

Jak dál v pediatrii?

Česká republika řeší už řadu let – zatím neúspěšně – nedostatek dětských lékařů. Platí to jak v primární péči, kde stále více ordinací ze stárnoucí populace praktických dětských lékařů pro děti a dorost marně shání svého nástupce, tak v prostředí lůžkových oddělení, která navíc slouží jako obvyklý rezervoár pro doplňování ambulantních praxí, včetně sítě ambulantních specialistů. Cesta z krize bude dlouhá, i když první kroky, jako je sloučení a korekce předatestační přípravy, stejně jako nárůst počtu rezidenčních míst, byly učiněny.

Přesto se vtrhává otázka, jak je to doopravdy: skutečně máme málo dětských lékařů, nebo jsou jen špatně rozmístěni a zároveň neefektivně využiti? Když se podíváme na počty dětských lékařů v přepočtu na obyvatele, respektive dětskou populaci, zjišťujeme, že se Česká republika pohybuje v rámci Evropy vysoko v nadprůměru – dětských lékařů má, alespoň podle těchto čísel, více než dost (viz tabulky č. 1 a 2). Jistě hraje roli fakt, zda o děti do věku 15 či 19 let pečují vždy pediatrii (v některých zemích se starají pediatrii pouze o děti do 6 let, v některých je péče smíšená již od kojeneckého věku), případně zda jsou ve hře dětské specialiste, nebo specialiste „univerzální“ pro všechny věkové kategorie.

V každém případě ale naše čísla o něčem svědčí. Když se nejdříve podíváme na segment primární péče, která je u nás poskytována prakticky 100 % dětem do 15 let a i části adolescentů mezi 15. a 19. rokem (zde procento adolescentů v péči PLDD rychle klesá – právě pro nemožnost sehnat registrujícího PLDD), vychází nám, že v průměru registruje jeden praktický lékař pro děti a dorost necelou tisícovku dětí do 19 let. V roce 2017 registrovalo celkem 2020 ambulantů PLDD celkem 1 994 000 dětí do 19 let – což je 96,4 % z celkového počtu dětí ve věku do 19 let v ČR. Zbývá více než 3 % jsou registrovaná buď u praktických lékařů pro dospělé, nebo nemají registrujícího lékaře vůbec (údaj, kolik takových dětí je, není znám). Přitom v roce 2007 bylo u PLDD registrováno prakticky 100 % dětí do 19 let. V posledních letech je úbytek registrovaných především ve věkové kategorii 15–19 roků. Je obtížné najít srovnatelná čísla ze zahraničí, ale na základě znalosti německy mluvících zemí si trůfám tvrdit, že naše čísla, v průměru přibližně 970 registrovaných dětí na jednoho dětského praktika, jsou nízká. Jistě lze považovat za extrém kolegu pediatra ze švýcarské Bazileje, který měl v kartotéce 4 tisíce aktivních karet (inu, nemají kapitaci – a ano, švýcarský systém je poněkud jiný – přinejmenším není zvykem navštěvovat lékaře s banalitami a v takové frekvenci, jako tomu je u nás), ale například v německé praxi, kde se systém našemu blíží více, mívají lékaři v kar-

totéce běžně 2 i 2 a půl tisíce dětí. S kolegou v Bazileji jsem strávil více než měsíc: jeho denní praxe začínala v 8 hodin a nikdy nekončila dříve než v 18 hodin, často až v 19 hodin, (pravda s výjimkou čtvrtků – to byla odpoledne vyhrazena odborným seminářům, na nichž byla účast vždy téměř stoprocentní) několik večerních telefonátů a občasný výjezd za pacientem byla každodenní rutina. V pozdních nočních hodinách a o víkendech přebíral dětské pacienty sloužící lékař na telefonu, závažnější případy končily v nemocnici. Sprosbou o vytažení kusadel klíštěte ve 3 v noci jsem se tam opravdu, ale opravdu nesetkal. Vim, jsou i u nás dětské praktici, kteří odchází z ordinace po šesté a mají v kartotéce počty dětí blížící se dvěma tisícům. Ale pak jsou zde i takoví, kterým šest nebo sedm set registrovaných stačí bohatě ke spokojenosti i pohodlnému životu a které opravdu, ale opravdu odpoledne v ordinaci nezastihnete.

Jak vypadá situace na lůžkových dětských odděleních? Střízlivým odhadem (ach ta přesná data – kde že jsou?) zde pracuje kolem 800 dětských lékařů (to je optimistický odhad – celkový součet úvazků bude nižší), drtivá většina z nich se ale připravuje k atestaci – tedy bez specializované způsobilosti umožňující samostatnou činnost. Vzhledem k masivní feminizaci pediatrie (v pediatrii je 86 % žen, v ambulancích PLDD je žen dokonce více než 90 %) a nezpochybnitelně touze žen stihnout kromě profese i rodinné povinnosti trvá předatestační příprava v pediatrii u nás v průměru 9 let! To je dvojnásobek v současnosti předepsané délky odborné přípravy. Započtení několika měsíců za každé vlastní dítě do předatestační přípravy se tak jeví jako moudrý krok – či spíše krůček. Vzhledem k tomu, že v Česku působí nyní přibližně 86 dětských oddělení, vychází v průměru necelých 10 lékařů na jedno oddělení! Když pak odečteme stavy fakultních klinik, kterých je v ČR 8 a kde je hrubým odhadem zaměstnáno kolem 300 lékařů, na zbylá dětská oddělení povětšinou okresního formátu připadá v průměru 6 až 7 lékařů. A i zde platí, že většina se chystá na atestaci, atestovaných je menšina. Jaký pak div, že se v personální tísní ocitá stále více okresních dětských oddělení, přinejmenším těch z menších okresů, které mají spádovou oblast kolem 100 tisíc obyvatel či dokonce menší. A část oddělení je vysloveně „v krizi“ – dlouhodobě marně shání alespoň primáře a jeho zástupce s plnou kvalifikací a úvazkem, díry v personálu se lepí všelijak. Třeba angažováním odborníků s věkem vysoko přes důchodový věk, započtením úvazků ze služeb, uváděním upravených úvazků či jiným kouzlením s čísly. Prostě typický český styl. Přitom z dat, shromážděných v roce 2010 výběrem ČPS, vyplynulo, že

na 24 dětských odděleních leží denně v průměru méně než 10 dětí (nejnižší číslo bylo 3 a půl dítěte denně) a využití pediatrických lůžek dělá průměrně 43 %, v případě započtení doprovodů pak 59 %. Od roku 2010 se tato čísla jistě nezvýšila, spíše naopak.

Vnucuje se otázka: Jaký smysl má provozovat dětské lůžkové oddělení pro 5 nebo 6 dětí? Nešlo by s tím něco udělat? Rušení dětských oddělení v posledních letech fungovalo naprosto bezkonceptně metodou „poslední zhasne“. Politici, ministerstva i pojišťovny dávaly od koncepčního přístupu štitivé ruce pryč, jen aby pak mohli novinářům říkat „to ono samo – samo se oddělení zavřelo – nechceš Fofolu? – teda vlastně ti zlí pediatrii utekli – my nic, my muzikanti – celou dobu vám krásně hraje – tak chceš tu Fofolu?“ Je na čase si přiznat, že dostatek dětských lékařů a zvláště těch s kvalifikací a v přiměřeném věku není a nebude. A je nejvyšší čas řešit, jak postupovat dál, aby pediatrie v okresech, protože tam je v největším ohrožení, utrpěla co nejméně.

Prioritu vidím v tom, zachovat pediatrii v rámci jednotlivých okresů jako takovou. Hrubou chybou by bylo, kdyby zůstaly jen ordinace praktických dětských lékařů a nic víc. K tomu ale není bezpodmínečně nutné provozovat dětské lůžkové oddělení. Provoz dětských lůžek je z pohledu většiny nemocnic vysoce ztrátový, lůžková kapacita má nízké využití a potýká se s nedostatkem personálu, nejen lékařského, ale i sesterského. Zánik pregraduálního oboru dětská sestra zasadil české pediatrii jednu z nejtěžších ran. Tlak na hospitalizaci u dětí navíc plynule klesá, a to nejen v důsledku pozvolného poklesu počtu dětí do 19 let. Stále více zdravotních problémů lze řešit ambulantně (což zvládají stále lépe vybavené ordinace PLDD nebo specialistů) nebo semiambulantně (například elektivní chirurgické výkony). Naopak sílí odpor rodičů k hospitalizaci dětí. „Je to nezbytně nutné?“ „Nám nevadí počkat dvě hodiny na výsledky v čekárně.“ „Můžeme jít večer domů, když přestane zvracet?“ „To my na něj doma dohlédneme.“ „Jsem ochotný přijet třeba třikrát denně“. . . atd. Těmto – pravda někdy iracionálním, ale pochopitelným požadavkům rodičů se nelze divit a mnohdy je skutečně možné jim vyhovět. Takže – ruku na srdce – kdybychom neměli volná lůžka na oddělení a byli pod tlakem jako například některá trvale přeplněná interní oddělení, část stávajících hospitalizací bychom řešili jinak.

Kudy z té všeobecné šlamastyky ven? Vidím jedno jediné optimální řešení. Zachovat 24hodinovou přítomnost pediatra (čti oboru pediatrie) v ambulantním a pohotovostním režimu na každém okrese. S tím je možno

Tab. 1. Země s převažující péčí dětských lékařů o děti do 19 let

Počty pediatriů na počet dětí 0–19 roků v Evropě	
	počet dětí na 1 pediatra
Řecko	506
Itálie	632
Slovinsko	661
Maďarsko	722
Španělsko	756
Česko	770
Kypr	775
Lotyšsko	780
Bulharsko	892
Švýcarsko	945
Portugalsko	992
Chorvatsko	1005
Německo	1099
Malta	1155
Rakousko	1277
Polsko	1472

bez větších problémů zachovat obvykle slušně fungující porodnici. I tzv. malé porodnice mají většinou 600 porodů či více za rok a na rušení porodnic jsou místní obyvatelé mimořádně choulostiví. Rušení okresních porodnic není, dle mého soudu, na pořadu dne. Provoz novorozeneckého oddělení je ale několikrát méně náročný na personál než provoz dětského oddělení a i z ekonomického hlediska je daleko méně ztrátový či dokonce lze dosáhnout relativně vyrovnané ekonomické bilance. Některé okresy se již touto cestou vydaly dříve spontánně, prostě to tak nějak vyplynulo. Podle mého zafungoval zdravý rozum. Ty, které by ale v dnešní době chtěly upravit svůj provoz a zachovat v okrese pediatrii, ale bez doprovodné lůžkové péče, narážejí na bariéru vyhlášky MZ,

Tab. 2. Země se smíšenou péčí o děti do 19 let (pediatři a všeobecní lékaři)

	počet dětí na 1 pediatra
Lucembursko	1390
Velká Británie	1516
Lichtenštejnsko	1550
Estonsko	1566
Litva	1568
Norsko	1568
Rumunsko	1597
Belgie	1668
Finsko	1718
Francie	2026
Švédsko	2168
Holandsko	2232
Irsko	2931
Dánsko	3132
Island	4439

Zdroje dat (Eurostat 2015–2017, ÚZIS 2007–2017, Unepsa 2012)

kteřá provoz novorozeneckých lůžek a denního dětského stacionáře a noční pohotovosti považuje *de facto* za provoz neonatologie a vyžaduje – naprosto nesmyslně a kontraproduktivně – jako garanta lékaře se specializací v neonatologii! *Expressis verbis*, jsem-li primář dětského a novorozeneckého oddělení, praktikuji pediatrii v celém rozsahu a z neonatologie to, co na okrese potřebuji – je vše OK. Pokud bych ale zavřel lůžka a dál se setkával se stejnými dětskými pacienty v ambulantním režimu, tedy část vyřešil v průběhu dne a část zajistil a odeslal na příslušné lůžkové oddělení a ponechal si k tomu nadále i neonatologii – již nejsem podle zcestné vyhlášky k tomu kompetentní. Kompetentním bude ale neonatolog, kterých je na trhu práce ještě méně než pediatriů a který

(ve vsí účtě) obvykle pediatrii zdaleka tak dobře neovládá. „Reprofilizace“ dětských lůžkových oddělení – přechod u části z nich na ambulantní provoz – není nový nápad. Spodobnou vizí přišel už před 20 lety Ivan Novák a vida, do dnešního dne se nic nezměnilo. Někdy plyne čas ta-aaak pomaaaaalu.

Vidím zde úkol pro Českou pediatriickou a případně i neonatologickou společnost, aby zpracovala koncepční doporučení pro provoz okresních dětských stacionářů, umožňující zachování 24hodinové přítomnosti pediatra, ať už s paralelním novorozeneckým oddělením nebo bez něj. V duchu této koncepce je pak třeba upravit nevyhovující vyhlášku MZ (Vyhláška č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb) a jednat s pojišťovnami o korektní úhradě takové ambulance.

Pokud se toto v dohledné době nestane, hrozí české pediatrii ztráta plošného pokrytí území naší republiky a dětským pacientům a jejich rodičům další bloudění rozpadajícím se systémem. Jistě, pro část rodin není problém sednout do auta a jet 50 či více kilometrů k nejbližšímu lůžkovému oddělení. Ale je značná část rodin, pro které to běžně možné není. Pro ně je okresní organizace pediatrie i vzhledem k dopravní obslužnosti nenahraditelná. To je třeba mít na zřeteli v první řadě a tomu jít vstříc. Dokážeme to? Není už opravdu nejvyšší čas vytáhnout hlavu z písku a začít řešit zdravotnické problémy koncepčně!? Přinejmenším my – lékaři, jelikož nejsme politici, bychom takto měli uvažovat a jednat. Provázej nás Síla (a Rozum)!!!

Luděk Ryba, primář okresního dětského oddělení, 35 let praxe