23 600 pacientů na 100 000 obyvatel, proti 22 531 pacientům na 100 000 obyvatel v celé ČR a 20 532 pacientům na 100 000 obyvatel Karlovarského kraje. „Musíme udělat vše pro to, abychom mortalitu změnili a pokud možno srovnali rozdíly mezi kraji směrem k nižším číslům,“ uvedl v diskusi prof. MUDr. Petr Ošťádal, Ph.D., předseda ČKS. Je to také jedno z významných témat, se kterými pracuje NKP, který by mohl být ještě letos schválen vládou. Hodně práce si vyžádá podle prof. Ošťádal zlepšení primární kardiovaskulární prevence a s tím to, aby byli všichni informováni o možnostech změny životního stylu. „Potřebujeme pacientovi předat nejen informaci, že má nějakou nemoc, ale také to, že je závažná, že když se nebude sám aktivně snažit něco dělat, jeho budoucnost nemusí být dobrá. Potřebujeme se ho snažit přesvědčit, aby převzal aktivní roli v sekundární prevenci. Úhrada za tuto péči by neměla být opomíjena, je to jedno z nejdůležitějších opatření, které můžeme udělat,“ uvedl prof. Ošťádal.

Otázka, kdo o koho pečuje

Lepší dostupnosti by pak podle něj pomohlo jasnější vymezení rolí a toho, jaký pacient má zůstat v péči praktického lékaře, který v péči ambulantiho specialisty a který by měl případně navštěvovat specializované centrum. Zmínil také vysoký průměrný věk ambulantiho kardiologů (51 let) a zvláště pak dětských kardiologů (60 let).

Střední délka života ve STČ je na úrovni průměrné hodnoty za celou Českou republiku, uved-

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 11. 6. 2024
v Medical Tribune 9/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd7

la MUDr. Barbora Macková, MHA, ředitelka SZÚ. Ve standardizované úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění je kraj na sedmém místě v případech mužů a na čtvrtém místě v případech žen.

Mgr. Kristýna Čillíková z pacientské organizace Česká aliance pro kardiovaskulární onemocnění (ČAKO) v závěru připomněla, že bychom měli více využívat potenciál vzdělaných

sester. O jejich roli se mluví stále málo, přitom při managementu chronického srdečního selhání mohou školené sestry zajistit samostatně až 50 procent kontrol pacientů. **ač**

Také kardiologie v Olomouckém kraji potřebuje posílit v odlehlých oblastech

Blahobytné Hanačky, odlehlé Jesenicko, největší počet lázeňských míst. To jsou některá specifika kardiologické péče v Olomouckém kraji. Celkově může být tento region v kardiologii pro jiné inspirací.

V krajském skóre pro Olomoucký kraj (OLK) převažovaly kladné body a celkové skóre kraje vyšlo na dva body v plusu. Poměrně hodně lidí se v tomto kraji účastní preventivních prohlídek, menší podíl lidí, než v jiných krajích kouří a je obézních, úmrtí po ischemických nemocech srdečních je relativně málo a dobrá je kapacita sítě kardiologů. Na druhou stranu je tu poměrně velký výskyt diabetu a kardiovaskulárních chorob a také úmrtí po cévních mozkových příhodách.

Reálná dostupnost péče

Kapacita sítě je v OLK dobrá. Pořadatelé v rámci mystery shoppingu oslovili 26 ambulancí. Do pěti ambulancí se ani na několikátý pokus nedovolali, tři ambulance uvedly, že nové pacienty nepřijímají. Ve zbylých 18 ambulancích pacientovi nabídli termín v průměru za 57,84 dne. „Dovolím si tvrdit, že pokud se díváme na tato čísla, OLK si zaslouží plusovou jedničku, výsledky jiných krajů bývají horší,“ řekl Janalík. Pro srovnání, středočeští kardiologové objednávali ve stejném průzkumu na termíny v průměru za 82 dní.

Je třeba posílit periferie

Specifika zdravotnictví OLK popsal prof. Miloš Táborský, předseda České asociace preventivní kardiologie ČKS. Kraj patří mezi regiony s vyspělou kardiovaskulární péčí, zlepšuje se mezioborová spolupráce, kardiovaskulární centrum má dostatečný počet výkonů, uvedl. Dostupnost kardiologické péče je poměrně dobrá, ale v tomto ohledu je co zlepšovat. „Aby potenciální kardiální pacient 58 dnů čekal na ambulantní vyšetření, to je příliš dlouho, to musí fungovat jinak,“ poznamenal. Periferní části OLK by si podle něj zasloužily o dvě ambulance více, jmenoval například Jeseník. „Máme asymetrickou dostupnost kvalitní ambulantní KV péče. Podobně jako v jiných krajích, velká města jsou atraktivní pro ambulance specialistů a péče je v nich dostupná, ale čím více se dostáváme na periferii, tím horší je dostupnost péče a pacienti za ní musejí dojíždět,“ uvedl prof. Táborský.

„Plédoval bych za to, aby v kraji vzniklo ještě jedno iktové centrum na severu kraje, aby se jím stal Šumperk a na severu OLK se zlepšila dostupnost péče,“ uvedl také prof. Táborský.

Obsoletní model péče

Kromě zmírnění asymetrie v dostupnosti péče podle něj bylo také potřeba mluvit o kvalitě ambulancí. „Chybí kontrola kvality v kardiologických ambulancích. Řada ambulancí jede v modelu 90. let, ke kterému patří opakované zbytečné vyšetřování stabilizovaných pacientů a stop stav pro přijímání nových pacientů. To není normální stav, není možné, abych nepřijímal nové pacienty, to by mělo být malifikováno plátcí,“ myslí si prof. Táborský. Časné přijetí pacienta se srdečním selháním do péče by mělo být jedním z indikátorů pro bonifikaci ambulance, uvedl.

Fakultní nemocnice Olomouc se snaží na návaznosti péče o svoje pacienty s konkrétními ambulancemi domlouvat. „Snažíme se mít seznam spolupracujících ambulancí v regionech, které garantují, že nám pacienty rychle vezmou. Nemocný propuštěný z kardiovaskulárního centra má seznam lékařů, kde máme garanci, že ho vezmou rychle,“ uvedl prof. Táborský.

O péči je třeba se podělit s VPL

Vzhledem k demografické situaci se očekává, že se zdravotnictví bude muset během příštích deseti, patnácti let postarat o podstatně větší počet kardiovaskulárních pacientů. K tomu bude potřeba posílit prevenci a lépe organizovat léčbu. „OLK je na předních příčkách léčebných pacientů s nemocemi oběhové soustavy na 100 000 obyvatel, věkově standardizováno, to znamená, že v kraji jsou tato onemocnění dostatečně detekována a léčena,“ uvedl Táborský. „Ovšem v počtu pacientů se srdečním selháním jsme ke konci žebříčku, pacienti se srdečním selháním nejsou dobře detekováni,“ upozornil.

VPL by se podle něj měli v budoucnu starat o některé pacienty s diagnózami, které zatím spadají k ambulantním specialistům. Prof. Táborský informoval o projektu, ve kterém se dostává

preskripce gliflozinů v nefroprotektivní indikaci k VPL. „Když VPL shledá, že by jeho pacient profitoval z léčby gliflozinem v indikaci nefroprotektce, využije telemedicinské aplikace a požádá vyšší pracoviště o schválení indikace. Specializovaný lékař zkontroluje dokumentaci, schválí indikaci a deleguje na VPL preskripci,“ popsal prof. Táborský a uvedl, že takový systém by mohl být modelem i pro další specifické scénáře.

Náměstek hejtmana OLK Mgr. Dalibor Horák připojil ještě jednu zajímavost tohoto kraje: je v něm největší počet jednotlivých lázeňských míst. „V OLK je šest sídel se statutem lázní. Tři lázeňská místa, Slatinice, Teplice nad Bečvou a Velké Losiny, se zaměřují i na kardiovaskulární nemoci,“ řekl náměstek.

Blahobytné Hanácko a potřeba osvěty

MUDr. Kristýna Žejglicová ze SZÚ prezentovala data, podle kterých byl OLK v roce 2019 ve standardizované úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění na osmém místě v případech mužů a na šestém místě v případech žen, tedy zhruba ve středu mezi 14 kraji. Také střední délka dožití je v OLK na úrovni průměru ČR, zatímco nejdelší je v Praze a nejkratší v Ústeckém a Karlovarském kraji.

MUDr. Jarmila Ševčíková, Ph.D., krajská předsedkyně Sdružení praktických lékařů ČR, připomněla, že v otázce životního stylu hrají roli i regionální zvyklosti. A ty jsou odlišné například v horských oblastech OLK a na Hané. „Znám velmi dobře svou hanáckou populaci. Hanáci jsou hrdí na svůj blahobytný život. Jak se zpívá v jedné známé hanácké písni: že se o nás dobře máme, každé nám to závidí. Nemají moc zájem měnit životní styl a je potřeba na tom dlouhodobě pracovat,“ říká Ševčíková. „Hubená Hanačka je buď divná, nebo nemocná,“ shrnula lakonicky. Pomoci překročit rodinná schémata osvětou o rizikových a protektivních faktorech zdraví by podle ní nejlépe mohli PLDD.

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 24. 9. 2024
v Medical Tribune 14/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd8

VPL by potřebovali podporu v tom, aby vyšetřovali zdravé pacienty s určitými rizikovými faktory častěji, míní doktorka Ševčíková. S trendem předávat více stabilizovaných nekomplikovaných pacientů, kteří dosud bývali

se svou diagnózou dispenzarizováni specialistou, do ordinací VPL, souhlasí. S tím ale musí být spojena možnost rychlé konzultace specialistou v případě potřeby, což ale mnohdy chybí. „Narážíme na objednávací doby. Jak jsme viděli,

mohou být v Olomouckém kraji skoro dvouměsíční. Kapacity bohužel bývají často obsazeny nekomplikovanými pacienty, kteří by tam vůbec nemuseli patřit,“ upozornila Ševčíková.

ač

Kardiologové v Jihomoravském kraji vidí rezervy ve správném směřování pacientů

Kapacity kardiologické péče v Jihomoravském kraji (JHM) jsou relativně dobré, někteří specialisté si ale drží nekomplikované pacienty.

Ukazatele zdravotního stavu JHM patří mezi lepší v republice. MUDr. Kristýna Žejglicová ze SZÚ uvedla několik statistik. „JHM má delší střední délku života při narození a nižší standardizovanou úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění do 65 let oproti celostátnímu průměru,“ sdělila Žejglicová.

JHM se podle orientačního hodnocení řadí mezi nejlepší kraje. Relativně dobrá je situace v oblasti diabetu, dyslipidémie, kardiovaskulárních chorob i cévních mozkových příhod, nízký podíl kuřáků a konzumentů alkoholu a silná síť kardiologů vedly k výslednému skóre +5 bodů. Liberecký kraj získal o bod méně, Plzeňský a Královéhradecký o tři méně. Na opačném konci jsou Moravskoslezský a Ústecký kraj s -4 a -3 body.

Podíl lidí, kteří denně pijí alkohol, je v JHM nejnižší v ČR, jen 5,4 %, průměr je 7,8 %. V oblasti mortality po cévní mozkové příhodě a ischemických chorobách srdečních má JHM horší výsledek než jiné kraje.

Preventivní prohlídky nejsou nic pro Jihomoravany

V JHM je druhá nejnižší návštěvnost preventivních prohlídek u praktických lékařů (VPL). Preventivní prohlídky navštěvuje jen 55,8 % obyvatel, zatímco v Olomouckém kraji, kde je situace nejlepší, je to 61,5 %.

Některé účastníky kulatého stolu to překvapilo. Mgr. Petra Pevná, MBA, LL.M., ředitelka Regionální pobočky VZP Brno, uvedla: „Mám k tomu jedno vysvětlení, že máme tak skromné

VPL, že preventivní prohlídky nevykazují, dělají je zadarmo, a proto se nedostanou do statistik.“

MUDr. Ivo Procházka, krajský předseda Sdružení praktických lékařů ČR, také neočekával, že by JHM patřil mezi regiony s nižší návštěvností. „Povědomí o preventivních prohlídkách není v JHM špatné, ale to číslo mě překvapuje. Existuje skupina lidí, kteří na prevenci nepůjdou, pokud je nevyzve a neobjednáte na konkrétní hodinu. Když jim řeknete ‚přijďte za měsíc‘, nepřijdou ani do roka,“ řekl MUDr. Procházka. Dodal: „Někteří lidé mají přehnané nároky na vyšetření, zatímco jiní bagatelizují výsledky a odmítají léčbu dyslipidémie. Osvědčil se mi argument, že neléčený diabetes, vysoký tlak a vysoká koncentrace cholesterolu prokazatelně ovlivňují riziko demence ve stáří. Na to pacienti reagují,“ podotkl Procházka.

Reálná dostupnost péče

Dostupnost kardiologické péče byla jedním z klíčových témat diskutovaných během kulatých stolů. JHM dopadl v tomto ohledu poměrně dobře. Pacienti zde nemají takový problém najít kardiologa jako v některých jiných krajích. Organizátoři oslovili v rámci mystery shoppingu 46 ambulancí. „JHM vychází jako jeden z nejlepších krajů, pouze ve třech případech se nepodařilo dovolat ani po opakovaných pokusech. Jsou kraje, kde je zásadní problém se dovolat,“ uvedl JUDr. Václav Janalík, MHA, jednatel Efcare a moderátor diskuse. Dodal, že 13 ambulancí nepřijímalo nové pacienty, ale ve 30 z nich se podařilo získat termín. Průměrná objednávací doba byla 52,1 dne, což je o něco více než v jiných krajích.

Pacienti dojíždějí do Brna. Pro lékaře je atraktivnější než okresy

Ředitelka Petra Pevná potvrzuje výsledky průzkumu reálné dostupnosti kardiologie v JHM. Zdravotní pojišťovna si dělá své analýzy dostupnosti. „Při uzavírání jakékoli nové smlouvy

si pravidelně analyzujeme počty ambulancí a porovnáváme, jak si na tom stojíme v rámci republiky a v rámci jednotlivých okresů. Naše data za poslední dobu říkají, že třetina kardiologů v našem kraji přijímá pacienty do 21 dnů, což vůbec není špatné. Další třetina ale přijímá do dvou měsíců a třetina nové klienty nepřijímá,“ uvedla ředitelka Pevná. Ta třetina lékařů, kteří nepřijímají nové pacienty, jsou podle ní spíše ambulance ve vzdálenější periferii od Brna.

„Legislativně daná dostupnost je v kardiologii 60 minut. Pacient by nejraději měl kardiologa v okresním městě, ale historicky je tato péče víceméně zajištěna v Brně,“ připomněla Petra Pevná. Konkrétně se jí prý nedávno ptali lékaři z Kyjova, co mají pacientům doporučit, když je místní kardiologická ambulance v nemocnici přetížená. I jim doporučila kapacity v Brně. Brno je přitom i přímo z Kyjova vzdáleno tři čtvrtě hodiny autem. Vlakem nebo autobusem však přes hodinu, o okolních obcích nemluvě. Podle Petry Pevné je klíčové, jestli by se do výběrových řízení na smlouvy pro nové poskytovatele mimo Brno vůbec někdo přihlásil. „Pro mladé lékaře je zajímavější Brno než Znojmo,“ podotkla.

Lékaři preferují nekomplikované pacienty

Průměrný věk kardiologů v JHM je podle VZP poměrně příznivý, od 51 let v Brně po 57 let v okresech Brno-venkov, Hodonín a Břeclav. „Je dobré, že se v našem regionu daří generiční obměna a ambulance nekončí, což se ne všude daří,“ komentoval MUDr. Rostislav Stříbrný, člen výboru České asociace ambulancí kardiologů. Podle něj by bylo ideální motivovat více ambulancí, aby přijímaly nové pacienty.

Větší dostupnost by podle něj zajistilo lepší předávání pacientů mezi jednotlivými segmenty péče. „Problém je, že si některé ambulance drží pacienty, kteří by mohli přecházet do primární péče nebo interních ambulancí, jež často končí. Naši snahou je zajistit průtočnost ambulancí a zlepšit dostupnost. Někdy narážíme i na neochotu VPL pacienty převzít. U sofistikované péče,

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 25. 6. 2024
v Medical Tribune 10/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srd8

jako je srdeční selhání, je třeba jasně určit, kteří pacienti patří do specializovaných ambulancí a kteří ne," dodal Stříbrný.

Význam kardiovaskulárních onemocnění

Petra Pevná shrnula, že v roce 2023 kardiologická oddělení nemocnic ošetřila 5 700 pojištěnců VZP a ambulance 85 200 pojištěnců, což z kar-

diologie činí jednu z nejdůležitějších odborností pro pojišťovnu. V JHM má VZP zhruba 62 % všech pojištěnců.

Poskytovatelé jsou motivováni prostřednictvím bonifikaací ke splnění kvalitativních kritérií, ale ne všichni tuto možnost využívají. V programu VZP PLUS, kde ambulantní lékaři mohou získat bonus za péči o chronické pacienty, je zapojeno 57 % VPL a 61 % specialistů. Zapoje-

ní se liší podle okresů, od 44 % do 89 %. Kritéria programu splnilo 45 % účastníků VZP PLUS Hypertenze a 47 % účastníků VZP PLUS Diabetes. Zatímco sledování krevního tlaku bylo zvládnuto dobře, vyšetření LDL cholesterolu splnilo jen 17 % lékařů v Hypertenzi a 22 % v programu Diabetes. „Jestliže se některá z kritérií plní jen na 17 procent, je to k diskusi, jestli by se neměla upravit," uzavřela Pevná. **ač**

Ústecký kraj: Pacienti po infarktu čekají na kontrolu přes dva měsíce

Ústecký kraj (ULK) patří mezi nejhorší v dostupnosti ambulantní KV péče, huře je na tom už jen Karlovarský kraj. Pacienti po infarktu nebo srdečním selhání čekají na kontrolu až 68 dní, přestože by měli být vyšetřeni do čtyř týdnů. Kritická situace je v odlehlých oblastech, kde chybějí nové ambulance, kraj by potřeboval nejméně čtyři. Vedení kraje se snaží problém řešit dotačními programy a podporou ambulantní péče, zároveň klade důraz na primární prevenci a větší roli praktických lékařů (VPL) v péči o pacienty s KVO.

Kraj vykazuje nadprůměrnou účast obyvatel na preventivních prohlídkách, více než 60 % obyvatel pravidelně dochází na kontroly, což je nadprůměr ve srovnání s celorepublikovým průměrem 57 %. Pozitivní je také podprůměrný počet osob, které denně konzumují alkohol. Kraj se umístil mezi čtyřmi nejlepšími, pokud jde o počet úmrtí po cévní mozkové příhodě. JUDr. Václav Janalík, jednatel Efcare a organizátor projektu, však upozornil na možné zkresení, kdy těžší případy mohou být hospitalizovány jinde.

Na druhé straně, kraj vykazuje vysokou míru kouření, nadprůměrný počet obyvatel s dyslipidemií a diabetem, zatímco jen 6,6 % postižených je léčeno. Dyslipidémie postihuje tři čtvrtiny mužů a 70 % žen. Výskyt obezity a hypertenze je průměrný, stejně jako počet osob léčených s KVO. V případě dyslipidémie je nutné zaměřit se více na prevenci a léčbu. Kraj dle skórkarty skončil s celkovým negativním hodnocením -3.

Reálná dostupnost péče

V testu reálné dostupnosti péče bylo osloveno 35 kardiologických ambulancí v ULK. Do pěti ambulancí se nepodařilo dovolat ani po třech pokusech, deset ambulancí nepřijímalo nové pacienty. U zbývajících 20 ambulancí byla průměrná objednávací doba 68 dní, což výrazně překračuje

doporučenou dobu, kdy by pacienti po srdeční příhodě měli být zkontrolováni do čtyř týdnů. „Pacienti si musejí najít kardiologa sami," upozornila Mgr. Kristýna Čillíková z patientské organizace ČAKO.

Pacienti jezdí za péčí do Prahy

Zástupce ČKS prof. Miloš Táborský upozornil, že do roku 2040 bude v Česku téměř 900 000 pacientů s chronickým srdečním selháním, kteří budou potřebovat léčbu. Snížená dostupnost KV péče v jiných regionech. „Téměř 3 000 pacientů z ULK čerpalo péči mimo kraj, převážně v Praze a Středočeském kraji. To je běžná KV péče, kterou by měli dostávat zde," zdůraznil prof. Táborský. Jedním z cílů NKP je zvýšit povědomí o KV rizicích a posílit síť center a lidské zdroje. „Ambulance srdečního selhání v Masarykově nemocnici nemůže pokrýt celý kraj, potřebujeme centra v každém okrese," dodal prof. Táborský. Plán zahrnuje také vznik dalších čtyř kardiologických ambulancí v regionu, včetně oblastí jako Šluknovský výběžek, kde je kardiologů nedostatek.

Dotace, stipendia i láska

Ing. Radim Laibl, radní ULK pro zdravotnictví, představil opatření na zvýšení kapacity kardiologické péče. Kraj nabízí stipendia pro studenty lékařských fakult, kteří se zavazují po ukončení studia pracovat v regionu. „Máme nyní 27 žádostí o stipendium, což je obrovský nárůst oproti předchozím letům," uvedl Laibl. Studenti obdrží finanční podporu s podmínkou, že v kraji zůstanou tolik let, kolik stipendium čerpali.

Laibl také zmínil nový dotační program na podporu ordinací, který poskytuje finanční pomoc pro vybavení či založení ordinací pro pediatrii, VPL a stomatology. Města se na podpoře podílejí například příspěvkem na bydlení. „Spojili jsme se napříč politickým spektrem, protože problém dostupnosti péče je celokrajový," dodal Laibl. S nadsázkou také zmínil osobní přístup k udržení mladých lékařů v kraji: „Zjistili jsme, že nejvíce funguje, když se mladý lékař zamiluje a přivede si partnerku, která je také z oboru," uzavřel s úsměvem.

Honěk: Zdravotní pojišťovny potřebují větší flexibilitu v úhradách

Petr Honěk, ředitel regionální pobočky VZP v Ústí nad Labem, upozornil na významnou roli zdravotních pojišťoven při motivaci lékařů pracovat v regionu, a zdůraznil, že nedostatek kvalifikovaných pracovníků je hlavním problémem ULK. „Kvalifikovaní pracovníci odcházejí do Německa nebo jiných částí republiky," řekl. Zdravotní pojišťovny podle něj potřebují větší flexibilitu v úhradách. „Rád bych nabídl více těm, kdo by šli do odlehlých oblastí, jako je Varnsdorf, ale nemůžu to udělat," uvedl Honěk a zdůraznil, že by přivítal uvolnění pravidel pro pojišťovny, aby mohly lépe nakupovat a řídit péči.

Důležitou součástí této strategie je také podpora a motivace absolventů lékařských fakult. „Ve spolupráci s krajem jsou už vypsané dotační tituly, které mají přilákat absolventy, aby se vraceli do kraje a otevírali zde praxi. Pokud by někdo chtěl dělat kardiologa ve Varnsdorfu, určitě tomu nebudeme bránit, naopak takovou nabídku přivítáme," uvedl Honěk. V ULK by podle něj nebyl problém získat smlouvu na kardiologickou ambulanci, zatímco v Praze je to prakticky nemožné, ale kraj trpí nízkou mírou atraktivnosti.

Malecha: Nedostatek kardiologů a finanční problémy v regionu

MUDr. Jan Malecha z Ordinance pro choroby srdce v Chomutově upozornil na personální problémy a nedostatečnou kapacitu. „Na vrcholu jsme



byli čtyři lékaři a zaměstnávali pět zdravotních sester. Tento ideální stav trval do roku 2016, kdy začal úbytek personálu," uvedl Malecha. Po odchodu několika lékařů se čekací doba na kontrolu prodloužila z šesti měsíců na jeden rok, což podle něj výrazně ovlivnilo kvalitu péče.

V současnosti podle Malechy provozuje ambulanci s kolegu s úvazkem 1,8 kardiologa na 120 000 obyvatel, přičemž celorepublikový průměr je 7,3 kardiologa na 100 000 obyvatel. Z tohoto důvodu jsou nuceni odmítat nové pacienty z okolí a soustředit se pouze na Chomutov a Jirkov. Malecha též zmínil obtížnou komunikaci se zdravotními pojišťovnami. „V srpnu 2021 jsme informovali VZP a Českou národní zdravotní pojišťovnu o krizové situaci na Chomutovsku. VZP byla jediná, která neuplatnila regulační srážky za předepisování léků, ostatní pojišťovny snižovaly platby, což způsobilo ekonomickou zátěž. Jsme v situaci ekonomické sebevraždy – tento rok přežijeme, ale co bude dál?“ Dodal, že regulační srážky loni dosáhly 1,7 milionu korun.

MUDr. Lenka Pavlíčková z České asociace ambulantních kardiologů potvrdila, že tyto problémy jsou rozšířené. „Kardiologické ambu-

lance musejí spolupracovat s VPL a zaměřit se na komplikované případy, ale ekonomická motivace nás nutí si nechávat jednoduché pacienty," dodala Pavlíčková.

MUDr. Jarmila Sulíková, VPL z Jílového, zdůraznila potřebu zlepšení spolupráce mezi VPL a specialisty. „Pacienti často nejsou poučeni o základních věcech a zatěžují systém zbytečnými návštěvami," řekla. Malecha navrhl, že je nutná lepší spolupráce s VPL. „Kardiologické ambulance si nesmějí nechávat jednoduché pacienty. VPL mohou provádět základní kontroly a specialisté by se měli zaměřit na složité případy," shrnul návrh na zvýšení efektivity péče.

Je třeba diskutovat i o změně systému

Petr Honěk reagoval na připomínky lékařů ohledně lékových regulací a finanční motivace. „Pokud pojišťovna uplatňuje lékové regulace, považují to za selhání té zdravotní pojišťovny. Na VZP jsme se snažili o aktivní lékovou politiku, abychom nemuseli regulace uplatňovat," uvedl. Zdůraznil také význam prevence. „Program VZP PLUS motivuje k provádění sekun-

dární prevence u VPL, internistů, kardiologů a diabetologů," řekl. Uvedl také, že bonifikace za dispenzarizaci pacientů s chronickým srdečním selháním, hypertenzí a diabetem jsou součástí programu. „Loni jsme na bonifikace vyplatili zhruba půl milionu korun," dodal.

Kardiolog Malecha vznesl otázku ohledně role pojišťoven při preskripci léků: „Proč si pojišťovny nestanoví jasná pravidla, co zaplatí? Proč musíme řešit, co můžeme předeepsat?" ptal se.

Honěk odpověděl, že regulace jsou nedokonalé, ale nezbytné pro udržitelnost systému: „Bez regulací by systém zkolaboval. Nejlepší regulace je přes pacienta a jeho peníze, ale to je politická otázka." Zdůraznil, že každá ordinace má jinou skladbu pacientů, a proto má jinou průměrnou úhradu (PURO). „Snažíme se naslouchat lékařům a upravovat PURO podle potřeby," uzavřel.

Diskuse v ULK potvrdila existenci problémů existujících ve všech regionech. Řešení spočívá ve spolupráci mezi kardiology, VPL a pojišťovnami, důrazu na prevenci, včasnou diagnostiku a lepší finanční motivaci. Na stole je také úvaha o systémovější změně úhradových mechanismů. **fk**

Liberecký kraj: Kardiovaskulární péče silná v centru, periferie strádají

V Libereckém kraji (LBK) je kardiovaskulární (KV) péče v centru dobře dostupná, ale na periférii pacienti čelí omezené dostupnosti a dlouhým čekacím lhůtám. Nízká atraktivita těchto oblastí pro nové lékaře vede k neúspěchům ve výběrových řízeních na kardiologické ambulance. Zdravotní pojišťovny volají po větší flexibilitě při uzavírání smluv a kraj nabízí dotační podporu pro ordinace, včetně vybavení, stavebních úprav a nájemného, s cílem zlepšit rovnoměrnou dostupnost a prevenci.

LBK patří mezi nejlepší regiony v hodnocení KV péče a umístil se mezi čtyřmi nejlepšími kraji s celkovým skóre +4. Velkou zásluhu na tom mají VPL, kteří zajišťují nadprůměrnou návštěvnost a vykazování preventivních vyšetření. LBK také vykazuje podprůměrnou míru obezity a diabetu, což snižuje celkové KV riziko. Počet cévních mozkových příhod a související úmrtnost je v kraji pod republikovým průměrem. „Jediná kategorie, ve které LBK propadl, je počet ischemických nemocí srdečních," přiznal JUDr. Václav Janalík, MHA, jednatel Efcare a organizátor projektu.

MUDr. Kristýna Žejglicová ze SZÚ doplnila, že střední délka života je v LBK na republikovém průměru. Před pandemií (2019) byla střední délka života u mužů 76,1 roku a 81,7 roku u žen. Celková úmrtnost na KVO u žen je mírně nad průměrem, u mužů pod průměrem. V roce 2019 v LBK předčasně zemřelo na KVO

50 mužů a 24 žen do 65 let. „Muži v tomto věku jsou na tom výrazně hůře než ženy, ale LBK je v porovnání s celou ČR na tom spíše lépe," konstatovala.

Reálná dostupnost péče

LBK si vedl velmi dobře také v testu reálné dostupnosti kardiologické péče. Anonymně byly osloveny místní kardiologické ambulance s žádankou od praktického lékaře (VPL). Z 15 oslovených ambulančí se podařilo spojit se 14, přičemž ve 12 ambulancích byl získán objednávací termín v průměru za 42,8 dne, což je ve srovnání s jinými kraji pozitivní. Zajímavé je, že v krajích s více ambulancemi je podle dosavadních zjištění organizátorů projektu tendence odkázat pacienty na kolegy. „Čím více ambulančí v kraji, tím je reálná dostupnost mírně horší," sdělil svůj postřeh Janalík. V LBK však podle něj téměř nedocházelo k odmítání pa-

cientů, což svědčí o efektivním fungování ambulančí v regionu.

Srdeční selhání – narůstající výzva

Zvláštní pozornost byla v diskusi věnována tématu srdečního selhání (SS). „SS je závažným zdravotním problémem, který v České republice postihuje tisíce lidí," uvedl svou prezentaci MUDr. Jiří Veselý z České asociace ambulantních kardiologů. V roce 2018 bylo registrováno 285 745 pacientů se SS, z nichž 127 341 bylo léčeno. Podle odhadů by incidence SS měla do roku 2040 vzrůst na více než 75 500 případů ročně, což by znamenalo, že počet pacientů vzroste na 885 000.

Veselý vysvětlil, že SS je často konečným stadiem mnoha KVO. „Počet těchto pacientů stoupá ze dvou důvodů. Za prvé dokážeme udržet naživu pacienty po infarktu nebo jiných KVO, a za druhé tito pacienti žijí s tímto onemocněním delší dobu," uvedl. Upozornil, že prevalence roste kvůli delšímu přežívání, zejména u pacientů nad 75 let, z nichž každý čtvrtý trpí SS. Veselý zdůraznil, že je třeba posílit spolupráci mezi VPL a kardiology. „Pokud máme v okrese 3 000 lidí se srdečním selháním a očekáváme, že jich za patnáct let bude 8 000, musíme si rozdělit, které pacienty budeme léčit my a které můžeme sdílet s VPL," dodal.

Vyzdvihl i význam regionálních klinik SS v centrech primární péče, které mohou zlepšit péči o pacienty a snížit hospitalizace. „Švédská zkušenost ukazuje, že tento model je velmi efektivní,“ řekl Veselý. V ČR již podle něj vzniká rámec pro tuto péči, ale je třeba jej dále rozvíjet. Dodal, že důležitá je i edukace pacientů a jejich rodin. Srdeční selhání vyžaduje dlouhodobou spolupráci a dodržování léčebného režimu. Včasná diagnostika a intervence mohou výrazně zlepšit kvalitu života pacientů a snížit počet hospitalizací.

Pravidla dispenzarizace – bariéra dostupnosti péče

Jedním ze stěžejních témat liberecké diskuse byla potřeba jasných pravidel pro dispenzarizaci pacientů. MUDr. Zuzana Kofferová, krajská předsedkyně Sdružení praktických lékařů ČR, poukázala na absenci těchto pravidel: „V mnoha oblastech je to individuální, každý si to řeší po svém. Existuje řada pacientů, kteří by péči kardiologa vůbec nepotřebovali,“ uvedla s příkladem pacientů s nekomplikovanou hypertenzí, jejichž stav by mohl zůstat v rukou VPL.

Podle kardiologa Jiřího Veselého je dispenzarizace dlouhodobým problémem: „Vidíme určité pokroky, ale nejsou dramatické.“ Poukázal na to, že v diabetologii existují pravidla pro dispenzarizaci, která by mohla sloužit i kardiologii. „Diabetolog sleduje přibližně 70 % pacientů s diabetem, zbytek sledují VPL. Existují pravidla, koho by měl dispenzarizovat diabetolog a koho praktik,“ vysvětlil.

Klíčovou roli by podle Veselého měly sehrát zdravotní pojišťovny. „Zdravotní pojišťovny by měly tato pravidla vynucovat, například formou programů jako VZP PLUS Hypertenze, Srdeční selhání a Diabetes,“ navrhl Veselý, ale upozornil, že bonusový a malusový systém zatím zůstává jen na úrovni diskusí. „O bonusech a malusech se hodně mluví, ale nezavádějí se do praxe,“ dodal s návrhem penalizace lékařů, kteří nedodržují pravidla dispenzarizace.

Podle diskutujících absence jasných pravidel přispívá k nerovnoměrnému zatížení zdravotního systému. Někteří pacienti se dostávají k odborníkům zbytečně, zatímco jiní, kteří potřebují specializovanou péči, zůstávají u VPL. Spolupráce mezi VPL, kardiology a pojišťovnami je klíčem k vytvoření funkčního systému.

Krajské centrum táhne, periferie však zaostává

Na konferenci byly diskutovány problémy zdravotnictví v LBK, zejména nižší dostupnost KV péče na periferiích. PhDr. Alena Riegerová, krajská vedoucí odboru zdravotnictví, zmínila nízký zájem lékařů o nově vypisovaná výběrová řízení na kardiologické ambulance. „Problém je, že se pak často žádná výběrová řízení nekonají, protože se nikdo nepřihlásí,“ uvedla.

Zuzana Kofferová potvrdila, že situace v Liberci je uspokojivá, ale na periferiích, jako je Frýdlantsko, je KV péče hůře dostupná. „Pro pacienty z těchto oblastí zbývá péče v Liberci. Kapacity máme, ale čekací lhůty bývají delší,“ vysvětlila. Navrhla, aby kardiologické ambulance měly vyhrazený prostor pro akutní pacienty, kteří nepotřebují hospitalizaci, ale jejich stav by mohl být řešen ambulantně.

Kardiolog Jiří Veselý zmínil probíhající snahu vytvořit mapu ambulančních schopných rychle obsloužit pacienty se srdečním selháním. „Původně byl plán na 14 dní, nakonec to bylo na měsíc,“ vysvětlil. Dále zdůraznil roli sester s rozšířenými kompetencemi: „Nedávno proběhl kurs pro sestry, které by v budoucnu mohly výrazně přispět k péči o pacienty se srdečním selháním.“

MUDr. Petr Honěk, MHA, ředitel Regionální pobočky VZP Ústí nad Labem, upozornil na problém s motivací lékařů k práci v odlehlejších oblastech. „Pokud nebudeme moci zaplatit lékařům třikrát více ve Šluknovském nebo Frýdlantském výběžku, těžko zajistíme rovnoměrnou dostupnost péče,“ uvedl a dodal, že bonifikace nebo zvýšené úhrady by mohly být řešením, ale současná legislativa to neumožňuje.

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 24. 9. 2024
v Medical Tribune 14/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srdA

Flexibilnější úhrady a cílená podpora lékařů

Závěr diskuse zdůraznil potřebu systémových změn k řešení problémů s dostupností péče. Petr Honěk uvedl, že současná legislativa neumožňuje výrazně zvýšit finanční výhody pro lékaře podle regionu. „Bonifikace nebo zvýšená úhrada jsou možnosti, ale nemůžeme to dělat násobně,“ vysvětlil. Zmínil také možnost spolupráce mezi pojišťovnami a ČKS na vytvoření sítě ambulančních specializovaných na srdeční selhání. Tyto ambulance by poskytovaly péči na specializované úrovni.

LBK podporuje ordinace především pro VPL a stomatology prostřednictvím svého dotačního programu, který zahrnuje financování vybavení, nájemného či personálních nákladů. Program využily obce Frýdlant a Kamenický Šenov pro zajištění kontinuity praxe. Alena Riegerová uvedla, že tento program pomáhá udržovat dostupnost péče, ačkoli nejde o vznik nových ordinací.

Václav Janalík upozornil na komplikace s financováním vyšších úhrad ze strany pojišťoven kvůli omezením kontrolních orgánů. „NKÚ by to vnímal jako problém, kdyby pojišťovny nasmlouvaly dvojnásobnou nebo trojnásobnou úhradu,“ poznamenal. Poukázal na paradox, kdy kraje suplují roli pojišťoven tím, že lékařům poskytují dotace na zajištění péče.

Diskuse zdůraznila důležitost legislativních změn, které by umožnily pojišťovně pružněji reagovat na potřeby regionů. Přijetí NKP je vnímáno jako klíčový krok ke zlepšení prevence a koordinace mezi poskytovateli péče a specializovanými centry, což by mělo zajistit rovnoměrnou dostupnost péče.

fkc

Jihočeský kraj: Nejmenší počet ambulančních, tristní dostupnost na Českokrumlovsku a Strakonicku

Prevence a léčba kardiovaskulárních (KV) onemocnění je hlavním tématem cyklu kulatých stolů Cesta ke zdravému srdci, které mapují situaci v této oblasti v jednotlivých krajích ČR. Jedna z posledních diskusí, která se konala 18. 6. v Českých Budějovicích, se zaměřila i na to, jak by mohl Národní kardiovaskulární plán (NKP) pomoci se zlepšením dostupnosti péče v Jihočeském kraji (JHČ).

Celková skórkarta pro JHČ ukázala skóre -2. Lehce zde převažují parametry, ve kterých je kraj mezi čtyřmi nejhoršími – spotřeba alkoholu, počet kuřáků, nadprůměrný počet cévních mozkových příhod (CMP) na 100 000 obyvatel a počet úmrtí po ischemické chorobě srdeční (ICHs). Naopak kategorie, kde je na tom jihočeský region

dobře, jsou počet osob s diagnostikovanou hypertenzí a počet ICHS na 100 000 osob. Zde je ale otázkou, zda je to tím, že jich je v kraji skutečně tak nízký počet, nebo onemocnění nebylo vzhledem k horší diagnostice rizikových pacientů odhaleno.

Jak doplnila MUDr. Kristýna Žejglicová ze SZÚ, střední délka života v JHČ je na úrovni průměrné hodnoty v celé ČR (81,9 roku u žen, 76,2 roku u mužů). V roce 2019 dosahovala v JHČ 76,6 roku u mužů a 82 let u žen. Nejvyšší střední délka života je v Praze, nejnižší v Ústeckém a Karlovarském kraji. JHČ byl v roce 2019 ve standardizované úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy na 13. místě u mužů a na 14. místě u žen (řazeno sestupně), přesto jsou zde KV úmrtí nejčastější příčinou mortality. V roce 2019 zemřelo v JHČ 3 574 mužů a 3 311 žen, z toho 1 206 mužů (34 %) a 1 251 žen (38 %) na KV onemocnění.

Z pohledu prevence považuje Kristýna Žejglicová za důležitější data ukazující mortalitu do 65 let věku, což je považováno za úmrtí předčasná. Zde je zřejmé, že muži jsou na tom ve všech krajích hůř než ženy. JHČ je na tom lépe, než je průměr v ČR.

Reálná dostupnost péče

I v JHČ byla zjišťována kapacita ambulantní sítě. Ze 23 ambulancí se ve čtyřech případech nepodařilo ani opakovaně dovolat a ze zbylých 19 pracovišť jich šest nové pacienty nepřijímá. Úspěšně se podařilo získat objednávací termín ve 13 ambulancích, průměrně za 64,39 dne.

„Z našich dosavadních šetření i v jiných krajích paradoxně vyplynulo, že čím hustší síť ambulancí v kraji, tím vyšší je procentuální podíl těch, kteří říkají, že nové pacienty nepřijímají. Vysvětlujeme si to tím, že v regionech s nedostatečnou sítí ambulancí lékaři vědí, že když pacienta odmítnou, jen těžko najde pomoc jinde, a snaží se termín najít, byť za delší dobu. Kdežto v krajích, kde vědí, že je ambulancí mnoho, nemají takový problém pacienta odmítnout,“ domnívá se JUDr. Václav Janalík, jednatel Efcare a organizátor projektu.

Co je potřeba podpořit a zlepšit v JHČ

Při pohledu na epidemiologická data patří JHČ k znevýhodněným regionům. „Je zde vysoký výskyt KV onemocnění, zejména AKS, CHSS, poruch srdečního rytmu a srdečních vad. Je to kraj s vysoce rizikovou populací a zároveň horší percepce KV prevence. Na druhé straně KV centrum Nemocnice České Budějovice pracuje velmi dobře a má dostatečný počet výkonů

v jednotlivých segmentech centra. V ambulantní sféře je ale určitá nerovnoměrnost v dostupnosti kvalitní KV péče. Také zde chybí moderní forma multioborové spolupráce,“ uvedl prof. Miloš Táborský, předseda České asociace preventivní kardiologie ČKS.

V ambulantní sféře by měla být podpořena dostupnost kardiologické péče ve vzdálenějších regionech, nejhůře jsou na tom okresy Český Krumlov nebo Strakonice. Pomoci by mohla změna systému hodnocení zdravotních pojišťoven, který by stál na objektivním hodnocení práce jednotlivých ambulancí.

V krajském kardiocentru České Budějovice je potřeba rozvíjet program nekoronárních intervencí, nutné je posílit oblast péče o pacienty se srdečním selháním (SS), kterých bude přibývat. Vzniknout by měla centrální preventivní kardiologie s úkolem detekovat a zahájit biologickou léčbu u pacientů s hypercholesterolémií. „Kardiocentrum provádí hodně katetrizací ablaci fibrilace síní (FS), v tomto směru patří České Budějovice do první ligy v managementu tohoto onemocnění. Do budoucna by pomohlo navýšení počtu sálů. Investovat je potřeba do HR – lidské zdroje jsou největší mezerou a nemocnice by se měla intenzivně snažit vychovávat odborníky, z nichž část odchází do ambulancí. Potřeba je více digitalizovat. Kardiologie funguje dobře. Kardiocentrum by si mělo vytvořit seznam ambulancí a do propouštěcí zprávy uvádět konkrétní kontakty, aby se pacienti lépe orientovali. Cílem by mělo být v JHČ po dohodě s plátcí vytvořit alespoň další tři, čtyři kardiologické ambulanace. Posílit je potřeba okresy Jindřichův Hradec, Strakonice a Český Krumlov. Základem je nebránit vzniku ambulancí, naopak motivovat lékaře k jejich zakládání,“ zhodnotil situaci v JHČ prof. Táborský.

Moderní koncepce KV péče v JHČ podle něj spočívá v tom, že zde bude existovat silný holding jihočeských nemocnic, který se bude stále zlepšovat, a dobrá a definovaná síť kardiologických ambulancí, které budou vzájemně propojeny digitálními systémy, aby vše fungovalo rychle a ve prospěch pacientů.

KV zdraví Jihočechů pohledem plátců

Jen za uplynulý rok bylo léčeno na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice 2 600 pojištěnců VZP a ambulantně jich bylo ošetřeno 9 600. „Jde o reálná data, která jsou však zkrácena tím, že péče není dostupná tak, jak bychom si představovali, a je zde určitá skupina nemocných, kteří péči potřebují, nicméně

Redakčně kráceno.
Text vyšel dne 10. 9. 2024
v Medical Tribune 13/2024
a je dostupný na webu
www.tribune.cz



www.trbn.cz/srdb

se do budějovické nemocnice nedostali. Důležitá je prevence – kardiologická prohlídka může odhalit počátky srdečního či cévního onemocnění, které začíná zcela bez příznaků, a my musíme nějakým způsobem ovlivňovat a řídit chování našich pojištěnců, abychom šetřili náklady a zlepšovali dostupnost zdravotních služeb,“ zdůraznil Ing. Miroslav Břehovský z regionální pobočky VZP v Plzni.

VZP podle něj bojuje s KVO hned na třech frontách: příspěvků pojištěncům, spoluprací s VPL a ambulantními specialisty prostřednictvím programu VZP PLUS a pořádáním Dnů zdraví. Zapojení do programu VZP PLUS je v JHČ vysoké. Za rok 2023 v rámci JHČ zaplatila VZP v programu VZP PLUS Diabetes za bonifikaci diabetu 1,75 mil. Kč (bonifikováno 16 % účastníků) a 0,59 mil. Kč v programu VZP PLUS Hypertenze (bonifikováno 15 % účastníků).

V JHČ spolupracuje VZP s cca 600 VPL a ambulantními specialisty, průměrný věk lékaře napříč všemi odbornostmi je zde 53 let. „Za důležitý údaj považují počet nových RČ evidovaných každým rokem v jednotlivých ambulancích. Nové RČ znamená, že v roce 2021 do diabetologické ordinace přišlo 2 000 nových pojištěnců, do kardiologické okolo 7 500. Číslo každoročně roste a noví pacienti přibývají,“ upozornil Břehovský, podle něhož by pomohl vznik cloudového centrálního úložiště, kde by se scházely veškeré informace z laboratoří, RTG a všech dalších vyšetření a hodnot např. od kardiologů. Lékaři by do tohoto systému průběžně přispívali a byli finančně motivováni za validní, aktuální a správná data.

„Základem pro další rozvoj je digitalizace medicíny. Bez propojení informací a dat se neobejdeme, nebude možné dělat účinnou prevenci, nebude efektivní zdravotnictví, bude se ztrácet spousta prostředků... Potřebujeme suverénnější zdravotní pojišťovny, aby mohly více rozhodovat o tom, jak budou motivovat své pojištěnce, jak naloží s vybranými prostředky nebo jak budou nakupovat péči. Stejně tak je důležité, aby se rozjel NKP a aby si politici uvědomili, že KV onemocnění jsou opravdu rizikem číslo jedna,“ uzavřela místopředsedkyně patientské organizace ČAKO Mgr. Kristýna Čillíková. **kol**

Pardubický kraj: Pacienti čekají na kardiologické vyšetření dlouhé měsíce

Pardubický kraj (PAK) patří mezi regiony s dlouhými čekacími dobami na kardiologické vyšetření. Při testu dostupnosti byla průměrná čekací doba 83 dní. Lékaři z kraje ale hovoří i o extrémech, kdy někteří pacienti čekají až devět měsíců. Nerovnoměrná dostupnost péče je patrná zejména v okrajových oblastech, jako je jih Chrudimska a okolí Hlinska, kde je vysoká prevalence kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Lékaři si navíc často nechávají jednodušší pacienty, což prodlužuje čekací doby pro akutní případy. Vedení kraje se snaží situaci zlepšit podporou telemedicíny a zapojením všeobecných praktických lékařů (VPL) s důrazem na prevenci a zdravotní gramotnost obyvatel.

PAK se v hodnocení KV péče umístil mezi regiony s nejhorsími výsledky, se skóre -5. „Podíváme-li se na data PAK, vidíte, že máme zelenou jen v jedné kategorii,“ uvedl JUDr. Václav Janalík, MHA, jednatel EFCARE a organizátor projektu. „PAK patří mezi čtyři nejlepší kraje ve výskytu KVO přepočteném na obyvatele. Na druhou stranu jsou zde i kategorie, kde se PAK řadí mezi nejhorší třetinu krajů,“ dodal. Janalík také upozornil na rizikové faktory jako obezita a vysoký krevní tlak a na vyšší podíl pacientů s dyslipidemií. To ale podle něj nemusí být automaticky negativní zpráva, protože to také může znamenat, že více lidí o své nemoci ví a léčí se.

MUDr. Kristýna Žejglicová ze SZÚ doplnila, že PAK byl v roce 2019 na úrovni republikového průměru ve střední délce života. „Nepatří ani k nejlepším, ani k nejhorším krajům,“ uvedla. Co se týče úmrtnosti na KVO, kraj patřil mezi regiony s nižší celkovou úmrtností. V roce 2019 zemřelo na tuto onemocnění 6 000 mužů, což tvořilo 37 % všech úmrtí a 43 % úmrtí mužů. „Z hlediska prevence je zajímavější předčasná KV úmrtnost do 65 let, kde je PAK na tom lépe než průměr ČR,“ doplnila, přičemž zdůraznila vyšší úmrtnost mezi muži.

Reálná dostupnost péče

PAK se v testu dostupnosti KV péče umístil pod celorepublikovým průměrem. Osloveno bylo anonymně 14 kardiologických ambulancí s žádankou od VPL. V jednom případě se nepodařilo spojit a ze zbylých 13 ve dvou nepřijímali nové pacienty. V 11 ambulancích byl získán termín s průměrnou čekací dobou 83 dnů.

„Procento ambulancí, které nabídly termín, bylo v PAK nadprůměrné,“ uvedl Janalík. „Objednávací doba 83 dnů je však dlouhá. V jiných

krajích, kde nabírají nové pacienty, jsou tyto termíny kratší, nejkratší něco přes 30 dnů,“ dodal k dostupnosti v PAK.

Rozvoj kardiocentra a spolupráce s ambulantní péčí

MUDr. Jan Matějka, primář kardiologického oddělení Pardubické nemocnice, zdůraznil nutnost dalšího rozvoje komplexního KV centra, zejména v oblasti intenzivní péče. „Počet akutních infarktů stagnuje nebo mírně klesá, ale počet intervencí stále roste a tato léčba je náročná,“ uvedl. Nemocnice plánuje rozvoj Centra pro srdeční selhání, jehož význam roste vzhledem k očekávanému nárůstu pacientů o více než 60 % do roku 2030.

Personální obsazení lékařů podle Matějky zatím nečiní potíže. „Pardubice jsou dostatečně velké město, které přitahuje zájemce o kardiologii. Dlouhodobě však čelíme nedostatku sester, a to i přes to, že zde máme Fakultu zdravotních studií. Mnoho absolventek odchází do jiných regionů,“ upozornil Matějka.

Problémem zůstává přetížení kapacit. „Pacienty v křehké fázi po propuštění se snažíme zvat na kontrolu do 14 dní, maximálně do měsíce. Pokud však čekají 80 dní na ambulantního specialistu, často dochází ke komplikacím nebo rehospitalizaci,“ varoval Matějka. Doporučuje, aby ambulantní specialisté vyhrazovali 1–2 sloty denně pro akutní pacienty po propuštění, čímž by se snížilo riziko rehospitalizace.

Nemocnice plánuje také zlepšení spolupráce mezi VPL a ambulantními specialisty, zejména v péči o pacienty se srdečním selháním. „Specialisté často provádějí rutinní kontroly hypertoniků a stabilních pacientů, což by mohli převzít praktici. Specialisté by se měli soustředit na křehké pacienty, hlavně krátce po propuštění,“ vysvětlil Matějka.

Spolupráce mezi VPL a ambulantními specialisty

MUDr. Tereza Švarcová z České asociace ambulantních kardiologů zdůraznila důležitost spolupráce mezi VPL a specialisty v léčbě srdečního selhání, hypertenze a fibrilace síní. „Fibrilace

síní je častou příčinou srdečního selhání se zachovanou ejekční frakcí, a u těchto pacientů je klíčové aktivní monitorování,“ uvedla Švarcová. Dále zdůraznila propojení kardiologů s dalšími odborníky, jako jsou nefrologové a diabetologové. „Kardiologové dnes mohou předepisovat léky na renální selhání, což pomáhá snížit výskyt hospitalizací a náklady na léčbu,“ dodala.

Nedostatek kapacit v ambulancích lze prý také částečně řešit zapojením sester do specifických úkonů a lepší spoluprací mezi VPL a specialisty. Méně závažné případy, jako je stabilní hypertenze, by mohli sledovat VPL, zatímco specialisté by se zaměřili na rizikové pacienty.

Ing. Michal Provazník, ředitel z regionální pobočky VZP Hradec Králové zdůraznil, že bonifikace mohou přispět ke zlepšení dostupnosti péče a zkrácení čekacích dob. „Úhrady pro ambulantní specialisty nejsou problém, a systém bonifikací zlepšit finanční ohodnocení za náročnější pacienty,“ poznamenal Provazník. Zkrácení čekacích dob je klíčové zejména v regionech jako PAK, kde někteří pacienti čekají na vyšetření i několik měsíců.

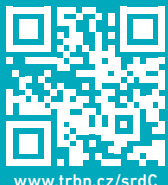
Různé pohledy na dostupnost péče

MUDr. Kateřina Nechvátalová, krajská předsedkyně Sdružení praktických lékařů, upozornila na dlouhé čekací doby u některých kardiologů. „V PAK jsou čekací doby na kardiologickou péči klidně i devět měsíců, což je pro akutní pacienty nepřijatelné,“ uvedla s tím, že výsledek testu dostupnosti 83 dní není špatný, ale nereflexuje extrémy. Podle ní je to způsobeno i tím, že někteří kardiologové ponechávají jednodušší pacienty, kteří by mohli být sledováni u praktika, čímž blokuji kapacity pro akutní případy. „Pacienti s hypertenzí nepotřebují časté vyšetření u specialisty, ale přesto tam zůstávají, což prodlužuje čekací doby pro pacienty po infarktu,“ vysvětlila.

Kardioložka MUDr. Tereza Švarcová potvrdila, že tento problém může nastat, ale uvedla, že ve své praxi garantuje kontrolu pacientů po propuštění do dvou týdnů. „Vyhrazuji 1–2 sloty denně pro akutní pacienty po propuštění, což pomáhá snížit riziko rehospitalizace,“ vysvětlila.

Prevence a budoucnost zdravotní péče v PAK

PAK reaguje na problémy s dostupností péče podporou prevence a zdravotní gramotnosti obyvatel. Ing. Michaela Matoušková, zástupkyně kraje, označila nedostatečnou prevenci za hlavní příčinu pozdního záchytu onemocnění a následného přetížení zdravotnických kapacit. „Mnozí nevyužívají preventivní programy ani nechodí pravidelně ke svým VPL,“ uvedla. Kraj zavedl vzdělávací programy na středních školách ve spolupráci se záchrannou službou, kte-



ré mají zvýšit povědomí o důležitosti prevence a fungování zdravotní péče.

Kromě prevence se kraj věnuje zlepšení dostupnosti péče. Nedávno dokončený Centrální urgentní příjem v Pardubické nemocnici, největší zdravotnická stavba v ČR, posílí kapacitu regionu. „Budova je skvělá, ale bez personálu

by byla jen prázdnou infrastrukturou,“ dodala Matoušková.

PAK se také zaměřuje na rozvoj paliativní péče a propojení zdravotní a sociální péče prostřednictvím telemedicíny, aby pacienti mohli zůstat déle v domácím prostředí. Důraz je kladen na lepší propojení mezi VPL a ambulantními

specialisty, což má přispět ke snížení zátěže akutní péče. Kraj plánuje zavést regionální datovou síť pro efektivnější sdílení informací mezi lékaři. „Doufám, že se nám podaří vyřešit co nejvíce problémů, aby lidé nemuseli přecházet do akutní péče, kde lékařů opravdu nemáme dostatek,“ uzavřela Matoušková. **fk**

SKÓRKARTY

	ČR		Moravsko-slezský kraj		Plzeňský kraj		Karlovarský kraj		Královéhradecký kraj		Zlínský kraj		Kraj Vysočina		Středočeský kraj	
	hodnota		hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body
Preventivní prohlídky u praktického lékaře	57,80 %		60,80 %	1	51,40 %	-1	57,60 %	0	58,90 %	1	57,40 %	0	57,30 %	-1	57,30 %	-1
Alkohol	7,80 %		7,50 %	0	6,60 %	0	8,10 %	0	8,90 %	-1	6,20 %	1	6,30 %	1	9,60 %	-1
Kouření	19,90 %		21,90 %	0	23,40 %	-1	25,10 %	-1	19,90 %	0	15,00 %	1	15,70 %	1	19,80 %	0
Obezita	19,30 %		21,60 %	-1	17,10 %	1	26,10 %	-1	17,40 %	1	22,80 %	-1	19,70 %	0	19,80 %	0
Vysoký krevní tlak	20,29 %		21,78 %	-1	21,07 %	-1	18,90 %	1	20,24 %	1	21,75 %	-1	20,58 %	0	19,45 %	1
Dyslipidemie	6,11 %		5,73 %	0	5,38 %	1	4,39 %	1	8,65 %	-1	6,67 %	-1	5,29 %	1	5,73 %	0
Diabetes	9,90 %		11,36 %	-1	10,22 %	0	11,60 %	-1	10,66 %	0	10,69 %	0	9,93 %	1	9,88 %	1
Kardiovaskulární choroby	32,62 %		34,71 %	-1	33,32 %	0	31,92 %	1	32,54 %	0	33,92 %	-1	33,55 %	-1	31,77 %	1
CMP na 100 tis. obyvatel	283		362	-1	217	1	299	0	287	0	332	-1	285	0	250	1
Úmrtí po CMP	9,56 %		9,43 %	0	9,37 %	0	9,46 %	0	8,23 %	1	8,15 %	1	10,48 %	-1	10,16 %	-1
Infarkt myokardu	410		600	-1	405	0	552	-1	301	1	338	1	404	0	422	0
Úmrtí po infarktu myokardu	2,48 %		2,21 %	0	1,92 %	1	1,98 %	1	2,63 %	-1	2,34 %	0	2,48 %	0	2,14 %	1
Kapacita sítě kardiologů	6,8		6,5	1	7,3	1	2,7	-1	5,5	0	5,4	0	4,2	-1	4,4	-1
Celkem				-4		2		-1		2		-1		0		1

	ČR		Olomoucký kraj		Jihomoravský kraj		Ústecký kraj		Liberecký kraj		Jihočeský kraj		Pardubický kraj	
	hodnota		hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body	hodnota	body
Preventivní prohlídky u praktického lékaře	57,80 %		61,50 %	1	55,80 %	-1	61,10 %	1	58,90 %	1	58,80 %	0	57,60 %	0
Alkohol	7,80 %		7,30 %	0	5,40 %	1	5,70 %	1	6,70 %	0	8,60 %	-1	9,00 %	-1
Kouření	19,90 %		16,50 %	1	18,60 %	1	23,70 %	-1	21,40 %	0	24,00 %	-1	22,50 %	0
Obezita	19,30 %		17,80 %	1	21,50 %	0	19,30 %	0	17,60 %	1	18,90 %	0	22,50 %	-1
Vysoký krevní tlak	20,29 %		20,80 %	0	20,53 %	0	20,83 %	0	20,48 %	0	19,52 %	1	21,18 %	-1
Dyslipidemie	6,11 %		6,29 %	0	5,44 %	1	6,74 %	-1	5,67 %	0	5,64 %	0	6,59 %	-1
Diabetes	9,90 %		11,68 %	-1	9,22 %	1	11,20 %	-1	9,00 %	1	10,26 %	0	10,31 %	0
Kardiovaskulární choroby	32,62 %		34,62 %	-1	32,42 %	1	32,77 %	0	32,66 %	0	32,95 %	0	32,38 %	1
CMP na 100 tis. obyvatel	283		298	0	256	1	319	-1	280	1	346	-1	280	0
Úmrtí po CMP	9,56 %		9,99 %	-1	9,97 %	-1	8,51 %	1	7,98 %	1	8,61 %	0	9,77 %	0
Infarkt myokardu	410		398	0	297	1	484	-1	445	-1	366	1	445	-1
Úmrtí po infarktu myokardu	2,48 %		1,43 %	1	3,67 %	-1	2,25 %	0	2,34 %	0	3,05 %	-1	3,48 %	-1
Kapacita sítě kardiologů	6,8		6,6	1	7,6	1	4,1	-1	5,9	0	5,6	0	4,5	0
Celkem				2		5		-3		4		-2		-5



Partnery projektu Cesta ke zdravému srdci jsou:

Generální partner



Generální odborný partner



Česká kardiologická společnost

Hlavní partner



Partneři



Odborný partner



Mediální partner

MEDICAL TRIBUNE.cz

Pořadatel akce

EFCARE