



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

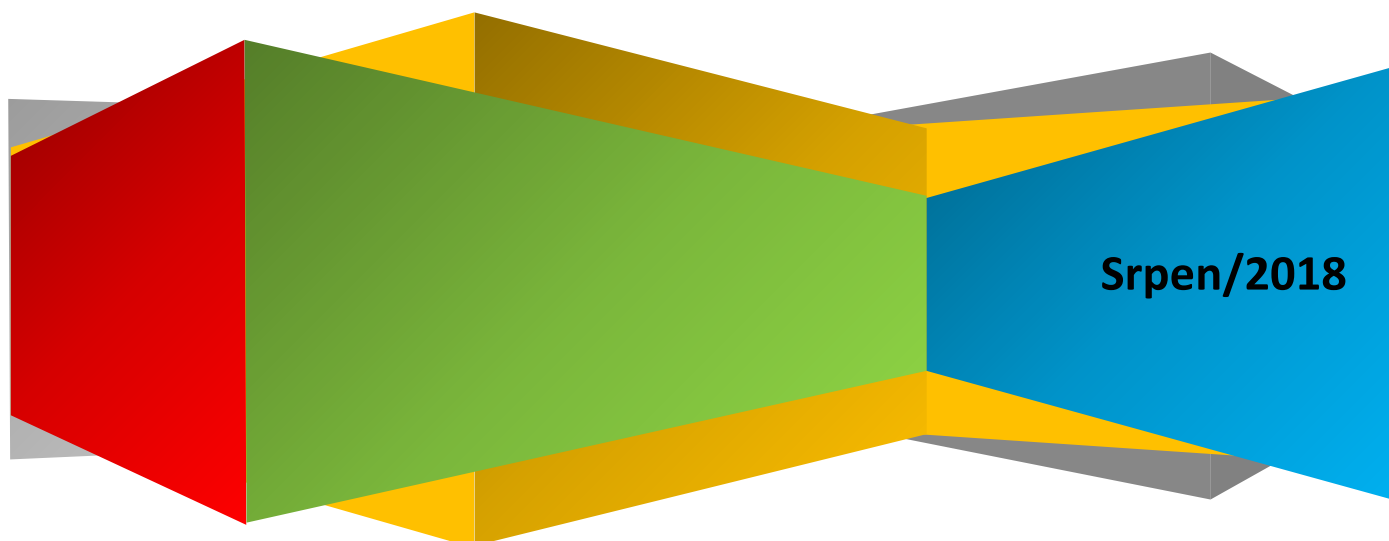


Agentura
pro sociální začleňování

Realizováno v rámci projektu „Systémové zajištění sociálního začleňování“, registrační číslo projektu
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0000605.

Frýdlantsko - dostupnost zdravotní péče

Zpracovala: Mgr. Tereza Baltag



Obsah

Důvod realizace výzkumu	2
Cíle a průběh výzkumu	2
Dostupnost, sektor primární péče a ambulantní specialisté	4
Lokality terénního výzkumu a Frýdlantsko.....	5
Frýdlantsko	5
Bulovka	6
Frýdlant	6
Nové Město pod Smrkem.....	7
Višňová	7
Dimenze dostupnosti zdravotní péče na Frýdlantsku ve vztahu k platné legislativě	8
Geografická dostupnost a dopravní spojení v regionu	8
Místní dostupnost a nařízení vlády č. 307/2012	9
Místní dostupnost – nenaplnění nařízení vlády a možnosti nápravy.....	12
Časová dostupnost	14
Časová dostupnost – legislativní vymezení.....	14
Časová dostupnost – úskalí pohledem místních	15
Finanční dostupnost	15
Personální zabezpečení.....	16
Nařízení vlády a poskytovatelé primární péče na Frýdlantsku	17
Praktický lékař pro děti a dorost	17
Ambulance praktických lékařů	20
Zubní ambulance	20
Gynekologie.....	22
Využívání záchranné služby.....	22
Dostupnost ambulantních specialistů v regionu	23
Ambulantní specialisté a čekací doby	23
Ambulantní specialisté, pohotovost a situace v nemocnici	24
Domácí péče a její potenciál pro region.....	25
Demografická struktura lékařů	26
Populační vývoj a vzdělávání dalších lékařů.....	26
Nemocnice jako centrum zdravotní péče regionu	28
Shrnutí	29
Doporučení.....	31
Použité zdroje.....	34

Důvod realizace výzkumu

Nedostatek a úbytek zdravotní péče je podle frýdlantské veřejnosti¹ největším a dlouhodobě nejvíce vnímaným problémem regionu, který je často také mediálně tematizován (Lékaři na Frýdlantsku 2018, Liberecký deník 2016). Nejenom, že lidé mají strach z budoucího vývoje v této oblasti, ale vnímají také to, že dostupnost zdravotní péče je provázána s dalšími atributy, které vytváří rámeček toho, jak atraktivní je lokalita pro občany, investory, učitele, případně další lékaře.

Zhoršená dostupnost zdravotní péče může nejintenzivněji dopadat na rodiny a osoby sociálně vyloučené nebo ohrožené sociálním vyloučením, seniory i matky samoživitelky, jejichž schopnost dostat se k lékaři vlastními silami (nebo osobním automobilem) je omezená či z jiného důvodu komplikovanější. Tito lidé se při cestě za lékařem ocitají závislí na veřejné dopravě, která nepokrývá území rovnoměrně v prostoru ani v čase (Doprava v Libereckém kraji 2010, Nejezchleb 2008, Malec 2012). Proto dal Dobrovolný svazek obcí (DSO) Frýdlantsko (dále jen DSO) podnět k diskusi na toto téma ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování (dále jen ASZ). Tito aktéři dospěli k závěru, že je nutné oblast dostupnosti zdravotní péče lépe zmapovat. Výsledkem těchto debat je realizace tohoto výzkumu.

Cíle a průběh výzkumu

Výzkum má poskytnout nezávislý pohled na stav dostupnosti zdravotní péče ve vybraných obcích Frýdlantského výběžku. Výzkum prioritně cílí na sektor primární péče (praktické lékaře, pediatry, gynekology a zubaře), ve druhé řadě na nejčastěji potřebné ambulantní specialisty.

Výzkum využil ve své metodologii kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod, kdy jsou analyzována sebraná kvantitativní (data o počtu lékařů, vzdálenosti mezi ambulancemi aj.) a kvalitativní data (zejména rozhovory, informace z pobytu v terénu, z pozorování) společně. Další z použitých metod byl tzv. desk research, tedy analýza dostupných zdrojů před odjezdem výzkumnice na místo výzkumu i po návratu z terénu. Tato metoda spočívá v analýze dat získaných od institucionálních aktérů, z webových stránek zdravotnických institucí nebo stránek, které se věnují poskytovatelům zdravotní péče či legislativě s tím spojené. Desk research cílil také na 7 obcí Frýdlantska, které spolupracují s ASZ. Konkrétně se jednalo o obce/města: Frýdlant a Nové Město pod Smrkem, Višňová, Heřmanice, Kunratice, Dětrichov, Bulovka. Terénní část výzkumu se soustředila na dvě vybrané obce a dvě města: Frýdlant, Nové Město pod Smrkem, Višňovou a Bulovku. Město a obce, kde probíhal terénní výzkum, byly vybrány tak, aby splňovaly hledisko reprezentativnosti v oblastech: velikost, poloha ve Frýdlantském výběžku a dostupnost k větším městům s rozsáhlejší sítí zdravotních služeb jako jsou Liberec a/nebo Frýdlant. V těchto lokalitách proběhly polostrukturované i epizodické rozhovory s místními občany, zástupci klíčových institucí a lékaři.

Cílem výzkumu bylo nejen pochopit a popsat, jak je péče dostupná pro občany jednotlivých

¹

Téma artikulováno například na veřejné diskusi občanů pořádané 10. – 11. 11. 2017 ve Frýdlantu.

obcí/měst, ale i to, zda je naplňováno nařízení vlády č. 307/2012Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (dále jen Nařízení vlády) i popis důsledků (předpokládaného) nedostatku zdravotní péče na Frýdlantsku. Zachytit, jak se na situaci dívají potencionální pacienti i ti, kdo je léčí.

Na výzkumu spolupracovali:

	Respondenti	Počet polo-strukturovaných rozhovorů
Frýdlant	Politici představitelé a 2 představitelky	
	Lékaři, lékařky fyzioterapeutka	6
	MAS	2
	Vedení a administrativa nemocnice	2
	Setkání starostů a starostek	skupinové setkání starostů/starostek celého mikroregionu – společná diskuse, bez nahrávání na diktafon
	Terénní zdravotní sestry	2
	Obyvatelé	5
Nové Město pod Smrkem	Politici představitelé a 1 představitelky	
	Lékaři	1
	Obyvatelé	5
Višňová	Politici představitelé a 1 představitelky	
	Obyvatelé SVL	5
Bulovka	Politici představitelé a 1 představitelky	
	Obyvatelé SVL	5

Tabulka č. 1: Seznam respondentů.

Výše zmíněné osoby souhlasily s rozhovorem a vyjádřily se k tomu, jak situaci vnímají ze své perspektivy. Tři z těchto respondentů/respondentek působili v Komisi pro zdravotnictví

zřízené městem Frýdlant, která se zabývá otázkami souvisejícími se zdravotnictvím v daném regionu. Výsledky tohoto výzkumu odráží mix těchto perspektiv. Většina z lékařů/lékařek, kteří působí ve Frýdlantu, působí také v jiných oblastech Frýdlantska, jsou tedy kompetentní se vyjádřit k situaci v celém regionu, nejen ve městě Frýdlant. Dvacet řadových občanů a občanek, se kterými probíhal rozhovor, bylo z lokalit, kde probíhal terénní výzkum. Jednalo se o matky s dětmi, lidi důchodového věku, zaměstnané i nezaměstnané, lidi s různým vzděláním. Ve Višňové a Bulovce probíhal rozhovor přímo v sociálně vyloučených lokalitách. Terénní zdravotní sestry působí ve všech lokalitách Frýdlantska, nejenom ve Frýdlantu.

Ke dni zadání výzkumu bylo stanoveno datum, kdy budou průběžné výsledky výzkumu prezentovány zástupcům obcí na jednání tzv. dobrovolného svazku obcí. Cílem setkání bylo poskytnutí možnosti vyjádřit se k tématu výzkumu, seznámit starosty obcí s průběžnými výsledky výzkumu a případné doplnění dalších důležitých podnětů od zástupců obcí, se kterými nebyl proveden strukturovaný a na diktafon nahrávaný rozhovor. Diskuse proběhla a výstupy z ní také reflektuje tento výzkum.

Závěrečná doporučení byla vytvořena na základě součinnosti s lokálním a centrálním expertem na zdraví z ASZ, jelikož se v průběhu výzkumu ukázalo, že situaci je nutné řešit jak na lokální, tak na centrální úrovni. Předpokládá se, že tento výzkum může být východiskem realizace opatření ve směru k lepší dostupnosti zdravotní péče daného území a dalšímu plánování v oblasti zdravotnictví.

Dostupnost, sektor primární péče a ambulantní specialisté

Dostupnost zdravotní péče, která je předmětem tohoto výzkumu, má mnoho dimenzí. Můžeme hovořit o dostupnosti zdravotní péče časové, prostorové nebo ekonomické. Tyto dimenze dostupnosti dávají odpověď na otázku, zda máme prostředky na to zdravotní péči uhradit nebo zda se v regionu nachází péče, kterou poptáváme. Některé aspekty dostupnosti zdravotní péče trápí celou Českou republiku, jiné aspekty mohou být specifické pro daný region.

Téma dostupnosti zdravotní péče v sobě obsahuje důležitý element, kterým je předpoklad rovnosti pro všechny občany ČR, jelikož dostupnost je základním předpokladem možnosti zdravotní péči čerpat. Cílem správně nastaveného zdravotnického systému je proto minimalizovat překážky dostupnosti zdravotní péče tak, aby byl zajištěn rovný přístup ke zdravotní péči v celém jejím spektru nabídky, a to pro všechny obyvatele.

Velmi důležitou součástí systému péče o zdraví² je proto zdravotnictví jako resortní systém, jehož cílem je poznávání a zabezpečení zdravotních i dalších oprávněných potřeb a požadavků lidí. Součástí zdravotnictví jsou zařízení, orgány a instituce včetně lidských zdrojů,

² Podle definice WHO, která vstoupila v platnost v roce 1948, je zdraví chápáno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (Janečková, Hnilicová 2009). Toto subjektivní hodnocení bylo později doplněno o charakteristiku zdraví jakožto schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život (tamtéž). Zdraví tak už není cílem samo o sobě, ale stává se spíše prostředkem ke spokojenému životu.

vybavení, poznatků a metod (Holčík 2004). Úkolem zdravotnictví je koordinovat široce pojatý systém péče o zdraví, neboť spolu se zdravotnictvím se na péči o zdraví podílí i další resorty. V užším pojetí zdravotnictví řídí odborná zdravotnická zařízení poskytující zdravotní služby. Veřejné zdravotnictví je pak definováno (Janečková, Hnilicová 2009) jako věda nebo umění o předcházení nemocem, prodlužování života, posilování zdraví a výkonnosti, k čemuž dochází organizovaným úsilím celé komunity. Součástí veřejného zdravotnictví je teorie, porozumění vztahu mezi společností a zdravím, ale i praxe, která zahrnuje politická rozhodnutí, hygienická nařízení, výchovu ke zdraví, plánování zdravotní péče či organizace a řízení zdravotnických služeb.

Výzkum nesleduje zdravotnictví jako celek, ale zaměřuje se zejména na dostupnost v sektoru **primární péče** (praktické lékaře, pediatry, gynekology a zubaře), ve druhé řadě na nejčastěji potřebné **ambulantní specialisty** (oční, ORL, kožní, psychiatr, interna – gastro-, kardio-, diabetologie, fyzioterapie). Základní stupeň sítě poskytovatelů zdravotní péče představuje právě primární péče. Primární péčí se rozumí zdravotní péče, která je poskytována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, zubními lékaři (stomatology) a praktickými gynekology. Jejich postavení v celém systému zdravotní péče je nezastupitelné, jelikož lékaři primární zdravotní péče fungují jako průvodci pacientů po zdravotním systému, provádějí pravidelné preventivní prohlídky, poskytují péči v případě akutního onemocnění a spolupracují se specialisty a zdravotnickými zařízeními. Primární zdravotní péče je přímo dostupná obyvatelstvu bez předchozího doporučení (Janečková, Hnilicová 2009).

Sekundární péče je zdravotní péče poskytována ambulantními specialisty a navazuje na péči primární. Poskytovateli jsou specializovaní lékaři, kteří ordinují v privátních ordinacích či v ambulancích nemocnic. Své ordinace si ambulantní lékaři většinou pronajímají od podnikatelských subjektů, poliklinik či jiných zdravotnických zařízení (Janečková, Hnilicová 2009). Pacient se k ambulantnímu specialistovi dostává obvykle na doporučení svého praktického lékaře, ale může přijít i bez doporučení. To je dle Janečkové a Hnilicové (2009) jedním z důvodů vysoké návštěvnosti obyvatelstva Česka v ordinacích ambulantních lékařů. Terciární zdravotní péče je péče specializovaná, zajišťovaná v lůžkových zdravotnických zařízeních (nemocnice, léčebny, ústavy). Jedná se o akutní diagnostickou, terapeutickou péči i následnou rehabilitační a dlouhodobou péči o chronicky nemocné (Janečková, Hnilicová 2009). Tato forma péče je z hlediska finančního tou nejnákladnější. Ambulantní péče probíhá v ambulanci daného specialisty či lékaře primární zdravotní péče a není při ní nutná hospitalizace. Lůžková péče naopak odpovídá terciární (vysoce specializované) péči, která je poskytována v nemocničních zařízeních s lůžkovou péčí (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

Lokality terénního výzkumu a Frýdlantsko

Frýdlantsko

Ve Frýdlantském výběžku se nachází celkem 18 obcí: Bílý Potok, Bulovka, Černousy, Dětrichov, Dolní Řasnice, Frýdlant, Habartice, Hejnice, Heřmanice, Horní Řasnice, Jindřichovice pod Smrkem, Krásný Les, Kunratice, Lázně Libverda, Nové Město pod Smrkem, Pertoltice, Raspenava a Višňová. Frýdlant, Hejnice, Nové Město pod Smrkem a Raspenava mají status města. Město Frýdlant je zároveň obcí s rozšířenou působností a Nové Město pod

Smrkem je obcí s pověřeným obecním úřadem. Rozlohou je Frýdlantsko třetím největším správním obvodem Libereckého kraje.

Ve správním obvodu Frýdlant ke konci roku 2017 žilo 24 515 obyvatel, tj. 5,6 % obyvatel Libereckého kraje, 3958 z nich bylo mladších 15 let a 4462 (18 %) bylo starších 65 let (ČSÚ 2018). Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou jsou lidé mezi 40 a 44 lety věku. V posledních letech je patrný trend snižování počtu obyvatel území. K tomuto trendu přispívá jak záporné saldo přirozeného přírůstku obyvatelstva, tak záporné saldo migrace. Dalším patrným jevem je stárnutí obyvatelstva. Průměrný věk se ve správním obvodu navyšuje průměrně o 3 roky za 10 let (Sociologický průzkum 2018).

Bulovka

Obec Bulovka se skládá ze tří vesnic: Arnoltice, Bulovka a Dolní Oldříš. Leží v severní části Frýdlantského výběžku, těsně u hranice s Polskem. Část Arnoltice je situována při silnici I/13, která zajišťuje dopravní obslužnost směrem na Frýdlant (5 km), část Dolní Oldříš vyplňuje samostatný výběžek zasahující na polské území. Celá obec na délku měří zhruba 6 km, přičemž Dolní Oldříš leží o další 3 km dále. Již dostupnost v rámci obce samotné je pro obyvatele proto komplikovaná. Směrem na Frýdlant však funguje autobusová doprava. Obec je identifikována jako sociálně vyloučená lokalita, podstatnou část sociálně vyloučeného obyvatelstva tvoří senioři.

Obec má okolo 890 obyvatel s trvalým pobytem, jejichž průměrný věk dosahuje 38,3 let. Podíl osob starších 65 let dosahuje necelých 13 %. V obci se nachází základní a mateřská škola, pošta, potraviny i knihovna. K 31. 1. 2018 bylo v obci evidováno 9,5 % nezaměstnaných osob. Jedná se tak o vůbec nejvyšší míru nezaměstnanosti na území Frýdlantska. Podíl osob v exekuci dosahuje za rok 2017 více než 23 % s průměrným počtem 5 exekucí na osobu. V obci přímo nesídlí žádná sociální služba (Sociologický průzkum 2018, Frýdlantsko 2018).

Bulovka se nachází 35 minut cesty od Liberce autem (cca 32 km) a necelých 10 km od Frýdlantu. Přestože vzdálenosti nejsou z hlediska počtu kilometrů nikterak závratné, cesta MHD z Bulovky do Liberecké nemocnice trvá od 65 do 130 minut.

V Bulovce ordinuje praktická lékařka pro dospělé vždy v úterý a čtvrtek (zbytek týdne ordinuje ta samá lékařka ve Višňové, v pátek ordinuje v Černousích). Jedná se o lékařku důchodového věku (r. 1949). Jiné ordinace či zdravotní služby se v obci nenachází.

Frýdlant

Město Frýdlant je centrem okolního kraje a zároveň největším městem ležícím ve Frýdlantském výběžku s více než 7 500 obyvateli. Ve městě nalezneme řadu kulturních památek a jeho centrum je vyhlášeno městskou památkovou zónou. Město disponuje širokou sítí služeb a dobrou dopravní dostupností v podobě autobusového i vlakového spojení.

Ve městě nalezneme veškerou základní občanskou vybavenost včetně např. úřadu práce. Je zde základní škola, základní umělecká škola, speciální škola, gymnázium a střední škola

hospodářská a lesnická. I proto je většina obyvatel výběžku zvyklá do Frýdlantu pravidelně dojíždět. Nezaměstnanost ve Frýdlantu na začátku roku byla kolem 5 %. Dle dat Exekutorské komory ČR je ve městě více než 15 % osob starších 15 let v exekuci, což v celkovém čísle odpovídá 986 osobám, přičemž průměrný počet exekucí na osobu byl 5,5 (Sociologický průzkum 2018). Ve Frýdlantu žije 1520 osob starších 65 let (RIS 2018).

Do Liberce, krajského města, je to z Frýdlantu 26 kilometrů, autem tedy necelých třicet minut. Centrem zdravotní péče města je soukromá nemocnice EUC, kde sídlí většina ambulantních specialistů. Ve Frýdlantě najdeme také ambulanci praktického, dětského i zubního lékaře. Město disponuje také pohotovostí a z města do výběžku vyjíždí dvě sanitky ZZS, které mají stanoviště taktéž v areálu nemocnice.

Nové Město pod Smrkem

Nové Město pod Smrkem leží ve východní části Frýdlantského výběžku. Jedná se o obec s pověřeným obecním úřadem, která se rozkládá mezi Frýdlantskou pahorkatinou a Jizerskými horami. Městem prochází silnice 2. třídy, která spojuje Frýdlant s Polskem. Železniční spojení funguje mezi Libercem a Jindřichovicemi pod Smrkem. Ze třech stran je město izolováno lesními porosty.

V současnosti jej trvale obývá téměř 3 700 občanů, z nichž zhruba 17 % je ve věku 65 let a více. Ve městě najdeme základní občanskou vybavenost včetně základní a mateřské školy i pobočku ÚP. V roce 2017 zde bylo evidováno téměř 35 % osob v exekuci, což z Nového Města činí třetí nejzadluženější obec v České republice. Z nich 85 je ve věku nad 65 let (Mapa exekucí 2018). Nezaměstnanost je zde necelých šest procent (RIS 2018).

Z Nového Města je to do Frýdlantu 13 km po silnici a do Liberce 35 km. Auty se tedy jedná o ne tak vzdálené lokality. Přesto již vzdálenost do Liberce i automobilem přesahuje z legislativního hlediska důležitých 35 minut, dobu, do které musí být (dle zákona) dostupní lékaři primární péče. V Novém Městě se nachází ambulance dětského lékaře pro děti a dorost, která aktuálně nepřijímá nové pacienty. Dále pak ambulance gynekologa, která stále další pacienty přijímá. Ve městě působí i stomatoložka, která další pacienty nepřijímá.

Višňová

Obec Višňová se rozkládá v severozápadní části Frýdlantského výběžku při státní hranici s Polskou republikou. Území obce je tvořeno devíti osadami: Višňová, Andělka, Předlánce, Víška, Poustka, Saň, Loučná, Minkovice a Filipovka. Osady Andělka, Loučná a Saň jsou od centra obce odloučené a méně dostupná je také železniční trať z Frýdlantu směrem na Černousy. Dopravní dostupnost v rámci obce je zajišťována místní autobusovou dopravou. V obci trvale žije více než 1 330 obyvatel, z nichž je zhruba jedna pětina starších 65 let. Obec Višňová je zřizovatelem mateřské školky a základní školy. Nachází se zde pobočka pošty, obchod s potravinami a knihovna.

V obci k 31. 1. 2018 dosahovala míra nezaměstnanosti 3,8 %. V roce 2017 zde bylo evidováno

do 8 % osob v exekuci, což je oproti většině obcí v regionu hodnota nižší. Průměrně byly s každým dlužníkem řešeny 4,2 exekuce. I tento údaj odpovídá hodnotám o poměrně nízké zadluženosti. V obci nesídlí žádná sociální služba (Sociologický průzkum 2018).

Obec Višňová je od Frýdlantu vzdálená necelých 10 km, od Liberce pak necelých 35 km. I v tomto případě je vzdálenost do Liberce za hranicí 35minutové dostupnosti automobilem.

Dvakrát týdně v obci ordinuje praktická lékařka pro dospělé, která je důchodového věku. Jiní lékaři zde neordinují.

Dimenze dostupnosti zdravotní péče na Frýdlantsku ve vztahu k platné legislativě

V této části výzkumu zmíníme určité strukturální proměnné, které ovlivňují dostupnost zdravotní péče na Frýdlantsku, které lze na základě rozhovorů s místními považovat za klíčové. Ty budou dány do souvislosti s platnou legislativou.

Geografická dostupnost a dopravní spojení v regionu

Frýdlantsko se nachází v nejsevernější části České republiky, ve Frýdlantském výběžku. Území výběžku je ze tří světových stran obklopeno Polskem. Od zbytku Libereckého kraje je Frýdlantsko odděleno masivem Jizerských hor. Jizerské hory s Ještědsko-kozákovským hřbetem tvoří přirozenou hranici na jihu i východě území. Dostupnost regionu je ztížena vlivem Albrechtické vrchoviny (534 m. n. m.) a Oldřichovské hornatiny (478 m. n. m.)

Dojíždka směrem do/z Frýdlantského výběžku je tak komplikována přejezdy Albrechtické a Oldřichovské hornatiny. Toto geomorfologické uspořádání má vliv i na dostupnost zdravotní péče, a to zejména v zimním období, kdy je náročné ony kopce překonat osobním automobilem, vlakem nebo autobusovou přepravou. Zejména silniční doprava může být v zimním období riziková. Dopravní infrastruktura je problémem regionu a jedním z důvodů menší atraktivity pro potenciální investory. Ze vzdálenějších oblastí výběžku trvá cesta osobním automobilem do Liberce i více než 45 minut. Železniční spojení je zajišťováno tratěmi Frýdlant – Jindřichovice pod Smrkem a Liberec – Černousy (Zawidów) (Sociologický průzkum 2018).

Dopravní dostupnost odpovídá na otázku, za jak dlouho se může pacient dostat k hledané zdravotní službě. Dopravní dostupnost vyjadřuje snadnost dosažení určitého místa při využití přepravního systému. Jarolímek (2005) dělí dopravní dostupnost na tři základní složky. Jsou jimi časová, vzdálenostní a frekvenční dostupnost. Zatímco vzdálenosti nejsou na Frýdlantsku nikterak závažné (obce od sebe i od velkých měst jako je Frýdlant nebo Liberec), dostupnost frekvenční a časová může v porovnání se vzdáleností na kilometry nabývat nečekaných dimenzí.

Železniční a autobusová forma přepravy je pro obyvatele některých obcí výběžku zcela klíčová a mezi lokalitami výběžku v této dimenzi dostupnosti, zejména té frekvenční, panují

velké rozdíly. Zatímco obyvatelé města Frýdlant si na nedostupnost v tomto ohledu nestěžovali takřka vůbec, respondenti z Bulovky a Višňové například tuto dimenzi dostupnosti zdravotní péče vnímali jako zcela klíčovou a jednoznačně deficitní. Což ale odráželo jak to, že je málo hustá síť lékařů, tak to, že jsou (v důsledku toho) lékaři těžce dostupní hromadnou dopravou (jedno nelze oddělit od druhého).

Rozdíly nejsou v této oblasti markantní pouze dle typu lokality, kde rozhovory probíhaly, ale také se výrazně liší podle toho, zda respondent nebo jeho rodina disponuje automobilem (či má potřebné finanční prostředky na jeho provoz). Například Bulovka či Višňová jsou od Liberce vzdáleny pouhých třicet a třicet šest kilometrů, dojezd hromadnou dopravou od domova k branám nemocnice může však zabrat téměř dvě hodiny. Pokud člověku autobus náhodou ujede, další spoj je k mání nejdříve za další dvě hodiny, což nemusí být při zhoršeném zdravotním stavu vítanou situací.

Poloha a dopravní spojení mezi jednotlivými ambulancemi lékařů má velký vliv na to, jak dostupnost zdravotní péče vnímají lidé v různých částech výběžku. Jednou z hypotéz, kterou tento výzkum otevíral, byla právě možnost snížené dostupnosti zdravotní péče pro obyvatele z okrajových lokalit v důsledku horšího dopravního spojení. Tato hypotéza se potvrdila hned při prvních rozhovorech v terénu a provázela celý jeho průběh. Na základě rozhovorů však bylo patrné, že s dopravní dostupností jsou provázány také další aspekty, které nelze jeden od druhého úplně oddělit. Jinak řečeno, dopravní dostupnost otevírá prostor dalším dimenzím zdravotní dostupnosti, které jsou s ní provázány. Jsou jimi: dostupnost časová, dostupnost finanční a dostupnost personální. Ne všechny tyto aspekty jsou zohledněné v legislativě, jak se tomu budeme věnovat dále.

Místní dostupnost a nařízení vlády č. 307/2012

Od 1. 1. 2013 nabylo účinnosti nařízení vlády č. 307/2012 Sb. (dále jen Nařízení vlády), které poprvé kvantifikuje dostupnost zdravotní péče. Toto Nařízení definuje místní a časovou dostupnost odpovídajícího typu zdravotní péče na základě maximální dojezdové (resp. čekací doby, viz níže). Právo na časovou a místní dostupnost služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění udává přímo zákon o veřejném zdravotním pojištění (v § 11) a tuto dostupnost garantuje pojištěnci jeho zdravotní pojišťovna prostřednictvím uzavřených smluv s poskytovateli zdravotních služeb.

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. nijak nespécifikuje podmínky/okolnosti dostupnosti, a proto lze specifikaci doby dostupnosti chápat jako mezní čas při průměrných podmínkách, během kterého pacient musí dosáhnout na požadovanou péči. Průměrnými podmínkami můžeme rozumět takové podmínky, které nejsou ovlivněny např. neočekávanými jevy, jako jsou nehody, vysoká intenzita dopravy, nepříznivé počasí, náledí, havárie atd.

V odborné literatuře se sice při hodnocení dostupnosti zdravotní péče a postižení regionálních rozdílů využívá ukazatel, který přepočítává počet lékařů na 100 tis. obyvatel, přičemž tento poměr je následně konfrontován dle doporučeného počtu lékařů na 100 tis.

obyvatel tzv. směrným kapacitním číslem. Číselník směrných kapacitních čísel neboli kvantifikace počtu lékařů na daný počet obyvatel dle jednotlivých územních jednotek a oborů zdravotní péče ale není v Česku dostupný. Neexistuje žádný oficiální právní předpis či nařízení, které by tuto problematiku ošetřovalo (Novák 2015). Poslední veřejně dostupný dokument z jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR na téma „Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky na rok 1997“ je aktuální k roku 1996. V něm jsou uvedeny doporučené přepočtené počty lékařských míst na 100 000 obyvatel v dané územní jednotce. Doporučený počet lékařských míst byl vypracován VZP ČR jako součást dlouhodobé strategie pro výběr smluvních partnerů. Stanovené přepočtené úvazky vycházejí z podkladů Ministerstva zdravotnictví a srovnávací studie v 11 zemích (PS PČR 1996). Tento dokument je tedy zastaralý a hlavně v praxi se na něj téměř nikdo neodkazuje. Lze tedy konstatovat, že Nařízení vlády je jediný dokument, na který je aktuálně možné se obracet v případě nespokojenosti některých občanů nebo obcí/měst.

Od roku 2013 je tedy dostupnost zdravotní péče zakotvena v české legislativě Nařízením vlády a pacientům je umožněno nárokovat péči v takové výši, na kterou mají právo. Jedná se o první legislativní opatření, které má zaručovat dostupnost jednotlivých oborů ambulantní a lůžkové zdravotní péče. Nařízení vlády je proto pro posouzení dostupnosti zdravotní péče v ČR z hlediska legislativního klíčové. Proto je zcela zásadní jeho právní interpretace. Ta ale není veřejně dostupná a i mezi odborníky panují rozdíly ve výkladu. Lékaři v regionu, kde se šetření odehrávalo, se často domnívali, že doba dojezdnosti za lékařem primární péče by neměla být delší než 35 minut veřejnou dopravou. Kvůli nejasnostem v interpretaci zákona jsme se proto obrátili na centrální expertku pro oblast zdraví ASZ. Ta konstatovala, že dojezdová doba je definována jako dostupnost zdravotní služby podle oboru běžným dopravním prostředkem po běžné komunikaci. Právní výklad běžného dopravního prostředku je podle podmínek v České republice automobil (mailová komunikace s centrálním expertem pro oblast zdraví, ASZ). Dojezdová doba k praktickému lékaři, dětskému lékaři, gynekologovi, stomatologovi nebo do lékárny je tedy podle Nařízení max. 35 minut automobilem. K dalším specialistům jako jsou diabetolog, urolog nebo fyzioterapeut je doba stanovená na 45 minut (celý seznam viz příloha č. 1)

Jak bylo výše nastíněno, problematika dostupnosti je však širším tématem, nežli vyplývá z platné legislativy. Odpovídající dostupnost může být ovlivněna kapacitou lékařů, demografickou strukturou lékařů i pacientů, ale také například ekonomickými možnostmi pacienta. Nařízení vlády tedy nepojednává o všech dimenzích dostupnosti, které zaznívaly na Frýdlantsku. Nezhledňuje specifika lokality, její geografické podmínky nebo to, že normou v některých lokalitách není jízda autem, ale pohyb pomocí hromadné dopravy – tedy vlakem a autobusy. Automobil je luxusem, který si ne každá rodina může dovolit. Z dvaceti respondentů, se kterými jsem mluvila, vlastnil automobil pouze jeden muž (jednalo se o otce menších dětí). Více respondentů však popisovalo, že automobil má někdo z obce/města nebo rodiny a někdy je možné o svezení poprosit. Nejedná se však o pomoc zdarma, ale je nutné za ni zaplatit (minimálně za benzín), což vnímali respondenti jako drahou záležitost. Nejedná se o možnost, která by byla k dispozici vždy (ne vždy je řidič doma, ochotný atd.), nelze s ní tedy s určitostí počítat. Přestože tedy některé matky menších dětí popisovaly, že v domě je soused s pojízdným automobilem, jezdily z výše uvedených důvodů k lékaři i s dětmi většinou MHD.

Právě kvůli tomu v praxi můžeme narazit na situace nespokojenosti občanů, které jsou však z hlediska legislativního blízké normě. Na Frýdlantsku se jedná o situace, kdy dostupnost lékaře v některých lokalitách splňuje legislativní dojezdnost automobilem, ale velká část tamních obyvatel automobil k dispozici nemá (jiným lidem pak řízení automobilu nemusí umožňovat věk či zdravotní stav, ti ale nebyli ve vzorku zastoupeni). Reálně se tak za lékařem místo legislativně stanovených 35 minut automobilem dostávají několik hodin veřejnou dopravou, ale z hlediska znění Nařízení vlády může být tato situace v pořádku. Přesto však na Frýdlantsku nalézáme i ty případy, kdy ani jízda automobilem neumožňuje ony vzdálenosti překonat v časových lhůtách, které stanovuje Nařízení vlády. Na tyto situace se podíváme níže.

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
2	45	diabetologie chirurgie urologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření) rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
3	60	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie psychologie logopedie dermatovenerologie
4	90	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodontie počítačová tomografie

Tabulka č. 2: Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb.

Místní dostupnost – nenaplňování nařízení vlády a možnosti nápravy

Podle zákona č. 48/1997 Sb. je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním poskytovatelem se koná výběrové řízení. Konání výběrového řízení může navrhnout zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec.

Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče. Výběrové řízení vyhláší způsobem v místě obvyklým krajský úřad (v Praze Magistrát hlavního města Prahy). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví. V případě, že výběrové řízení iniciuje VZP ČR, zašle regionální pobočka VZP ČR písemně příslušnému krajskému úřadu návrh na konání výběrového řízení a návrh je též

zveřejněn na internetových stránkách VZP ČR. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno (Oficiální stránky VZP).

VZP je největší, ne však jedinou pojišťovnou v ČR. Na stránkách OZP se např. také můžeme dočíst, že pojišťovna se řídí Nařízením vlády a jeho limity. V případě, že by klienti této pojišťovny zaznamenali nespokojenost v dodržování limitů, apeluje pojišťovna na to, aby ji vyzvali, a ona zahájí kroky k nápravě situace (Oficiální stránky OZP).

Aktuálně na stránkách VZP můžeme najít informaci, že Krajský úřad Libereckého kraje vyhlásil na návrh Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, Regionální pobočky Ústí nad Labem, se sídlem Mírové náměstí 35 C, 400 01 Ústí nad Labem, podle § 47 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a v souladu s ostatními platnými právními předpisy výběrové řízení na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě hrazených služeb na ambulantní zdravotní péči v oboru praktické lékařství pro děti a dorost ve městě Frýdlant. Přihlášky do výběrového řízení bylo nutno podat do 30. 7. 2018, v době psaní výzkumné zprávy tedy ještě výsledek tohoto výběrového řízení nebyl znám.

Pokud se na výzvu VZP do výběrového řízení na danou specializaci nikdo opakovaně nepřihlásí, pro zvýšení motivace o přihlášení dalších lékařů může VZP udělit další pobídky. Jednou z nich je tzv. bonifikace. *„Pokud se opakovaně nikdo nepřihlásí do výběrového řízení na novou praxi, plánuje napříště VZP nabízet v dalším kole až třicetiprocentní bonifikaci k běžné platbě. Chce tak finančně zvýhodňovat praktické lékaře v oblastech, kde o zřízení ordinace není zájem, zejména v pohraničí. Bonifikace by se mohla týkat z počátku desítek lékařů; budou mít finanční zvýhodnění garantováno na pět let. Tato bonifikace praktických lékařů v ‚nelukrativních oblastech‘ je již upravena v aktuálním znění úhradové vyhlášky pro rok 2016, kterou vydalo ministerstvo zdravotnictví (Oficiální stránky VZP).“*

Podmínkami vyplývajícími z nařízení vlády č. 307/2012 Sb jsou pojišťovny vázány. Jestliže pacient zjistí, že mu poskytovatel zdravotních služeb není schopen poskytnout potřebnou péči ve stanovené lhůtě, měl by se obrátit na zdravotní pojišťovnu, jejímž je klientem, a žádat zajištění léčebného výkonu v zákonné lhůtě. Pokud zdravotní pojišťovna tuto povinnost nesplní, měl by se pacient domáhat svých práv a dodržování právních předpisů u Ministerstva zdravotnictví. *„Jestliže zdravotní pojišťovna nepostupuje v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění a nařízením vlády, jde o správní delikt, za který může ministerstvo uložit pokutu až do výše 10 000 000 Kč (Seidlová, zástupkyně ombudsmana, článek MF Dnes, 2013).“* Na pojišťovnu se mohou obrátit jak občané, tak zástupci obcí, měst nebo jiných institucí.

Vzhledem k tomu, že dostupnost zdravotní péče se stává tématem v různých lokalitách ČR, vyhlásilo Ministerstvo zdravotnictví společně se zdravotními pojišťovnami tzv. *„Seznam oblastí s omezenou dostupností zdravotních služeb“* (poslední aktualizace 17. 5. 2018). V těchto oblastech (často se jedná o celé kraje) má praktický lékař a/nebo pediatr nárok žádat o dotaci do výše 0,5 mil. korun (max. 0,25 mil. na plat zdravotní sestry a max. 0,25 mil.

na technické vybavení ordinace). Do tohoto seznamu je zařazeno také Frýdlantsko (dále pak Vsetín, Příbram, Kolín, Kladno, Ostrava, Liberec). Kompletní metodika k žádosti o dotaci, kterou může ASZ v rámci odborného poradenství šířit, je dostupná zde:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/program-na-podporu-dostupnosti-zdravotnich-sluzeb-prakticky-lekaru_11690_3.html

Časová dostupnost

Časová dostupnost – legislativní vymezení

Dimenze dostupnosti těchto hrazených služeb nebyla ve výzkumu více sledována. Pro úplnost je však vhodné vědět, že Nařízení vlády upravuje také tzv. časovou dostupnost (maximální čekací doba pro některé výkony), která je legislativně vymezena u tzv. hrazených služeb, např. náhrady kyčelního kloubu, artroskopie, magnetické rezonance, jejichž poskytnutí je z důvodu veřejného zájmu třeba plánovat tak, aby pojištěncům byl zajištěn dostatečný, trvalý a vyvážený přístup (č. 307/2012 Sb.). Jedná se o lhůty pro plánované výkony, ne výkony akutní. Lhůty se tedy neuplatňují, když je pacienta nutné např. akutně vyšetřit prostřednictvím uvedených zobrazovacích metod.

Pacient nemusí plánované vyšetření nebo operaci absolvovat ve zdravotnickém zařízení, do kterého je „odeslán“ svým ošetřujícím lékařem. Pokud by mu připadala lhůta do zákroku dlouhá, může si vybrat jiné pracoviště (když toto pracoviště bude mít možnost ho přijmout). Teoreticky si může vybrat i poskytovatele, který nemá smlouvu s jeho pojišťovnou – pak si ale zdravotní služby bude muset uhradit. Pacienti mají právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení (tedy poskytovatele zdravotních služeb), ovšem aby poskytnutá péče mohla být uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, musí si vybrat takového, který má smluvní vztah s jeho zdravotní pojišťovnou.

Pacient má možnost absolvovat vyšetření nebo léčbu v jiné zemi EU. Pokud by šlo o péči hrazenou z českého veřejného zdravotního pojištění, která pacientovi nemůže být v ČR poskytnuta bez zbytečného odkladu, v medicínsky ospravedlnitelné době (což znamená, že čekací doba by přesahovala přijatelnou dobu vycházející z objektivního lékařského posouzení potřeb pacienta při zhodnocení jeho zdravotního stavu), pojišťovna by pacientovi schválila a uhradila danou zdravotní péči v některé ze zemí EU (VZP 2018).

Pojem časová dostupnost je ve zdravotnictví dáván do souvislosti také s fungováním zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS). Dojezdové doby ZZS jsou zakotveny legislativně a nejzazší doba příjezdu je 20 minut (zákon č. 374/2011). Specifikem lokality je také fungování ZZS. Občané reflektují to, že někteří pacienti jsou vezeni přímo do liberecké nemocnice, zatímco méně závažné případy zůstávají ve Frýdlantu. Tento druh spolupráce je důsledkem vyjednávání mezi Nemocnicí Frýdlant, Krajskou nemocnicí Liberec a vedením města Frýdlant. Na základě debaty se vytvořila smlouva o kooperaci, která stanovuje, jaké případy budou kam vezeny. *„Dne 9. března 2018 byla podepsána smlouva mezi frýdlantskou nemocnicí a Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje. Na jejím základě jsou stanovena pravidla pro přijímání pacientů frýdlantskou nemocnicí od posádek ZZS LK.*

Dohoda obsahuje výčet diagnóz, s jakými mohou do frýdlantské nemocnice vozit posádky pacienty k zajištění nutné (tzn. nepřetržité zdravotní) péče pouze na ohlášení operačního střediska, s jakými je nutné se obracet na jiná zdravotnická zařízení a ty, jejichž přijetí je nutné předem konzultovat (oficiální stránky Libereckého kraje).“ Podle oficiálního webu města Frýdlant se po třech měsících fungování této smlouvy ukazuje, že dohoda je funkční a její platnost byla prodloužena.

Časová dostupnost - úskalí pohledem místních

Hledisko času je mezi obyvateli výběžku dáváno často do souvislosti s dobou čekání na vyšetření u některých ambulantních specialistů. Dostupnost ambulantních specialistů však legislativa neupravuje (může být upravena ve smlouvě s pojišťovnami, není však v praxi často uplatňována). V regionu tak proto dochází k situaci, že ambulance některých specialistů splňují dostupnost z hlediska nařízení o dostupnosti péče (tzn. dobu, do které je nutné se k danému specialistovi dostat automobilem, u sledovaných ambulantních specialistů se musí jednat o dobu dostupnosti do 45 minut, což ve většině případů odpovídá dostupnosti Liberce), pro lidi jsou však služby nedostupné proto, že na ně musí čekat i několik měsíců.

Finanční dostupnost

„Z hlediska míry exekucí je ORP Frýdlant 12. nejpostiženější oblastí v ČR s podílem 18 % osob v exekuci. Nalézá se zde jedno z nejzadluženějších měst v republice, Nové Město pod Smrkem, s podílem osob v exekuci necelých 35 procent (Sociologický průzkum 2018).“

Finanční dimenze dostupnosti posuzuje to, zda je v možnostech pacienta hradit potřebnou zdravotní péči. Na Frýdlantsku se k nutnosti hradit si zdravotní péči a to, co s ní běžně souvisí (např. poplatek za pohotovost, doplatky za léky aj.), připojují náklady za cestování. To se neprojevuje pouze při cestě za ambulantními specialisty, ale i za lékaři péče primární, která se tímto lidem prodražuje.

Jako větší zátěž to vnímají rodiny s dětmi ze sociálně vyloučených lokalit sledovaných obcí/měst a senioři (kteří ještě nemohou uplatňovat slevy na jízdném). Nejnáročnější se cesta stává pro rodiny s více dětmi, které si rodiče na vyšetření berou s sebou a jsou již ve věku, kdy za ně rodiče jízdné musí platit. *„Tady v okolí už nás žádná zubařka nepřijala. Do Liberce bych musela jet vlakem přímo do Liberce, to je skoro hodina a půl a stojí to 44 korun, 44 zpátky, 20 korun tramvaj. A pro tu vnučku by to bylo to samý, takže to jsem celkem 400 korun, tak nevím, co bude dělat sama, protože jediného zubaře jsme našli v Liberci u zoologické zahrady a tam to stojí tolik, ale je to půl roku, co jsme tam volali, ale ještě tam s ní dcera nejela. Ty zuby po té operaci se jí zase začaly kazit a jsou to už druhý zuby, tak to už není žádná sranda... Takže teda opravdu, když vás chytanou zuby, tak musíte jet do Liberce, pokud Vás nevezme doktor tady na pohotovost a to se vám pěkně prodraží. V bolestech pak utíkat na vlak nebo sehnat auto, aby vás někdo odvez za 500 korun do Liberce, ale tam pak musíte čekat, protože je tam hodně lidí. Lidi vědí, že to potřebujete a že tam na vás budou čekat, tak je to za 500. Ale záleží, jestli natrefíte na někoho, kdo má tu ochotu vás tam za tu pětistovku vezme (Starší žena, Nové Město pod Smrkem).“*

Náklady na dopravu a čas strávený dopravou, případně čekáním u lékaře, jsou jednou z příčin

odkládání zdravotní péče. Proto podle názoru lékařů může docházet k častějšímu využívání pohotovostních služeb či komplikaci některých původně banálních výkonů (zejména např. ve stomatologii). Péče se pak tímto může v důsledku prodražovat (jak pacientům, tak z hlediska státu). Přesto se však zdá, že v situaci akutních potíží vždy rodina najde finance na potřebnou dopravu za lékařem (respektive nebyl ve sledovaných lokalitách zaznamenán opak) nebo na zaplacení pohotovosti: „Zubař, to je problém. To jsem hledala dětského i zubaře pro sebe a nemohla jsem najít. To jsem všem volala a řekli mi, že je plno, tak ten zubař v Černousích mi pak řekl, že nás ošetří, ale jenom akutně. Protože jinak jsme nesehnali, ale musím tam zaplatit 100, jako že to je pohotovost (Matka na rodičovské, Višňová).“

Za pomyslný „bod obratu“, tedy bod, když už se lidí rozhodnou jet za lékařem bez ohledu na finanční nebo časovou náročnost, lze na základě výpovědí aktérů považovat zejména: bolest a akutnost obtíží, která je často doprovázena strachem o zdraví. Akutní bolest nebo subjektivně prožívaná nepříjemnost daného stavu je tím, co lidi za lékařem vždy nějakým způsobem dostane (někdy i za cenu volání RZS). To dokládá např. tato citace: „Lidi jdou až na poslední chvíli za doktorem, až jim je úplně zle, to člověk dlouho přenáší v sobě tady toleto. Za jedno nemáte peníze, za druhý nemáte chuť tam strávit celý den, v tom Liberci. Tam čekáte tři hodiny, pak zase někde čekáte a je vymalováno. A poslední vlak z Liberce do Nového města nám jede v šest hodin večer a to je poslední. A pak už se nedostanete. Na tu pohotovost dětskou do Liberce se třeba taky v noci nedostanete, to už se musí autem nebo jediné když už jsou vysoký horečky, tak zavolat sanitku. Ale opravdu musí být vysoký teploty, že jsou ty děti ohrožený životem (Matka, Nové Město pod Smrkem).“

Lékaři také upozorňovali, že někteří rodiče nemají finanční prostředky na to dojet si např. na rentgen do Frýdlantu nebo za dalším potřebným vyšetřením do Liberce. Problémem je často pro obyvatele (zejména sociálně vyloučených lokalit) si vyzvednout předepsané léky z lékárny s doplatkem.

Personální zabezpečení

Většina respondentů z řad lékařů a institucionálních aktérů na Frýdlantsku se zamýšlela nad tím, kudy by měla vést hranice – hranice mezi komfortem občanů a finančními výdaji státu za poskytovanou zdravotní péči. Kde končí hranice problematiky celostátního – nedostatek lékařů – a v čem spočívají problémy lokálního charakteru, které je možné změnit bez ohledu na problémy celostátní. Většina z respondentů se shodovala na tom, že situace v některých odbornostech začíná být (resp. již nějakou dobu je) kritická a je nutné ji řešit dříve, než se stane neúnosnou. Níže se podíváme na to, u jakých specializací se situace jeví jako nejrizikovější z hlediska personálního zabezpečení.

Z rozhovorů je patrné, že všechny výše zmíněné dimenze, které respondenti v průběhu rozhovorů zmiňovali, spolu souvisejí. Pokud by v daném regionu byla hustší síť lékařů, nebylo by nutné strávit cestou za primární péčí někdy až polovinu dne. Rodiče by si pak při cestě za lékařem s sebou nemuseli brát všechny děti, nejenom to nemocné. To je často nutné proto, že cesta k lékaři a zpět zabere tolik času, že se zpět do domovské obce vrací až po zavírací době školky (přesto, že za lékařem vyjíždí v časných ranních hodinách). Případně z toho

důvodu, že děti nemá kdo jiný hlídat. Cestování s dětmi nebo cestování do vzdálenějších lokalit péči prodražuje. Hustší síť lékařů (s promyšlenou geografickou distribucí) by snížila finanční i časové nároky na dojíždění za lékařskou péčí a snížila by se tak subjektivně vnímaná nedostupnost lékařské péče ve většině lokalit výběžku. Hustší síť některých ambulantních specialistů by pak snížila nyní velmi dlouhé čekací doby u některých ambulantních specialistů. Otázku po hranicích mezi komfortem občanů a nezbytnou péčí by měla napomoci zodpovědět platná legislativa a zdravotní pojišťovny by ji měly garantovat všem plátcům zdravotního pojištění, bez ohledu na to, v jakém regionu se daný občan nebo občanka nachází. Legislativa ale již např. nezohledňuje časovou dostupnost ambulantních specialistů – tedy maximální čekací dobu na vyšetření u ambulantních specialistů/specialistek. Ti jsou ve Frýdlantu proto často dostupní do 45 minut, což stanovuje Nařízení vlády, ale počkat si na vyšetření bývá nutné i několik měsíců.

Nařízení vlády a poskytovatelé primární péče na Frýdlantsku

Praktický lékař pro děti a dorost

Nové Město pod Smrkem má svého pediatra, který je důchodového věku. Ve Frýdlantu je možné najít jednu pediatričku. V Bulovce ani ve Višňové pediatri neordinují, situace je stejná ve všech dalších obcích výběžku kromě Hejnic, kde ordinuje třetí pediatr takéž důchodového věku. Žádný lékař zde není v předatestační přípravě a stávající lékaři nemají na vzdělávání další generace časovou kapacitu. Dle Nařízení vlády musí být doba dojezdnosti za pediatrem 35 minut. Vzhledem k situaci je možné konstatovat, že všechny obce, které mají dobu dojezdnosti do Liberce delší než 35 minut, mohou podat podnět na VZP se žádostí o zajištění tohoto druhu služby, jelikož Liberec je aktuálně jedinou možností, kde najít dětského lékaře pro nově příchozí.

I rodiny, které pediatra mají, se však často ocitají v komplikované situaci. Nové Město pod Smrkem, kam mnozí musí dojíždět, je dopravně obtížně dostupné a z některých lokalit musí matky s dětmi za lékařem cestovat MHD i více než dvě hodiny. Dle toho, kde rozhovor probíhal, byly zaznamenány různě dlouhé cesty za pediatrem. Nejkritičtěji se k situaci vyjadřovali občané Bulovky, což lze doložit následující citací, která popisuje potřebnou časovou dotaci ženy cestující za svým praktikem z Bulovky do Nového Města pod Smrkem: *„V devět hodin vycházím z domu, 9.24 mi jede autobus, ve Frýdlantu jsem zhruba v 9.40 a tam čekám do 11.10 minut na přestup, pak vlastně v 11.30 jsme u pana doktora a pak čekám do 13.00 na vlak zpátky do Frýdlantu a ve Frýdlantu čekám do 14.16 na autobus sem a tady jsem někdy ve 14.30 a pak musím ještě pěšky domů kilometr a půl. Mám 3 děti, 6, 3 roky a půlroční dítě, za doktorem je většinou беру sebou všechny, protože riskuji to, že bych se vrátila až po zavírací hodině školky (Občanka, Bulovka).“*

Jak bylo již zmíněno, pediatri na Frýdlantsku již další pacienty nepřijímají, výjimku však dělají pro novorozence narozené přímo v dané lokalitě (oficiální stanovisko pro pojišťovnu je však plná kapacita). Nově příchozí rodiny s dětmi musí tedy hledat pediatri v Liberci, bez ohledu na to, jak dlouhou nebo komplikovanou cestu k nim musí vážít, či zda na tuto cestu mají v rodinném rozpočtu peníze. Situace je již nyní kritická a vzhledem k důchodovému věku dvou ze tří pediatriů není důvod předpokládat, že se zlepší.

Stávající pediatři ve výběžku se snaží situaci zachraňovat na úkor svého osobního volna. Pediatři se snaží dělat výjimky, ale také to již přestává být možné: „Na mě to má dopad takový, že jsem zavalená pacientama, papírama a nestíhám. Sama vidíte, jak to vypadá... Jsem měla končit ve 12, všechny papíry dělám po ordináčnících hodinách a o víkendech a jen hasím to, co už hoří. Pojišťovna toleruje, že mnohonásobně překračuji stav pacientů v kartotéce, takže si nemyslím, že by byl problém, aby pojišťovna vydala novou smlouvu. Za překročení počtu pacientů pojišťovna sankcionuje, krátí na platbách, ale co se týče mě, tak to tiše přehlídí, protože já, kdybych začala omezovat kapacitu, tak by to mělo dopad na lidi. Já mám aktuálně téměř dvojnásobek počtu pacientů než je normální na obvodě. Já se bojím toho, že bych onemocněla, protože to opravdu pak nevím, co by se dělo (Dětská lékařka).“

Dětské lékaři reflektují obtíže, se kterými se lidé v menších obcích musí potýkat z hlediska dostupnosti zdravotní péče. „Řada lidí k nám má strašně daleko a ty lidi mají hluboko do kapsy, takže vy jim předepíšete recept nebo je požádáte, aby si zajeli do Frýdlantu na rentgen, a oni vám řeknou, že nemají na autobus třeba. Nemají na léky si vyzvednout, tak to tady funguje, a když jedou třeba z Černousova do Nového Města pod Smrkem, tak pro ně je to víc než půldenní záležitost. Ono to na km není tak moc, ono je to nějakých 20 km, ale pokud máte roční dítě v horečkách s kočárkem... Ty lidi jsou chudáci. Jak můžeme, tak tam jedeme na návštěvu, ale ne vždy se to tak daří. Včera jsem ordinoval do 18, protáhlo se to do 19, pak jsem vyjížděl ještě na návštěvy, takže jsem na návštěvách byl kolem 20. hodiny a dýl (Dětský lékař).“

Situace v oblasti kapacit pediatrie se zhoršila k 31. 12. 2017, kdy ordinaci z důvodu odchodu do starobního důchodu zavřela jedna z lékařek pro děti a dorost. Město poptávalo pediatra, ale nikdo se na vypsanou pozici nepřihlásil. K červnu 2018 bylo na podnět VZP vypsáno výběrové řízení na tuto pozici (viz níže). „Teď jsme řešili, jak sem dostat pediatra. Město nabídlo byt, nabídlo ordinaci, ale byla vize, že do 3 měsíců by to tak bylo, ale každopádně se nikdo nepřihlásil, nikdo se o to nezajímal a podobná situace podle mě nastává i v Liberci a ty mladí sem moc nechtějí (Zastupitel, Frýdlant).“

Jedna z respondentek, matka z obce Višňová, měla nedávnou zkušenost s dostupností pediatra v akutním případě, kdy dceři nebylo dobře: „Před 3 týdny měla holka 40 horečky a zvracela krev a to bylo v sobotu a museli jsme vyčkat a jeli jsme k doktorce dětské v pondělí do Liberce. Dětskou ve Frýdlantě jsme nenašli, ta nás nevzala, tak jezdíme do Liberce a tam zjistili, že má angínu. Já mám 3 děcka, když jedu s třema do Liberce, tak to je pálnka, jenom za vlaky já dám 200 tam a 200 zpátky + tramvaj 80 tam a 80 zpátky. To potřebujete vzít 1000 korun s sebou, když jedete k lékaři. To není levný, a když pak ještě zaplatíte 200 korun za antibiotika... Sanitku jsem jí nechtěla volat, to oni nechcú vozit lidi jen tak (Matka, Višňová).“

V jedné ze sledovaných lokalit zaznamenali tento písemný podnět ze strany občanky, která nemohla najít dětské lékaře, pro svého syna:

„Dobrý den, pane starosto,
dnes jsem sháněla nového dětského lékaře pro syna (9 let). Stav lékařů ve Frýdlantu je kritický. Mám se prý obrátit na příslušný úřad, zda by v této situaci měl nějaké řešení. MUDr.

*Dětská nepřijímá, mají nadstav. MUDr. Druhá z Hejnic nepřijímá, pouze přednostně z okolí Hejnic, MUDr. Dětský z Nového Města p. S. má stop stav. Mohl by úřad v této situaci nějak pomoci rodinám s dětmi z xxx a okolí?
Děkuji a s pozdravem...“*

Odpověď starosty byla empatická, nepopisovala však zcela jasně to, jak by občanka měla v dané situaci postupovat. Občanka tedy od starosty nedostala jasné instrukce k tomu, aby odeslala písemný podnět na příslušnou pojišťovnu. Nejedná se o podnět ojedinělý. Starostka vedlejší obce také popisovala situace, kdy se na ni často obrací lidé marně hledající lékaře. Důležité je, aby obce věděly, jak na takovéto podněty ideálně reagovat. Podnět k pojišťovně, dokonce i opakované podněty v případě neúspěchu prvního se zdají být aktuálně jedinou cestou, která může situaci změnit v dohledné době.

Ambulance praktických lékařů

Dle Nařízení vlády musí být praktický lékař dostupný do 35 minut podle právního výkladu, tedy automobilem. Ve sledovaných lokalitách, tedy Frýdlantu, Bulovce, Višňové i Novém Městě pod Smrkem, je legislativa z tohoto pohledu naplňována. V Bulovce, Višňové (i v další obci Černousy) působí jedna lékařka důchodového věku (ročník 1949). V Novém městě pod Smrkem se jedná o lékaře (ročník 1947). Ve Frýdlantu je praktických lékařů několik a vzhledem k tomu, že jednu lékařku v posledních měsících město získalo, zdá se situace v tomto ohledu uspokojivá. Dostupnost 35 minut do Frýdlantu zabezpečuje dodržování Nařízení vlády i v případě odchodu do penze některých lokálních lékařů v okrajových oblastech. To však platí pouze za předpokladu, že stávající praktičtí lékaři ve Frýdlantu budou nové pacienty stále přijímat (což u pediatrie a stomatologie neplatí již k dnešnímu datu, viz níže).

Podle všech respondentů není však v regionu praktických lékařů tolik, kolik jich bylo v minulosti. Důsledkem je nutnost většího dojíždění za praktickými lékaři. Vzhledem k dopravní situaci se opět jedná o komplikaci, která cestu za lékařem prodlužuje a prodražuje. Přesto všichni z těch, se kterými jsme mluvili, praktického lékaře měli.

Tématem je pro mnohé obyvatele fakt, že lékaři jsou v menších obcích přítomni pouze část týdne. Problematické je to v případě akutních obtíží. Například v Arnolticích (část Bulovky) je praktická lékařka přítomna v úterý a ve čtvrtek. Pokud tedy člověk onemocní ve čtvrtek po ordinálních hodinách, musí se vydat na nejbližší pohotovost. *„Dřív jsme měli ordinaci jak v Bulovce, tak v Arnolticích, teď je ordinace pouze v Arnolticích, protože paní doktorka už neměla kapacitu tam dojíždět do obou vesnic, takže ona je v úterý a ve čtvrtek. Má ordinaci v Arnolticích a to jsme na tom ještě dobře, bych řekla. Paní doktorce jsme ordinaci museli postavit, ona si ji vybavila, platí symbolický nájem 500/měsíc (Politická představitelka obce Bulovka).“* Z výše uvedené citace je patrné, jak důležitou roli v příchodu nových lékařů do lokalit hraje správa obce/města. Zde místní starostka popisuje vstřícné kroky, které udělala pro to, aby lékařku do lokality přilákala/udržela. Z rozhovorů s politickými zástupci a zástupkyněmi místních obcí/měst bylo patrné, že obdobně jsou ochotni postupovat všichni. V rozhovorech s praktickými lékaři a lékařkami zaznívala ochota ke kooperaci. Vnímají, že je situace v pediatrii kritičtější. Proto se praktičtí lékaři pro dospělé, např. ve Frýdlantu, rozhodli přijímat do svých ordinací dorostence od patnácti let věku (aby ulevili přetíženým ordinacím lékařů dětských).

Zubní ambulance

Zubní ambulanci najdeme v Novém Městě (lékař ročník 1948) a Frýdlantu (ročník 1975). V Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb nalezneme ve Frýdlantu šest působících stomatologů, situace se však změnila a podle stomatoložky je aktivně působících stomatologů na celém Frýdlantsku pouze 2,5 úvazku. I zde platí, že legislativně přípustná dojezdnost je 35 minut. V oblasti stomatologie je počet odmítnutých pacientů denně okolo 5–10 lidí, což je číslo vycházející pouze z údajů jedné z ordinací.

Na základě rozhovorů s respondenty z řad lékařů i občanů se situace jeví jako nejkomplikovanější právě v oblasti stomatologie a pediatrie (z hlediska primární péče). Aktuálně nikdo ze stomatologů v regionu nepřibírá další pacienty a mnoho respondentů

nebylo registrováno u žádného stomatologa. Jedna z respondentek z Nového Města pod Smrkem měla nedávnou zkušenost s hledáním stomatologa i pediatra: „*To jsem v tu dobu hledala i zubaře a toho jsem taky všude hledala. Volala jsme do Černous, do Liberce jsem taky volala a pak jsem šla na pojišťovnu a tam mi dali papír a tam byly telefonní čísla na zubaře a dětské lékaře, ale zubaře jsem i tak nenašla, protože mají plno. Potom jsem našla jednoho soukromníka, ale ten chtěl hodně za registraci, která se platila okolo 1500, a to na to jsem zase neměla peníze. V Liberci jsem taky zkoušela volat a tam jsem taky nikoho nenašla. A já taky nemám zubaře, takže když je něco, tak musíme na zubní pohotovost, když už je něco a tam nás pak vezmou, když to je akutní, ale za to pak musíte taky platit tu stovku.*“ Zubní ambulance, kde byl onen registrační poplatek, na který rodina neměla finance, byla až v Liberci, což by celou péči dále prodražovalo. To si tato matka nemohla finančně dovolit. Výsledkem je, že ona ani děti zubního lékaře v regionu nemají, akutní stav jedné z dcer byl ošetřen na zubní pohotovosti.

Jedna z mála stomatoložek v regionu popsala situaci takto: „*Mělo by tady být minimálně 6–8 úvazků na Frýdlantsko a teď jsme dva – já mám jeden úvazek a druhá paní doktorka nahoře má půl úvazku s druhou paní doktorkou, to je tady všechno. Ve městě, které má 8000 obyvatel. Pak tady máte spádovou oblast Černousy, to je další pan doktor. Pak máte Hejnice, to je taky město, ale je bez zubaře úplně. Nové Město, tam je paní doktorka, která je už dva roky v důchodu a pracuje už spíš jen pohotovostně pro některé pacienty, dělá bez sestřičky, bez ničeho, spíš maximálně tu první pomoc svým lidem. Pak máme pana doktora v Raspenavě, ten má taky přes 60, to jsou všechno důchodoví, kteří pracují jen tak, aby tam něco jelo nějakou dobu a to je vše pro celý náš výběžek, dva a půl pracovního úvazku... Já jsem pod sebe vzala ještě Bulovku, Arnoltice, Habartice a (??) a to jsou veliké vesnice. Pro pojišťovnu další pacienty nepřibírám, ale nově narozené děti a invalidní beru. To jsou lidi, kteří nejsou schopni dojet do Liberce, a já mám bezbariérovou ordinaci. Další už nejsem schopna pobrat, jako vezmu první pomoc, bolestivé stavy, ale mám jen dvě ruce. Nikdo ze zubařů na Frýdlantsku už nové pacienty nepřibírá. ... Například pan starosta z Hejnic shání přes Fb, sociální sítě, spousta inzerátů, snaží se někoho sehnat. Já jsem dokonce byla i na stomatologické komoře, kde jsme říkali, že máme novou ordinaci v Hejnicích, že je vše vybavený, ale mladí lidi tam nechtějí jít. Tady se musí pracovat, fakt makat. Já mám tak 20–35 pacientů za den, 3500 v kartotéce, mělo by být tak 1500 lidí, aby se zubař uživil. Každý den mám 5–10 žádostí o přibrání do péče, lidi jsou opravdu nešťastní, shání, volají, ale neseženou... (Stomatoložka, Frýdlantsko).“*

Z této citace je patrná snaha měst o získání stomatologů různými cestami. Na stránkách VZP jsem však aktuální výzvu pro oblast stomatologie pro Frýdlantsko nenašla. Na sociálních sítích např. obce Hejnice výzvu najdeme. Mnohé rozhovory s respondenty dokládají ochotu lékařů pracovat nad rámec nutného a přijímat některé pacienty – imobilní (s omezenou schopností pohybu, a tedy i dojezdu) nebo nově narozené i přes plnou kapacitu.

Jelikož stomatologové chybí na mnoha místech ČR, vyhlásila VZP v roce 2018 dotační program, který má pomoci tento deficit řešit: „Ministerstvo zdravotnictví připravilo dotační program pro zubní lékaře s cílem zajistit rovnoměrné rozmístění stomatologické péče ve všech regionech České republiky. Od května letošního roku mohou stomatologové žádat o příspěvek na zařízení ordinace až do výše 1,2 milionu Kč. Cílem programu je motivovat zubní lékaře ke zřízení praxí i v méně atraktivních oblastech tak, aby byla zajištěna dostupnost

stomatologické péče rovnoměrně ve všech regionech a pacienti nemuseli daleko dojíždět. Dotace pomůže zubařům pokrýt vysoké počáteční výdaje spojené se zařízením ordinace, například na nákup křesla, rentgenu atd., které je mohou odrazovat od zřízení praxe v těchto oblastech,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Pro přesné zacílení této podpory tam, kde je skutečně potřeba, byla ministrem zdravotnictví zřízena Komise pro dostupnost stomatologické péče v ČR, jejímž úkolem je vytipovat oblasti s omezenou dostupností stomatologické péče. Komise je složena ze zástupců zdravotních pojišťoven, České stomatologické komory a Ministerstva zdravotnictví. Na prvním jednání na začátku dubna komise definuje konkrétní obce, kam bude dotace směřována. Pro tyto účely ministerstvo zřídilo e-mailovou adresu dent@mzcr.cz, na kterou mohou pacienti zasílat své podněty a tipy na oblasti, kde není dostatečně zajištěna stomatologická péče, a komise se jimi bude zabývat (Tisková zpráva, oficiální web VZP).“

Gynekologie

Gynekologické oddělení funguje v nemocnici ve Frýdlantu. Zde je nejenom gynekologická ambulance, ale i pohotovost pro ošetření akutních stavů. Na nedostupnost gynekologů si během výzkumu proto nikdo nestěžoval, přestože na ni byly respondentky explicitně dotazovány. Možnou příčinou spokojenosti v tomto ohledu může být právě ono fungující oddělení v nemocnici Frýdlant, případně ten fakt, že ambulance gynekologa není většinou žen vyhledávána mnohokrát za rok.

Z řad respondentů v souvislosti s gynekologií zaznívalo, že ve Frýdlantu bývala dříve porodnice, ale aktuálně musí ženy jezdit do Liberce. Ukončení provozu porodnice bylo vnímáno mnoha respondenty jako jakýsi pomyslný mezník, od kterého se dostupnost zdravotní péče ve výběžku začíná redukovat. Tento mezník byl zapamatovatelný proto, že je označován jako jeden z mála případů, kdy tamní obyvatelé vyšli do ulic demonstrovat proti zavření porodnice. Přes protesty však bylo oddělení v roce 2008 uzavřeno.

Využívání záchranné služby

Z výše popsané sítě zdravotních služeb primární péče a dostupnosti dalších ambulantních lékařů je patrné, že ne vždy je reálné vyhledat lékařskou službu ve stanovenou otevírací dobu nebo se za lékařem bez problémů přepravit.

Mnozí respondenti z řad institucionálních aktérů při rozhovoru nad dostupností zdravotní péče upozorňovali na téma „zneužívání záchranné služby“. Tímto termínem mysleli situaci, kdy si lidé volají ZZS v případech, které nejsou nezbytně nutné, nebo tehdy, kdy je pro ně náročné dopravit se za lékařem pomocí veřejné autobusové nebo železniční dopravy. Tedy situaci, kdy záchrannou službu využijí spíše jako dopravní prostředek.

Mezi obyvateli obcí Frýdlantska jsme situaci takto popisovanou nezaznamenali. Někteří respondenti popisovali naopak situace, kdy místo volání ZZS vyhledali i přes zdravotní nepohodlí cestu hromadnou dopravou. Dokládá to např. následující citace muže z Višňové: „*Já jsem měl výron kotníku, tak jsem šel za paní doktorkou, ta mě poslala na rentgen na chirurgii do Frýdlantu, tak jsem tam jel vlakem, protože jsem si nechtěl volat záchranku, že by se třeba někomu stalo něco jiného, kdo by tu záchranku potřeboval víc. Projedete 50 korun tam a zpátky a ta nemocnice je dost daleko, to musíte pak ještě od nádraží přes celé město,*

ale nějak jsem to zvládl (Višňová, mladý občan).“ Více respondentů vyjadřovalo obavu, že by bylo nutné výjezd záchranné služby hradit v případě, že by pracovníci ZZS dospěli k závěru, že se nejedná o akutní případ. (V době, kdy probíhal výzkum, téma rezonovalo médii).

Občané sledovaných obcí a měst často zmiňovali, že pro celý region jsou k dispozici pouze dvě sanitky (Sanitka, Frýdlant 2016) parkující v areálu nemocnice, což některé občany znejišťuje (zdá se jim to málo, obávají se situace, že by se v jeden moment stalo něco více lidem) nebo to dávají do souvislosti s tím, proč dávají přednost přepravě hromadnou dopravou než volání ZZS.

Dostupnost ambulantních specialistů v regionu

Ambulantní specialisté a čekací doby

V této části se bude výzkum zabývat ambulantními specialisty, jejichž nedostatek nebo dlouhé čekací lhůty na vyšetření byly respondenty zmiňovány. Ve výpovědích institucionálních aktérů a řadových občanů nebyly v těchto aspektech zaznamenány velké rozdíly – shodně popisovali oba tyto problémy. Zmiňován tedy nebyl úplný nedostatek nebo chybění některého z ambulantních specialistů, ale za problematické byly označovány zejména:

- dlouhé čekací doby (nejčastěji zmiňováno oční, kožní, endokrinologie, fyzioterapie, neurologie). Někteří respondenti z řad lékařů popisovali až tři měsíce dlouhé čekací lhůty. *„Pak jsou nadstavbový obory, s kterými máme potíže a to jsou oční, neurologie, rehabilitace – to je dramatická situace a to nemluví o tom, že ortopedie a ORL funguje docela dobře, ale zítra to může být jinak (Lékař, poukazující na časté odchody lékařů z nemocnice a na jejich vysoký věk).“*
- důchodový věk některých specialistů, na který upozorňovali zejména lékaři a další institucionální aktéři. *„Ty odborné ambulance by bylo dobré, aby tady byly, interní a kardiologická ambulance asi nastane problém, problém nastane s diabetologickou ambulancí, protože kolegyně, která tady dělá, v krátké době odejde do důchodu. Určitě je problém s endokrinologií, to je na celém Liberecku. No a rehabilitace to je fakt krize – problém je i ten lékař co indikuje rehabilitaci, máme tady jednoho, teď byl rok v nemoci a nyní se vrátil na zkrácený úvazek, ale zase to může být taky za půl roku jinak. Oční taky moc nefunguje (ve smyslu dlouhých čekacích lhůt, Lékař).“*

Nařízení vlády stanovuje dojezdové lhůty u ambulantních specialistů. V regionu však nebyly nejčastěji v tomto ohledu skloňovány dojezdové doby u ambulantních specialistů, ale dlouhé čekací lhůty na ošetření a nedostatek personálu v některých oborech. Nejvíce byly respondenty zmiňovány dlouhé čekací lhůty v oblasti rehabilitačního lékařství, na což upozorňovali shodně všichni dotazovaní lékaři. Přestože se rehabilitačních lékařů regionu nedostává, byla zaznamenána neúspěšná snaha o získání smlouvy s pojišťovnou: *„Manžel již několik let zkouší rozjet fyzioterapii ve Frýdlantu. Nejdřív vedl RHB jako živnost, usiloval o zařazení do nestátního zdravotnického zařízení, což se mu po nějaké době a změně ordinace povedlo, přihlásil se do výběrového řízení, ve kterém byl komisí doporučen (vč. VZP) ale nakonec mu žádost stejně zamítli z důvodu ‚dostatečného pokrytí‘. Ve Frýdlantu jsou (na*

pojišťovnu) toho času 2 fyzioterapeutky na plný úvazek a 2 brigádníci (důchodci) na zimní měsíce + 3 terapeutky na rodičovské dovolené, smlouvy s pojišťovnou má ve Frýdlantském výběžku pouze nemocnice Frýdlant (EUC), kde jsem před mateřskou působila i já a moje dvě kolegyně, ale já a kolegyně jsme tento měsíc nastoupily znovu rodičovskou L. P. na 3 roky já na 4 roky... Dvě stálé terapeutky mají v nemocnici pokrýt primárně oddělení a na ambulanci mají minimum času – což v praxi znamená, že berou pouze akutní případy/úrazy a to jen na zácvik 1–3 lekce, přičemž předpis bývá u úrazu i na 20 lekcí. Důchodci v létě chtějí věnovat čas zahradě a vnoučatům, alespoň to tak bylo, když jsem před 2,5 lety odcházela na mateřskou s prvním dítětem. Jediná možnost rehabilitace je tedy pro místní dojíždět do Liberce (což je dle vyjádření VZP dojezdová doba v normě do 45 min.) (Fyzioterapeutka, Frýdlant).“ Tato slova upozorňují na důležitou mezeru v legislativě, která zohledňuje dobu dojezdnosti, nikoliv však personální dostupnost a kapacitu daného lékaře.

Z důvodu naplněnosti kapacit některých ambulantních specialistů se komplikuje péče o pacienty primární péče. Lékaři primární péče potřebují např. pacienta rychle vyšetřit, ale musí někdy i tři měsíce čekat na požadovaný výsledek konzultace s ambulantním specialistou. Např. v rehabilitaci novorozenců, kdy je vhodné začít rehabilitovat okamžitě, může být situace dlouhého čekání na úkor vývoje daného dítěte. Nejedná se o hypotetickou situaci, ale o fakt, který popisovali oba dětské lékaři, respondenti výzkumu.

Ambulantní specialisté, pohotovost a situace v nemocnici

Problematika ambulantních specialistů se často diskutuje s ohledem na fungování nemocnice, jelikož právě v ní mnoho z nich sídlí. Další fungování nemocnice je pro obyvatele i zástupce institucí velkým tématem. Aktérům ve výběžku není jasné, jakým způsobem bude nemocnice dál fungovat, a pojí se s tím obavy. Situace je komplikovaná jak z hlediska majetkoprávního (pozemky nemocnice jsou v majetku města, zatímco nemocnice je soukromým objektem), tak politického (zdraví jako veřejné-politické téma), proto se budeme nemocnicí zabývat pouze do té míry, abychom objasnili, jak je provázána s tím, co je jádrem výzkumu – tedy s dostupností specialistů z řad primární péče a nejčastěji vyhledávaných ambulantních specialistů.

Kromě pohotovosti byla v souvislosti s nemocnicí respondenty zmiňována problematika fungování interní a kardiologické ambulance (možnost snižování poskytovaných služeb, odchod lékařů do důchodu a další nejasnosti) a obecně úbytek personálu, o nichž lidé spekulují. Problém vidí lékaři a další institucionální aktéři hlavně v tom, že od doby převzetí nemocnice společností EUC z ní odešlo 18 lékařů (Frýdlant, oficiální web) a není zcela jasné, zda bude tento trend dále pokračovat. Jasné je pouze to, že pokud pokračovat bude, musela by se zavírat další oddělení a ambulance.

Změny v nemocnici probíhají poměrně dynamicky. Zatímco na začátku výzkumu např. v nemocnici nepůsobil neurolog, v jeho závěru se nemocnici podařilo ke spolupráci jednoho neurologa získat. Chybějící neurolog byl pracovníky primární péče často zmiňovaným problémem, ale ten, zdá se, byl na základě úsilí ze strany nemocnice vyřešen.

Velké obavy vzbudila možnost uzavření či výrazného omezení pracovních hodin pohotovosti. Zatímco zrušení pohotovosti v nemocnici bylo ústředním tématem pro většinu respondentů v případě první návštěvy regionu, ve druhém kole probíhajících rozhovorů byla již situace opět stabilizovaná a s výsledkem město seznámilo občany prostřednictvím svých webových stránek: „*Lékařská pohotovost zůstane na Frýdlantsku i nadále. Od 1. července 2018 ji budou definitivně zajišťovat praktičtí lékaři a specialisté z Frýdlantska a lékaři Krajské nemocnice Liberec. Ta bude pohotovost také provozovat pod svou hlavičkou. Tyto informace přineslo další jednání komise Rady města Frýdlantu pro řešení zdravotní obslužnosti ORP III. Frýdlant, které se v úterý 12. června 2018 uskutečnilo v sídle Libereckého kraje v Liberci.*“ Pohotovost tedy ve Frýdlantu i nadále funguje, nesídlí však již v budově nemocnice.

Vzhledem k nutnosti vyjednávat s vedením nemocnice, krajem i zástupci VZP o dalším směřování nemocnice, iniciovali zastupitelé města Frýdlant vznik komise pro oblast zdraví. Komise Rady města Frýdlant pro řešení zdravotní obslužnosti ORP III Frýdlant má definovat rozsah a podmínky poskytování zdravotní a lékařské péče na území Frýdlantska. Rozsah péče, který se snaží vydefinovat, má být podkladem pro dodatek k nájemní smlouvě města Frýdlant s Nemocnicí Frýdlant, s. r. o. Vyjednávání se vedle zástupců města, VZP a nemocnice ve Frýdlantu účastní i zástupci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, praktických lékařů Frýdlantska, starostů Frýdlantska, Libereckého kraje a zástupci Krajské nemocnice Liberec (Frýdlant, oficiální web). V době výzkumu komise zasedala čtyřikrát. Přestože odborná komise již dle některých respondentů, členů komise, vydala stanovisko k možným variantám řešení situace v oblasti spolupráce mezi EUC a vedením města, stanovisko není oficiálně k dispozici. Netransparentnost výstupů z komise byla vnímána mnoha aktéry negativně, jako zdroj nejistoty.

Domácí péče a její potenciál pro region

K formám zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění patří domácí zdravotní péče (dále jen DZP), poskytovaná na základě doporučení praktického lékaře. Péči indikuje praktický lékař, na základě jeho indikace zdravotní sestra provádí výkony v domácnosti pacienta. Do domácnosti jezdí většinou jedna, někdy dvě sestry (dle indikace lékaře a dle personálních možností agentury domácí péče).

Zdravotními pojišťovkami jsou hrazeny ty výkony v rámci domácí péče, které byly registrujícím praktickým lékařem indikovány a mají charakter zdravotní péče (například pravidelná injekční léčba, podávání infuzí, odborné ošetřování či rehabilitace, cévkování, odběry krve pro laboratorní vyšetření apod.). Podle VZP ČR bývá domácí péče poskytována zejména klientům odkázaným na ošetřování druhou osobou pro svoji imobilitu, dezorientaci nebo inkontinenci. Forma domácí péče se nabízí i jako jedna z alternativních možností péče o lidi, kteří žijí v hůře dopravně dostupných lokalitách (VZP ČR, webové stránky). Takto definovanými výkony, které lze poskytovat v domácí péči, je např. lokální ošetření ran, léčebná rehabilitace, podávání léků, odběr biologického materiálu, tzv. cévkování, infuzní terapie.

Na Frýdlantsku tuto péči poskytuje Charita Litoměřice, dvě sestry působí také v nemocnici

Frýdlant EUC. *Sestry popisovaly situaci takto: „Zcela zde chybí sestry specialistky na konzultaci např. chronických ran, diabetologická sestra, psychologická, duchovní podpora, stomické sestry atd. Největším problémem je to, že tyto výkony ani nejsou pojišťovnamí zatím nasmlouvané, takže tyto sestry nemohou zatím fungovat vůbec nikde. Nejsou definované ty výkony pro ten terén na ty odbornosti. Přitom by to bylo pro celý stát výhodné + méně stresové pro toho pacienta, stačil by jeden výjezd odborníka. Chybí taky propojení zdravotní a sociální péče... Výhodou je to, že je to z pojištění placené. Domácí zdravotní péče nejde lékařům do nákladů ordinace – lékaři se bojí, že by jim stouply náklady, ale veškerá péče se připočítává na její počet pojištěnců, náklady jsou na ni, ne na lékaře, což mnoho lékařů neví, a proto s námi třeba nespolupracují. Na Frýdlantsku je podle mého názoru spousta pacientů, kteří by si tu péči zasloužili, ale ti lékaři ji nepředepisují! Podle mého názoru jsou zde čtyři lékaři v celém výběžku, kteří naše služby poptávají, zbytek ne, nebo ji poskytnou až po osobní návštěvě sestry... (poskytovatel služby, Frýdlant).“* Z citace je patrné, že výhod domácí péče podle sester ještě není plně využíváno. Deficit vnímají na národní úrovni v tom, že pro některé zákroky, které by bylo možno provádět v domácích podmínkách, nejsou pojišťovnamí definovány výkony (nelze je tedy ani provádět, ani žádat o smlouvy s pojišťovnou v těchto oblastech). Deficit vidí sestry také na lokální úrovni, kdy jejich služby předepisují pouze někteří z lékařů. Tato interpretace legislativy je však pouze jednou z možností. Na základě komunikace s centrální expertkou z ASZ jsme dospěli k závěru, že obsahy výkonu domácí zdravotní péče jsou definovány tak, že v nich je explicitně vymezeno, „ošetření stomii“, ale v obecné části také „sestavení dietního... režimu pacienta“ (domácí péče typ I a II) a v rámci kódu 06321 – Vyšetření stavu klienta sestrou ve vlastním soc. prostředí, je v agregaci výkonů „vyšetření glykemie glukometrem, ... EKG křivky atd. atd.“ (Více zde: <http://www.domaci-pece.eu/obsahy-vykonu/>).

Stávající legislativa tedy odráží komplexnost péče o pacienty v domácím prostředí a všeobecná sestra, nebo ženská sestra, nebo dětská sestra – které DZP vykonávají – nejsou odkázány na přítomnost odborně vyškolených sester na stomii, diabetes atd. Všeobecná sestra není nijak omezená, aby si takové výkony v rámci stávající definice obsahů výkonů vykazala. Lékař je ten, který indikuje časovou dotaci a typ ošetrovací návštěvy (výkony pak vykazuje na základě vlastní návštěvy sestry). Dle této interpretace legislativy by tak nemělo být proti zákonu výše zmíněné zákroky v rámci domácí péče realizovat (pokud k tomu nejsou další překážky, jako je např. malý počet sester, který ale nebyl respondenty zmiňován jako hlavní důvod neposkytování některých výkonů).

Demografická struktura lékařů

Populační vývoj a vzdělávání dalších lékařů

Jedna z mála studií věnující se dostupnosti zdravotní péče v souvislosti s demografickým vývojem situaci popisuje takto: „... samotná analýza dostupnosti a její kvantifikace, která by zahrnovala celou šíři vstupních atributů dostupnosti zdravotní péče, je velice obtížná. Můžeme se setkat např. se studii, které se zabývají analýzou stárnutí věkové struktury lékařů vybraných oborů zdravotní péče a perspektivy budoucího vývoje. (např. Šídlo, 2010a;

Šídlo, 2010b; Dostálová, 2012). Zmínění autoři uvádějí, že nerovnoměrná věková struktura lékařů může být jedním z hlavních atributů, který bude dostupnost zdravotní péče ovlivňovat. V souvislosti s tímto problémem se nejčastěji zmiňuje ohrožení dostupnosti primární zdravotní péče. S ohledem na negativní vývoj demografické struktury praktických lékařů pro děti a dorost, praktických lékařů pro dospělé, ale i zubních lékařů, existuje v příštích letech vysoké riziko zhoršení dostupnosti této péče. (Novák 2015, s. 10).“ Vzhledem k náročnosti výzkumu zde zmíníme pouze základní fakta, která vyplývají z tohoto šetření.

Česká republika se nyní z pohledu demografického vývoje potýká s procesem, který bývá nazýván jako demografické stárnutí. V souvislosti s tímto procesem lze očekávat změny jak poptávky, tak intenzity čerpání zdravotní péče a stejně tak změny na straně těch, kdo péči poskytují. V porovnání s jinými regiony ČR patří Frýdlantsko k regionům tzv. mladým. Přesto i zde můžeme zaznamenat narůstající počet seniorů (Sociologický průzkum 2018).

Při zohlednění věkové struktury lékařů je pravděpodobné, že v budoucnu může dojít k výraznému zhoršení dostupnosti zdravotní péče na Frýdlantsku, pokud nebude situace urgentně řešena. Důvodem této hypotézy je věk většiny poskytovatelů primární péče, z nichž mnozí jsou již nyní důchodového věku. Efekt stárnutí populace je pozorovatelný i u některých ambulantních specialistů a může být určujícím pro dostupnost odpovídající péče v budoucnu.

Není důležité pouze to, kolik lékařů se aktuálně nachází v důchodovém věku, ale i to, zda jsou v regionu vzdělávání další lékaři před atestací. Nedostatek lékařů v předatestační přípravě na Frýdlantsku lze vnímat jako další hrozbu, jelikož může dojít k situaci, že po odchodu daného lékaře do penze ho nebude mít kdo nahradit a zanikne tak nejenom místo daného lékaře, ale automaticky i smlouva s pojišťovnou. Může se najít lékař z jiné lokality, ale přilákat do regionu nové lékaře je obtížnější než se na to vzděláváním mladších lékařů z regionu připravovat. Získání tzv. rezidenčního místa totiž pro absolventy medicíny není úplně jednoduché – jedná se tedy o výraznou motivaci pro mladé lékaře k přesunu do dané lokality. Rezidenční místa jsou dotovaná VZP (Rezidenční místa, web VZP 2018). Problémem je však kapacita lékařů, jelikož péčí o rezidenta stráví stávající lékař určitý čas. „Na vzdělávání dalších nemám čas, mám tak narváno, protože bych to nezvládl, takže jeden čas jsem o tom uvažoval, ale fakt ne. Já už jsem taky dávno důchodce, co já vím, co se mnou bude, to by měl dělat někdo další, ale teoreticky by to šlo. Dokud mi zdraví dovolí, tak budu pracovat, protože jsem si toho vědom, že pravděpodobně se tam po mně nikdo další nepřihlásí (Dětský lékař).“ Přesto by bylo vhodné zvážit možnosti v této oblasti, která se aktuálně jeví v oblasti primární péče jako ne zcela využita.

Vzhledem k nízké nabídce rezidenčních míst však není situace zcela beznadějná a je možné ji měnit. To dokládá mail adresovaný jednomu ze starostů:

„Vážená paní starostko, vážený pane starosto, obracím se na Vás jménem mého přítele, který jako brzy atestovaný praktický lékař pro dospělé hledá vhodnou ordinaci, kde by mohl působit. Rád po někom převezme praxi. Velmi ocením, pokud mi sdělíte, zda ve Vašem obvodu ordinuje praktický lékař pro dospělé, který za sebe hledá náhradu a byl by i ochoten případně ještě nějaký rok nového lékaře vést jako školitel. Pokud ve Vaší obci lékaře hledáte, napište mi, moc prosím, informaci na níže uvedenou e-mailovou adresu (5/2018)“

Mail byl následně přeposlán jedné z lékařek působící v regionu. Vzhledem k tomu, že se však jedná o lékařku velmi vytíženou, je pravděpodobné, že tato příležitost zůstala nevyužita (potvrzeno vyjádřením politického představitele regionu). Mail potvrzuje, že v regionu existují nevyužitá šance, jejichž potenciál by bylo vhodné začít využívat.

Nemocnice jako centrum zdravotní péče regionu

Dostupnost zdravotní péče ve Frýdlantském výběžku není důležitá jenom z důvodu péče o zdraví jeho stávajících obyvatel. Dostupnost zdravotní péče je něčím, co má vliv na to, nakolik je region atraktivní pro nově příchozí rodiny nebo firmy. Lékaři jakožto vzdělaná část populace mohou do lokality přinášet něco, co má sekundární dopad na to, jaké služby se zde budou poptávat, zda bude region pestrý co do profesního zázemí obyvatel nebo na prestiž dané obce.

Respondenti často zmiňovali, že lékaři se v obcích těší úctě. Jsou považováni za někoho, koho si lidé váží a ke komu vzhlíží. Jejich prestiž může být např. motivací ke studiu některým dětem nebo dospívajícím. To platí i pro přítomnost nemocnice. Vedoucí krajského odboru zdravotnictví v jednom z rozhovorů upozorňovala na to, že je třeba uvažovat o nemocnici „... jako o zdroji pracovních příležitostí, o hybateli života v obci.“

Struktura poskytování zdravotní péče je v České republice z mnoha stran dlouhodobě kritizována. Hovoří se o tom, že chybí lůžka následné péče, že je péče o občany drahá nebo jinak deficitní. Reforma zdravotnictví je často skloňovaným politickým tématem. Nemocnice údajně nejsou efektivně využity, jejich provoz je drahý. To vše zmiňovali respondenti výzkumu, kteří se věnují nebo působí ve zdravotnictví. Tito respondenti se domnívají, že je trendem směřovat akutní péči do větších nemocnic, zatímco u menších nemocnic převládá tendence měnit je v léčebny dlouhodobě nemocných nebo rehabilitační centra. Mnozí respondenti upozorňovali na to, že chybí koncepční řešení problematiky.

Tato studie překračuje možnosti analýzy toho, jakým směrem by bylo ideální, aby se nemocnice ubírala dál. Respondenti tohoto výzkumu se však shodovali na tom, že je potřeba mít v regionu dostupnou péči pro seniory i lidi se sníženou mobilitou. Mít zde zastoupeny všechny ambulance (často byla respondenty opakována vize kvalitně fungujícího modelu polikliniky s rentgenem a laboratoří). Pak se podle nich budou lidé v regionu cítit v tomto ohledu bezpečně a lokalita pak může být atraktivní i pro potenciální příchozí.

Vedení EUC popisovalo, jakou cestou by se mohla nemocnice ubírat, takto: „*Za EUC my tady chceme dělat péči, ale tu základní, která je nutná, a zbytek samozřejmě by měl být v Liberci a problém dopravní není náš problém, to měl kraj řešit tady už dvacet let v tom kraji... To, že je tady jedna velká nemocnice Liberec, je správně, to, že jsou tady okolo nemocnice 4 menší: Česká Lípa, Jablonec, Turnov, to je taky dobře a vedle by měly fungovat nemocnice tohoto typu jako my, který mají být postavený na neakutní péči a na základní péči pro občany tohoto regionu, což jsou praktici a základní odbornosti a to by měla být role téhle nemocnice. Ale musí to fungovat ve spolupráci s těma krajskýma (Vedení EUC Nemocnice Frýdlant).“*

Následně pak ale tento respondent dodal, že koncepci ve smyslu ideální vize do budoucna nemocnice mít nemůže, jelikož do jejího fungování zasahuje mnoho proměnných, které není vedení nemocnice schopno ovlivnit – jsou jimi smlouvy s pojišťovnami, personální zabezpečení nebo spolupráce s vedením města, na jehož pozemcích nemocnice stojí. Přítomnost nemocnice považovali lékaři za důležitou také v dalších ohledech. Vnímali ji jako důležité místo s rentgenem, laboratoří a pohotovostí. Jako místo, které by mělo sloužit jako kvalitní zázemí pro lékaře primární péče v podobě dostupnosti ambulantních specialistů. To pomáhá koordinovat a provázat kvalitně péči primární a sekundární, bez které se lékaři primární péče neobejdou. „*Plus ta nemocnice jde do háje, tak je tady pohřební nálada. Mám pacienty, kteří mají spousty léků a já je musím připravit na extrakci, hlavně ty starší lidi nad 60 let, a potřebuji je zaléčit, abych jim vytáhla zuby, a potřebuju, aby se na ně internista podíval, a já je nemám kam poslat. Tak pak musí volat obvodním doktorům, aby to nějak zkorigovali, ale ti už taky neví kudy kam. Interna, já jsem zubař, tak potřebuju zdravého pacienta nebo alespoň nějakou korekci léků, lidi si stěžujou, vnímáte, co potřebujou a pro ně je prvořadá první pomoc, pokud se něco stane, aby vás nenechali tady, aby ti příbuzní za nima mohli docházet, pokud musí do nemocnice. Tady všichni auto nemají a doprava přes Albrechták do Liberce nejde vždycky. Ta interna, to už skomírá, od prvního zavírají pohotovost. Lidi jsou fakt nešťastní, je tady spousta důchodců nebo třeba mamin s děckama. Nemají možnost mít druhý auto a naložit ty děti a odjet, tady to máte půl dne do Liberce a ten Liberec je taky už ucpanej těma lidma (Lékařka, Frýdlantsko).“*

Nemocnice je důležitá pro přilákání nových lékařů do regionu. Zejména ti mladší jsou podle lékařů zvyklí mít při práci zázemí moderní nemocnice – laboratoř, rentgen, tým dalších specialistů. Zatím je velká část toho dostupná v nemocnici, ale právě nejasnosti ohledně budoucího fungování nemocnice, případně rušení některých oddělení a služeb, může motivaci k příchodu do lokality některých lékařů snižovat.

Lidé v neposlední řadě vnímají nemocnici nejenom jako místo zdravotní péče, ale i jako místní „firmu“, která dává práci mnoha lidem, nebo jako místo, kde se koncentrují vzdělání lidé, které region potřebuje.

To, jak se situace v nemocnici v posledních letech vyvíjí, je tématem pro všechny, s nimiž jsme vedli ohledně dostupnosti zdravotní péče rozhovor. Nemocnice a její další fungování je tématem opředeným mnoha nejasnostmi, které občany zneklidňují. Místní popisovali redukcii služeb nemocnice, vnímali, že z nemocnice odchází personál, a báli se dalšího vývoje. Jelikož je situace komplikovaná, ale zároveň se jedná o prioritní oblast z hlediska vedení města Frýdlant a dalších obcí a měst ve výběžku, zřídili vrcholní představitelé města Frýdlant zdravotní komisi, která se má situací v oblasti poskytování zdravotních služeb důkladněji zabývat. Tento krok se jeví jako pragmatický a je lidmi v lokalitě pozitivně hodnocen.

Shrnutí

Frýdlantsko je specifickým regionem z hlediska dostupnosti zdravotní péče, a to hned v několika ohledech. Prvním z nich je geografická poloha, která znemožňuje občanům vydat se

za lékařskou péčí na sever, východ nebo západ. Jak pacienti, tak lékaři výběžku musí hledat pomoc zejména uvnitř této lokality, případně pak jižněji, ve vzdálenějších městech, zejména v Liberci. Podle lékařů však Liberec z hlediska kapacity některých ambulantních specialistů i lékařů primární péče není v situaci výrazně odlišné, než je region Frýdlantsko.

Z hlediska posouzení Nařízení vlády se situace ve výběžku jeví jako nedostačující v oboru pediatrie a stomatologie. Jelikož pediatři a stomatologové již další pacienty nepřijímají, musí se lidé za nimi vydávat do Liberce, který pro obyvatele mnoha lokalit překračuje zákonem povolenou třiceti pětiminutovou dobu dojezdnosti automobilem. Lékařská péče se tak lidem prodražuje z důvodu nutnosti přepravy za lékařem na větší vzdálenosti. Nedostatek financí je pak jednou z příčin odkládání návštěv u lékařů (např. až do doby akutních potíží).

Nařízení vlády navíc nezohledňuje geografická či jiná specifika lokality. Pokud by tomu tak bylo, situace by se jevila v mnoha oborech ještě kritičtěji, jelikož cesta za některými lékaři primární péče trvá mnoha občanům bez automobilu několik hodin veřejnou dopravou, přestože automobilem (za dobrého počasí) by byla zákonem stanovena maximální doba dojezdu třicet pět minut dodržena. Velmi diskutabilním se proto jeví zákonné nastavení místní dostupnosti, které předpokládá, že běžným dopravním prostředkem v ČR je automobil, přestože existují lokality, kde automobil za normu být považován nemůže. Frýdlantsko, které kraluje mapě exekucí, je jednou z těchto lokalit. Frýdlantsko a konkrétně výzkumem sledované obce/města jsou specifické také zvýšenou mírou sociálně vyloučených lokalit. Lékaři a lékařky popisují situace, kdy lidé z důvodu nedostatku financí odkládají návštěvu lékaře, nedojedou na rentgenové vyšetření do frýdlantské nemocnice nebo je pro ně problematické zaplatit za léky. Ani tyto aspekty dostupnosti lékařské péče však legislativa nereflektuje.

U ambulantních specialistů výzkum nezaznamenal, že by Nařízení vlády nebylo naplňováno. Místní dostupnost 45 minut automobilem pro většinu ambulantních specialistů je v regionu dodržována díky blízkosti krajského města Liberec s širším zázemím lékařské péče. Přesto jsou některé zdravotní odbornosti téměř „nedostupné“, jelikož na lékařské vyšetření musí pacient čekat až tři měsíce (rehabilitace, endokrinologie, oční lékaři aj.). Čekací doba na ošetření ambulantním specialistou však není legislativně upravena.

Do budoucna lze předpokládat, že v regionu bude lékařů (za stávajících podmínek) ubývat, a to jak v oblasti primární péče, tak u ambulantních specialistů. Na tomto trendu se podílí nejenom lokální faktory, ale také faktory, se kterými bojuje mnoho jiných regionů v ČR. Důvodů tohoto stavu je bezpočet a mnoho z nich nelze úplně jednoduše ve výběžku ovlivnit (např. vyšší plat lékařů v zahraničí, který může být důvodem odlivu lékařů z ČR, komplikované další vzdělávání lékařů po absolvování VŠ aj). Z lokálních faktorů je nutné zmínit poměrně vysoký věk mnoha lékařů primární péče i ambulantních specialistů, i to, že aktuálně v regionu nejsou vzdělávání mladí lékaři v předatestační přípravě, kteří by pak mohli být motivováni v lokalitě zůstat i po absolvování atestace. Například v oblasti pediatrie, která je již nyní problematická, pracují ve výběžku dva ze tří lékařů/lékařek důchodového věku. Aktuálně zde ani jeden z nich nevzdělává svého nástupce, jelikož na to nemají při svém vytížení časovou kapacitu. Tito pediatři v důchodu a jedna pediatrie, která dvojnásobně překračuje optimální počet pacientů v evidenci, tak zachraňují situaci prací přesčasy a extrémním osobním nasazením. Oprávněně se proto tato lékařka při rozhovoru

ptá: *Co se stane, pokud bych onemocněla?*

V regionu působí dvě organizace poskytující domácí péči. Domácí péče podle zdejších zdravotních sester není ve výběžku využívána všemi lékaři v maximální kapacitě (někteří praktičtí lékaři je málo oslovují ke spolupráci). Situace se však lepší tehdy, když sestry aktivně s lékaři komunikují, což se jeví jako dobrá možnost k rozšíření stávající spolupráce. Domácí péče nepředstavuje pro pacienta pouze komfort domácího ošetření, řeší také zvýšené výdaje pacientů za dopravu k lékaři, která je jednou z příčin toho, že návštěvy lékařů odkládají. Podle sester nemůže být potenciál DZP naplno využit, jelikož vnímají překážky na straně legislativy. Po konzultaci s centrální expertkou ASZ pro oblast zdraví se však ukázalo, že legislativní rámec naopak odráží komplexnost péče o pacienty v domácím prostředí a všeobecná sestra, nebo ženská sestra, nebo dětská sestra – tj. ty specializace, které DZP vykonávají, nejsou odkázány na přítomnost odborně vyškolených sester na stomii, diabetes, atd. Všeobecná sestra není nijak omezená, aby si tyto výkony v rámci stávající definice obsahů výkonů vykazala. Touto interpretací legislativy se sestřím otevírají další možnosti poskytování péče.

Specifikem regionu jsou také aktuální debaty o dalším směřování frýdlantské nemocnice. Nemocnice je zdravotnickou institucí s laboratoří a rentgenem, která poskytuje zázemí lékařům primární péče. Ordinuje v ní většina ambulantních specialistů v regionu. Za dobu působení stávajícího majitele z ní však osmnáct lékařů odešlo a některá oddělení omezují provoz, což zneklidňuje všechny ty, se kterými jsme v průběhu výzkumu hovořili. Specifická je i majetkoprávní situace, jelikož pozemky nemocnice jsou v majetku města, zatímco nemocnice je soukromý subjekt. Vize obcí Frýdlantského výběžku a vize nemocnice se nyní neprotínají a nenacházejí společný směr. Probíhají diskuze o prodloužení nájemní smlouvy současnému provozovateli na další období (po roce 2023, kdy nájemní smlouva končí).

Nemocnice plní ve výběžku mnoho důležitých funkcí. Pro občany je důležitá jakožto poskytovatel zdravotní péče dostupné jak časově, tak finančně, jelikož cesta do Liberce je z obou těchto hledisek nákladnější. Obyvatelé dále vnímají nemocnici jako instituci nabízející pracovní příležitosti a zvyšující atraktivitu regionu. Klíčovou je nemocnice i pro lékaře primární péče, jelikož je dnes pro ně ve výběžku jediným komplexnějším materiálním a odborným zázemím.

Doporučení

Přestože aktuální situace na Frýdlantsku odhaluje určitá úskalí Nařízení vlády (nestanovuje maximálně přípustnou délku čekání na ambulantní specialisty, nereflektuje fakt, že mnoho obyvatel ve výběžku nevládní automobil či nemá na jeho provoz kapitál), může být pro region také oporou. Nařízení vlády jasně stanovuje dostupnost specialistů primární péče, která není v regionu naplňována. Jedná se o dostupnost stomatologů a pediatrů. U všech obcí, které se nacházejí ve vzdálenosti delší než 35 minut dojezdnosti do Liberce, není legislativa naplňována. Je to dáno tím, že místní stomatologové a pediatři již další pacienty nepřijímají. Člověk hledající tohoto specialistu se tedy musí obracet na lékaře ve vzdálenějším Liberci.

Bylo by vhodné, aby každý takto hledající věděl, že je nutné (někdy i opakovaně) žádat o

nápravu zdravotní pojišťovny a jakou formou. Pojišťovny jsou povinny situaci řešit v případě, že se objeví další odmítnutý pacient některé z těchto lokalit. Situaci by mohla pomoci zlepšit edukace občanů v tomto ohledu. Případně by jim mohl někdo v této oblasti pomoci, jelikož administrativní úkony mohou být pro některé odmítnuté pacienty překážkou k podání stížnosti. Pokud by pojišťovna odmítala sjednat nápravu, bylo by vhodné přizvat na pomoc např. ombudsmanku.

Potenciál pro Frýdlantsko spatřujeme ve větším využívání domácí zdravotní péče. Ta se aktuálně, na základě rozhovorů se sestrami, nejeví maximálně využívána ani při stávajícím legislativním vymezení. Na stránkách VZP se jasně deklaruje, že domácí péče je vhodným řešením právě pro těžko dostupné lokality. V rozhovorech zachycená interpretace legislativního vymezení sester klade překážky pro uskutečňování některých výkonů, které samotné sestry vnímaly jako v lokalitách potřebné. Legislativa však výkony, které sestry vnímaly jako pojišťovnou nedefinované, vykonávat umožňuje. Vzhledem k nejasnostem v interpretaci legislativy by mohlo být vhodné uspořádat seminář se sestrami DZP, který by nejasnosti v interpretaci legislativy vyjasňoval.

Opatřením, které by přispělo k řešení stávající situace a je relativně dobře dostupné (ve srovnání s překonáváním systémových bariér a celospolečenských vývojových trendů), by mohlo být také zřízení svozové služby pro občany Frýdlantska k lékaři a od lékaře (pro lidi z hůře dostupných částí výběžku, sociálně znevýhodněné – např. pro matky / zákonné zástupce s dětmi, seniory, lidi se sníženou mobilitou nebo orientací apod.). Podobná dotovaná služba, nabízena potřebným občanům výběžku zdarma či za snížený poplatek, by mohla pomoci předejít těm případům, kdy nemocný člověk vyšetření odkládá do doby, kdy je již péče urgentní, a také prodražování cesty za lékařem.

Za hrozbu do dalších let považujeme to, že v regionu, dle našich informací, nejsou vzdělávání lékaři v předatestační přípravě. Vytížení lékaři primární péče na to nemají časovou kapacitu, přestože během výzkumu byla zaznamenána žádost o absolvování předatestační praxe jednoho z absolventů. Tato šance, zdá se, však zůstane nevyužita. Mladí doktoři mohou mít větší motivaci setrvat v lokalitě po absolvování atestace, což může být méně náročné než lákat do výběžku zkušené lékaře z jiných regionů. Zajisté nelze opomenout to, že žádostí o předatestační přípravu ve výběžku nebude tolik, kolik jich bývá např. ve velkých městech, i to, že se jedná o nemalou byrokratickou zátěž pro lékaře.

Oblastí, která se nám na základě výzkumu nezdá dostatečně využita, je strategie získávání nových lékařů. Na základě rozhovorů s lékaři/lékařkami a zejména s politickými představiteli a představitelkami je patrná snaha o to přitáhnout lékaře do regionu. Na stranu druhou, političtí představitelé nemusí být experty na nábor nových pracovních sil do regionu a nemusí mít osvojené veškeré dostupné náborové strategie. Větší nemocnice ke spolupráci oslovují personální agentury, které se zaměřují přímo na hledání lékařů, je však otázkou, zda je tato cesta finančně dostupná pro menší obce a města regionu. Za úvahu by stála konzultace s odborníkem v této oblasti a tvorba strategie, které by mohly lékaře do regionu přilákat. Je totiž otázkou, zda se propagace na sociální síti dané obce může dostat až k lékařům, kteří zvažují např. přestěhování z rušné Prahy. S tím by mohl zkušený marketér nebo personalista pomoci.

S tím souvisí potřeba analyzovat motivace a tedy také možnosti stimulovat zájem lékařů o práci v podobně odlehlém regionu. Co je pro ně tou největší motivací? Jaké podmínky je budou motivovat k tomu přestěhovat se či působit v regionu? Na tyto otázky neznáme odpověď, zatímco poptávka po lékařích ve výběžku zůstává do velké míry nevyslyšena.

Dalším podstatným tématem pro obyvatele regionu je budoucnost nemocnice. Zde doporučujeme více využít potenciálu Komise pro zdravotní obslužnosti, kterou obyvatelé vnímají jako kvalitního garanta toho, že bude o budoucnosti nemocnice dobře rozhodnuto. Občané nahlížíjí zřízení komise jako pozitivní krok. Negativně však hodnotí, že není vydáno jasné stanovisko – co komise doporučila – ohledně ne/prodloužení nájemní smlouvy se stávajícím provozovatelem. Nejasnosti občany i institucionální aktéry a aktérky zneklidňují. Nejasné stanovisko a dohady mohou být také oním mínusem pro lékaře, kteří zvažují, v jaké lokalitě budou ordinovat.

Bylo by také vhodné více šířit informace, které mohou motivovat příchod dalších lékařů do regionu či podpořit ty stávající. Jedná se např. o Dotační program Ministerstva zdravotnictví pro zubní lékaře, jehož cílem je zajistit rovnoměrné rozmístění stomatologické péče ve všech regionech České republiky. Od května letošního roku mohou stomatologové žádat o příspěvek na zařízení ordinace až do výše 1,2 milionu Kč (více viz s. 19 tohoto textu), dále také o Program na podporu zdravotních služeb praktických lékařů, jelikož je Frýdlantsko zařazeno na seznam lokalit s omezenou dostupností zdravotních služeb (více viz s. 12–13 tohoto textu). Vzhledem k zařazení do seznamu má praktický lékař a/nebo pediatr na Frýdlantsku možnost žádat o dotaci do výše 0,5 mil. korun (max. 0,25 mil na plat zdravotní sestry a max. 0,25 mil na technické vybavení ordinace). To může ulehčit práci také stávajícím lékařům.

Závěrem lze konstatovat, že přestože problematika nedostatku lékařů je celostátním problémem, je možné na Frýdlantsku podniknout několik kroků pro to, aby se zvýšila míra pravděpodobnosti zachování či rozšíření stávajících lékařských a zdravotnických kapacit v regionu. Vzhledem k nasazení mnoha politických představitelů, lékařů i dalších aktérů (DSO, neziskový sektor aj.) se tento cíl nezdá nereálný.

Použité zdroje

- Doprava v Libereckém kraji. LIBERECKÝ KRAJ. Doprava v Libereckém kraji [online]. Liberec, 2010 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.kraj-lbc.cz/public/doprava/dopravaLK10/031.html>>.
- Frýdlantsko, dostupné na: <https://www.frydlantsko.eu/>, data stažená k 6/2018.
- Holčík, J. Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
- Hudeček, T. 2010. *Dostupnost v Česku v období 1991–2001: vztah k dojížděcí do zaměstnání a do škol*. Praha: Česká geografická společnost, 2010.
- Hudeček T. a kol. 2012. *Dopravní dostupnost Prahy. Časová dostupnost v silniční a železniční síti v roce 2012*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.
- Janečková, H. Hnilicová, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Portál, Praha, 2009.
- Jarolímek J. 2005. *Analýza dopravní obslužnosti v okrese Benešov z hlediska dojížděky do zaměstnání*. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta ZČU, Plzeň.
- Lékaři na Frýdlantsku, 2018, dostupné na: <https://www.mesto-frydlant.cz/cs/obcan/archiv/archiv-2018/dulezite-informace-k-lekarske-pohotovosti-od-1-7-2018.html>, data stažená k 8/2018.
- Liberecký deník, 2016, dostupné na: https://liberecky.denik.cz/zpravy_region/frydlant-posilil-chirurgii-nedostatek-lekaru-zazehnan-20160916.html, data stažená k 8/2018.
- Nejezchleb, J. Socioekonomická analýza města Frýdlant v Čechách [online]. Brno, 2008 [cit. 2012-02-14]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí práce Petr Tonev. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/137404/esf_b/?lang=en>.
- Novák, M. *Dostupnost zdravotní péče v ČR v závislosti na geodemografických charakteristikách obyvatelstva*. Dizertační práce, Přírodovědecká fakulta, UK, Praha, 2015.
- Mapa exekucí, dostupné na: <http://mapaexekuci.cz>, data stažená k 5/2018.
- Ministerstvo zdravotnictví, dostupné na: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html, data stažená k 6/2018.
- Město Frýdlant, dostupné na: <https://www.mesto-frydlant.cz/>, data stažená k 6/2018.
- Nemocnice EUC, <https://www.eucnemocnice.cz/frydlant>, data stažená k 6/2018.
- Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In Sběrka zákonů České republiky. Částka 110, č. práv. předpisu 307/2012, s. 3986–3991.
- Regionální informační servis, počty obyvatel, dostupné na: <http://www.risy.cz/cs>, data stažené k 6/2018 (dále jen RIS 2018).
- Rezidenční místa, oficiální web VZP, dostupné na: https://www.mzcr.cz/unie/obsah/rezidencni-mista-2018_3791_3.html, data stažená k 5/2018.
- Sanitka, Frýdlant, dostupné na: <https://www.mesto-frydlant.cz/cs/obcan/archiv/archiv-2016/pred-radnici-si-lide-prohlizeli-nove-vozy-zachranky.html>, data stažená k 8/2018).
- Sociologický průzkum stavu a potřeb sociálních služeb na Frýdlantsku, Institut projektového řízení, a. s., 3/2018 (dále jen Sociologický průzkum).
- Seidlová, zástupkyně ombudsmana, článek MF Dnes, 2013, dostupné z:
- Šídlo, L. a kol. Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie. Přírodovědecká fakulta UK, Praha, 2017
- Tisková zpráva, dostupné na: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi->

[podpori-oblasti-s%C2%A0omezenou-dostupnosti-zubni-pece_14988_1.html](#), data stažená k 7/2018.

Zákon č. 374/2011 Sb., zákon o zdravotnické záchranné službě.

Zákon č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění.

VZP, oficiální stránky, dostupné na: <https://www.vzp.cz>, data stažená k 5/2018.