

Školitelé v oboru všeobecné praktické lékařství – změny regionální sítě v Česku v letech 2017–2021

Bělobrádek J.¹, Šídlo L.², Philipp T.^{3, 4, 5}

¹Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav preventivního lékařství
Přednostka: prof. MUDr. Lenka Borská, Ph.D.

²Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie
Vedoucí: doc. RNDr. Jiřina Kocourková, Ph.D.

³Klinika revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha
Přednostka: MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA

⁴Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Výbor pro zdravotnictví
Předseda: MUDr. Zdenka Němečková Crkvenjaš, MBA

⁵Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Správní rada
Předseda: MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA

Prakt. Lék. 2023; 103(2): 84–91

SOUHRN

Úvod: Správně dimenzovaná síť školitelů je klíčová pro přípravu mladých lékařů v primární péči, kde umístění praxe školitele ovlivňuje mladé lékaře v úvahách o lokaci vlastní praxe. Tato práce popisuje počty školitelů podle krajů Česka, zahrnuje i jejich prostorovou charakteristiku a vývojové trendy.

Metody: Na základě dat největší zdravotní pojišťovny v Česku jsme analyzovali školící praxe všeobecných praktických lékařů v letech 2017–2021, jak dle krajů, tak i prostorové lokace, pro kterou jsme použili vlastní typologii, aplikovanou opakovaně v předchozím výzkumu.

Výsledky: Nejvyšší relativní počet školitelů působil ve Středočeském kraji, největšího nadhodnocení dosahovala školící činnost v Praze. Naopak nejnižší relativní počty školitelů vykazoval Ústecký kraj, nejrychlejší pokles Liberecký kraj. Kraje s nejnižší hustotou sítě školitelů měly zároveň nejnižší podíl venkovských školitelů.

Závěry: Síť školitelů v Česku není rovnoměrná a ve sledovaném období vykazovala řadu odlišných trendů. Domníváme se, že v některých regionech je nedostatečná, a nelze sem proto alokovat potřebnou výši prostředků na vzdělávání.

KLÍČOVÁ SLOVA

primární péče – všeobecné praktické lékařství – venkovské lékařství – zdravotničtí pracovníci – zdravotnické vzdělávání – pobídky

SUMMARY

Bělobrádek J, Šídlo L, Philipp T. General practitioner trainers – changes to the regional network in Czechia in 2017–2021

Objectives: A properly sized network of trainers is crucial for the training of young doctors in primary care, where the location of the trainer's practice influences young doctors' considerations about the location of their own practice. This paper describes the number of trainers by region of the country, and includes their spatial characteristics and trends.

Methods: Based on data from the largest health insurance company in Czechia, we analysed the training practices of general practitioners in 2017–2021, both by region and by spatial location, for which we used our own typology, applied repeatedly in previous research.

Results: The highest relative number of trainers was in the Central Bohemia Region, with the highest overestimation of training activity in Prague. On the other hand, the lowest relative number of trainers was in the Ústí Region, while the fastest decline was in the Liberec Region. The regions with the lowest density of trainers also had the lowest proportion of rural trainers.

Conclusions: The network of trainers in Czechia is not uniform and showed a number of different trends in the period under review. We believe that in some regions it is insufficient and therefore the necessary amount of resources for training cannot be allocated here.

KEYWORDS

primary care – general practice – rural health – workforce – medical education – incentives

ÚVOD

Správně fungující primární péče je konsenzuálně pokládána za základní pilíř zdravotnických systémů bez ohledu na jejich umístění, velikost a ekonomickou vyspělost (1). V současnosti se celosvětově potýká s řadou negativních trendů, zejména nerovnoměrnou distribucí zdravotních služeb v neprospěch venkova, stárnutím lékařů a zároveň nedostatečným nábořem a retencí mladých lékařů zejména na venkově. Tyto problémy se nevyhýbají ani evropským státům (2, 3). Výše zmíněný vývoj byl zaznamenán i v Česku (4, 5). U všeobecných praktických lékařů (VPL) byl v letech 2010–2019 prokázán nárůst věku lékařů, nedostatečná a regionálně nerovnoměrná obměna lékařů s nejnižším tempem ve venkovských oblastech (6).

Systém vzdělávání v oboru VPL prošel v Česku na počátku milénia významnými změnami. Počty lékařů s ukončeným postgraduálním vzděláním kontinuálně klesaly s negativním vrcholem v roce 2006, kdy atestovali pouze tři jedinci. Mezi lety 2005 a 2008 došlo k prodloužení přípravy z původních 3 let na 5 let (později 4 roky) a zároveň probíhala státní podpora pouze pro 20 postgraduálních studentů (7). Od roku 2009 byla doba přípravy harmonizována se standardy EU, zkrácena (minimální doba studia je 3 roky pro absolventy lékařských fakult, delší pro rekvalifikanty z jiných oborů) (8). V témže období se všeobecní praktičtí lékaři zapojili do nově vzniklého dotačního programu „rezidenční místa“, zajišťujícího financování postgraduální přípravy (9). Přitom platí, že žadatelé o dotaci mohou být pouze akreditovaní pracovníci v oboru.

Větší část postgraduální přípravy probíhá přímo v ordinaci školitele nebo pod jeho dohledem na odborných ambulancích (20 z 36 měsíců), zbytek v nemocnici, zpravidla spádové. Tato struktura odpovídá paradigmátům definovaným již na konci 20. století, že lékaři často působí v blízkosti místa, v němž se školili, a zároveň zkušenost s venkovským prostředím v kterékoliv fázi vzdělávání zvyšuje pravděpodobnost volby venkovské praxe (10). Tento přístup je doporučován i ze strany evropských organizací praktických lékařů (EURIPA – EURACT) (11), přestože nejsou jednoznačně prokázány jeho výsledky (12, 13).

Za stav sítě poskytovatelů zdravotních služeb odpovídají v Česku dle platné legislativy zdravotní pojišťovny (14). Ty proto vyplácejí ordinacím podílejícím se na postgraduálním vzdělávání bonifikaci, nižší částku akreditovaným (potenciální školitelé), vyšší aktivně školícím. Tímto způsobem se v reálném čase spolupodílejí na financování vzdělávání nových lékařů a nepřímo na formování stavu sítě poskytovatelů v budoucnosti. Bonifikace za akreditaci a školení je smluvně ujednána mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovatelem, je součástí Přílohy č. 2 k základní Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb

a zároveň úhradového dodatku pro každý konkrétní rok. Údaje zdravotních pojišťoven tak tvoří vysoce přesný zdroj informací o skutečném stavu sítě akreditovaných i školících praxí.

Aby mohl být zachován současný stav místní a časové dostupnosti zdravotních služeb v oboru VPL, je nutné zajistit obměnu současné stárnoucí generace lékařů ve správné regionální proporcionalitě. Nezbytným předpokladem je dostatek školitelů ochotných školit ve všech regionech Česka, pouze v tom případě lze správně alokovat další pobídky, například přidělovat počty rezidenčních míst nebo vyplácet bonifikace. Tato práce analyzuje celkové počty školitelů podle krajů Česka se zahrnutím umístění jejich ordinací v dimenzi město – venkov v letech 2017–2021, včetně trendů, které sledovaný pětiletý vývoj vykazuje.

METODIKA

K dispozici jsme měli anonymizovaná data Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR) vztážená na jednotlivé poskytovatele (IČZ) (15), v případě bonifikací za akreditaci a školení na úroveň pracoviště (IČP). Data byla strukturována podle měsíců let 2017–2021 (jednotlivá pracoviště začínají a ukončují školení nepravidelně v průběhu roku, zpravidla s cyklem rezidenčních míst, který odpovídá školnímu roku). Proto bylo možné v konkrétních ukazatelích stanovit celkové i průměrné počty IČP bonifikovaných v daném roce.

Údaje o kapacitě, celkovém počtu IČZ a IČP byly převzaty z ročenek VZP ČR (16), ve kterých jsou pravidelně publikovány. Metodika zjišťování počtu poskytovatelů je standardizovaná a lze ji využít i pro dlouhodobé longitudinální sledování. Údaje o počtu obyvatel jednotlivých krajů byly převzaty z údajů Českého statistického úřadu (17), přičemž pro naše porovnávání jsme používali pouze data za rok 2021, který byl koncovým rokem sledovaného období.

Pro členění ordinací v dimenzi město – venkov byla použita typologie, kterou autoři podrobně popsali a aplikovali v předchozích pracích (6, 18). V souladu s metodologií OECD dělí ordinace VPL do tří typů (typ 1 – městské, typ 2 – přechodné, typ 3 – venkovské). Dalším hodnotícím kritériem se stala přítomnost nemocnice s akutní péčí alespoň v jednom základním oboru (interna, chirurgie, gynekologie, pediatrie) v daném sídle (dělení jednotlivých typů probíhá na úrovni ORP). Přechodný typ je tak rozdělen na dva podtypy: ORP s takovou nemocnicí (typ 2a) a ORP bez takové nemocnice (typ 2b).

VÝSLEDKY

Základní údaje o populační velikosti krajů, kapacitě, počtu IČZ a IČP podává tabulka č. 1. Dále udává průměrné počty akreditovaných IČP v jednotlivých krajích, jejich

Kraj	Populace (%P) ¹⁰		Struktura sítě VPL ^{2*}			Akreditace (A) ^{3*}			Školení (Š) ^{3*}			%š vs %p (v p.b.)
	kapacita	počet IČZ	počet IČP	počet	podíl (%A)	% z IČP	počet	podíl (%Š)	% z IČP	% z A		
Hl. m. Praha	15,9%	590	801	159	14,1%	19,8%	44	17,2%	5,5%	27,7%	5,2	
Středočeský	10,7%	497	545	134	11,9%	24,5%	37	14,4%	6,8%	27,6%	1,3	
Jihočeský	6,0%	277	320	59	5,2%	18,4%	15	5,8%	4,7%	25,5%	-0,2	
Plzeňský	5,2%	238	275	57	5,1%	20,8%	12	4,6%	4,3%	20,5%	-0,9	
Karlovarský	2,4%	114	132	19	1,7%	14,8%	7	2,8%	5,4%	36,4%	0,0	
Ústecký	6,7%	310	365	56	5,0%	15,3%	11	4,2%	2,9%	19,1%	-3,5	
Liberecký	4,1%	188	213	50	4,4%	23,4%	9	3,4%	4,1%	17,6%	-0,8	
Královéhradecký	5,4%	255	322	79	7,0%	24,5%	21	8,3%	6,7%	27,2%	3,2	
Pardubický	4,4%	218	249	62	5,5%	24,8%	16	6,3%	6,5%	26,3%	1,4	
Vysočina	4,4%	225	236	68	6,1%	28,9%	11	4,3%	4,6%	16,1%	-0,5	
Jihomoravský	11,6%	541	603	146	13,0%	24,3%	20	7,9%	3,4%	13,9%	-3,3	
Olomoucký	6,1%	292	315	76	6,8%	24,2%	21	8,1%	6,6%	27,2%	2,1	
Zlínský	5,3%	274	284	62	5,5%	21,8%	12	4,5%	4,1%	18,7%	-1,0	
Moravskoslezský	11,8%	519	599	99	8,8%	16,5%	21	8,3%	3,6%	21,5%	-3,0	
ČR celkem	100,0%	4 537	5 257	1 126	100,0%		257	100,0%				
ČR průměr						21,4%			4,9%		22,8%	

Tab. 1 Průměrné počty pracovišť VPL bonifikovaných za akreditaci a školení dle krajů Česka a jejich porovnání se sítí VPL a populační velikostí krajů (zdroj dat: ¹(17); ²(16); ³(15))

^o k 31.12.2022, * průměr let 2017–2021, * roční hodnota jako průměr měsíčních stavů

Kraj	Kapacita VPL ¹		Počet IČZ ¹		Počet IČP ¹		Počet akredit. IČP ^{2*}		Počet školících IČP ^{2*}	
	absolutně	relativně	absolutně	relativně	absolutně	relativně	absolutně	relativně	absolutně	relativně
Hl. m. Praha	-20,7	-2,4%	-13,0	-2,2%	-38,0	-4,6%	41,6	30,0%	9,3	24,1%
Středočeský	-0,1	0,0%	-12,0	-2,4%	-8,0	-1,5%	22,3	17,7%	8,4	26,6%
Jihočeský	-3,1	-1,0%	-3,0	-1,1%	-5,0	-1,6%	0,8	1,3%	-3,8	-19,7%
Plzeňský	-8,1	-2,9%	-6,0	-2,5%	-12,0	-4,3%	-7,8	-13,1%	-4,3	-29,9%
Karlovarský	-12,8	-9,4%	-8,0	-6,8%	-20,0	-14,1%	-1,7	-8,3%	2,7	41,6%
Ústecký	-18,1	-4,9%	-24,0	-7,4%	-29,0	-7,6%	2,0	3,4%	2,3	20,6%
Liberecký	7,7	3,6%	-3,0	-1,6%	-2,0	-0,9%	-21,4	-38,2%	-9,8	-7,7%
Královéhradecký	2,3	0,8%	-4,0	-1,6%	-13,0	-4,0%	-2,2	-2,8%	-5,3	-20,5%
Pardubický	-0,2	-0,1%	-6,0	-2,7%	-14,0	-5,4%	-2,2	-3,5%	-6,3	-37,1%
Vysočina	-8,9	-3,7%	-11,0	-4,8%	-12,0	-5,0%	-6,5	-9,5%	2,3	23,5%
Jihomoravský	-15,8	-2,5%	-13,0	-2,4%	-15,0	-2,5%	-23,3	-15,0%	5,3	27,5%
Olomoucký	-13,0	-3,9%	-20,0	-6,7%	-15,0	-4,7%	-19,2	-24,3%	7,4	35,3%
Zlínský	-2,9	-1,0%	-8,0	-2,9%	-5,0	-1,8%	-22,9	-32,5%	3,3	26,5%
Moravskoslezský	-18,7	-2,9%	-31,0	-5,8%	-37,0	-6,0%	-21,0	-21,1%	-0,8	-3,5%
ČR celkem	-112,6	-2,1%	-162,0	-3,6%	-225,0	-4,6%	-4,4	-8,3%	0,8	0,3%

Tab. 2 Změna vybraných ukazatelů mezi lety 2017 a 2021 (zdroj dat: ¹(16); ²(15))

* roční hodnota jako průměr měsíčních stavů

Tab. 3 Porovnání variability počtu pracovišť (IČP) bonifikovaných za akreditaci a školení (alespoň 1 měsíc v letech 2017 až 2021) (zdroj dat: (15))

▲ nárůst, ▼ pokles, ► stav bez významných výkyvů, ⇄ kolísání bez zřejmého trendu

Kraj	Akreditovaná pracoviště										Školící pracoviště									
	absolutně					počet akreditovaných IČP na 100 tis. obyvatel					absolutně					počet školících IČP na 100 tis. obyvatel				
	min	průměr	max	min	průměr	max	trend	min	průměr	max	min	průměr	max	min	průměr	max	trend			
Hl. m. Praha	149	176	223	11,7	13,8	17,5	▲▲	49	55	66	3,8	4,3	5,2	▲▲						
Středočeský	129	149	170	9,3	10,7	12,3	▲▲	42	52	67	3,0	3,8	4,8	▲▲						
Jihočeský	59	63	67	9,3	9,9	10,5	►	18	21	24	2,8	3,4	3,8	►						
Píseňský	58	63	67	10,0	10,8	11,6	▼	12	16	20	2,1	2,8	3,5	▼						
Karlovarský	19	20	22	6,7	7,2	7,8	►	7	8	11	2,5	2,9	3,9	▲						
Ústecký	61	63	66	7,6	7,9	8,3	►	14	16	17	1,8	2,0	2,1	►						
Liberecký	45	54	59	10,3	12,4	13,5	▼▼	8	12	16	1,8	2,8	3,7	▼▼						
Královéhradecký	82	85	90	15,1	15,7	16,6	►	25	28	31	4,6	5,1	5,7	►						
Pardubický	62	67	73	12,1	13,0	14,2	►	17	24	30	3,3	4,6	5,8	↕						
Vysočina	71	77	85	14,1	15,3	16,9	▲	16	19	20	3,2	3,7	4,0	►						
Jihomoravský	151	164	176	12,7	13,9	14,9	↕	29	34	42	2,4	2,9	3,5	▲						
Olomoucký	64	81	93	10,3	13,1	14,9	↕	23	28	38	3,7	4,5	6,1	↕						
Zlínský	52	68	73	9,1	11,8	12,8	↕	13	18	24	2,3	3,1	4,2	▲						
Moravskoslezský	94	108	118	8,0	9,1	10,0	▼	30	32	34	2,5	2,7	2,9	►						
ČR celkem	1 179	1 239	1 286	11,2	11,8	12,2	▲	331	364	410	3,1	3,5	3,9	▲						

Kraj	Počet IČP*									Akreditovaná IČP									Školící IČP									
	typ 1			typ 2a			typ 2b			typ 3			typ 1			typ 2a			typ 2b			typ 3						
	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 1	typ 2a	typ 2b	typ 3
Hl. m. Praha	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Středočeský	33,6%	8,8%	18,9%	38,7%	24,1%	21,9%	24,1%	9,3%	17,3%	49,3%	21,5%	21,5%	49,3%	5,7%	12,6%	60,2%	21,5%	21,5%	49,3%	5,7%	12,6%	60,2%	21,5%	21,5%	49,3%	5,7%	12,6%	60,2%
Jihočeský	49,0%	0,0%	21,9%	29,1%	52,1%	21,9%	52,1%	0,0%	23,2%	24,8%	47,7%	47,7%	0,0%	0,0%	18,7%	47,7%	47,7%	47,7%	0,0%	0,0%	18,7%	33,6%	33,6%	47,7%	0,0%	0,0%	18,7%	33,6%
Plzeňský	53,6%	3,7%	15,4%	27,3%	40,3%	15,4%	40,3%	1,9%	17,6%	40,3%	44,4%	44,4%	6,2%	6,2%	27,2%	44,4%	44,4%	44,4%	6,2%	6,2%	27,2%	24,7%	24,7%	44,4%	6,2%	6,2%	27,2%	24,7%
Karlovarský	40,0%	6,5%	27,5%	26,0%	28,4%	27,5%	28,4%	8,8%	22,5%	40,2%	34,1%	34,1%	14,6%	14,6%	34,1%	34,1%	34,1%	34,1%	14,6%	14,6%	34,1%	17,1%	17,1%	34,1%	14,6%	14,6%	34,1%	17,1%
Ústecký	49,2%	15,5%	12,4%	22,9%	56,5%	12,4%	56,5%	15,2%	12,7%	15,6%	59,5%	59,5%	15,2%	15,2%	19,0%	59,5%	59,5%	59,5%	15,2%	15,2%	19,0%	6,3%	6,3%	59,5%	15,2%	15,2%	19,0%	6,3%
Liberecký	52,6%	8,3%	14,5%	24,7%	59,6%	14,5%	59,6%	7,4%	7,4%	25,7%	66,1%	66,1%	10,8%	10,8%	8,1%	66,1%	66,1%	66,1%	10,8%	10,8%	8,1%	24,2%	24,2%	66,1%	10,8%	10,8%	8,1%	24,2%
Královéhradecký	38,5%	6,7%	23,7%	31,1%	32,1%	23,7%	32,1%	5,6%	19,4%	42,9%	37,0%	37,0%	7,2%	7,2%	16,7%	37,0%	37,0%	37,0%	7,2%	7,2%	16,7%	39,1%	39,1%	37,0%	7,2%	7,2%	16,7%	39,1%
Pardubický	36,0%	6,3%	28,8%	28,8%	30,8%	28,8%	30,8%	5,4%	22,5%	41,3%	20,2%	20,2%	4,2%	4,2%	11,8%	20,2%	20,2%	20,2%	4,2%	4,2%	11,8%	66,4%	66,4%	20,2%	4,2%	4,2%	11,8%	66,4%
Vysočina	39,1%	5,2%	24,8%	31,0%	46,4%	24,8%	46,4%	8,3%	17,9%	27,5%	32,3%	32,3%	9,7%	9,7%	30,1%	32,3%	32,3%	32,3%	9,7%	9,7%	30,1%	28,0%	28,0%	32,3%	9,7%	9,7%	30,1%	28,0%
Jihomoravský	55,1%	4,5%	11,6%	28,8%	48,5%	11,6%	48,5%	6,3%	10,0%	35,2%	46,2%	46,2%	8,2%	8,2%	8,2%	46,2%	46,2%	46,2%	8,2%	8,2%	8,2%	37,4%	37,4%	46,2%	8,2%	8,2%	8,2%	37,4%
Olomoucký	47,3%	3,3%	14,2%	35,2%	42,3%	14,2%	42,3%	6,1%	19,2%	32,4%	37,1%	37,1%	5,4%	5,4%	18,6%	37,1%	37,1%	37,1%	5,4%	5,4%	18,6%	40,0%	40,0%	37,1%	5,4%	5,4%	18,6%	40,0%
Zlínský	38,3%	8,3%	24,0%	29,4%	36,1%	24,0%	36,1%	8,0%	24,9%	31,1%	30,0%	30,0%	7,8%	7,8%	22,2%	30,0%	30,0%	30,0%	7,8%	7,8%	22,2%	40,0%	40,0%	30,0%	7,8%	7,8%	22,2%	40,0%
Moravskoslezský	60,5%	10,5%	12,1%	16,8%	56,7%	12,1%	56,7%	17,5%	12,5%	13,4%	62,5%	62,5%	18,1%	18,1%	15,0%	62,5%	62,5%	62,5%	18,1%	18,1%	15,0%	4,4%	4,4%	62,5%	18,1%	18,1%	15,0%	4,4%
ČR celkem	55,2%	5,9%	14,9%	24,0%	50,6%	14,9%	50,6%	6,8%	14,2%	28,4%	48,7%	48,7%	6,4%	6,4%	14,0%	48,7%	48,7%	48,7%	6,4%	6,4%	14,0%	30,9%	30,9%	48,7%	6,4%	6,4%	14,0%	30,9%

Tab. 4 Průměrná struktura IČP celkem/akreditovaných/školících dle územní typologie v jednotlivých krajích – průměr za roky 2017–2021 (zdroj dat: (6, 15))

* průměr za roky 2017–2020

podíl na celkovém počtu akreditovaných IČP v Česku i jejich podíl na počtu IČP v daném kraji. Nejvyšší podíl akreditovaných IČP měl kraj Vysočina, kde dosahoval téměř 30 % všech IČP, naopak v Karlovarském a Ústeckém kraji pouze 15 %. Stejně údaje udává tabulka i pro aktivně školící pracoviště. Nejvyšší zastoupení nad 6,5 % měly kraje Středočeský, Královéhradecký, Olomoucký a Pardubický, naopak méně než 3 % podílu dosahoval kraj Ústecký. Pouze v Karlovarském kraji podíl školících IČP na akreditovaných IČP překročil jednu třetinu, naopak v dalších pěti krajích ukazatel nedosáhl ani jedné pětiny. Posledním údajem je porovnání průměrného počtu školících IČP a populační velikosti krajů. V tomto ohledu jasně dominovalo Hlavní město Praha (zde je třeba si uvědomit i absolutní velikost regionu a tím i absolutní počty ordinací, které tuto převahu vytvářejí), následovaná kraji Královéhradeckým a Olomouckým. Nejvyšší propad vůči své populační velikosti naproti tomu vykazovaly kraje Ústecký, Jihomoravský a Moravskoslezský.

Při sledování změn jednotlivých ukazatelů v celém sledovaném období (tab. 2) nalézáme plošný pokles počtu IČZ i IČP. Pokud jde o kapacitu lékařů, mírný pozitivní obrat vykazovaly pouze kraje Liberecký a Královéhradecký, neutrální zůstával Středočeský kraj. V ostatních krajích kapacita klesala, přičemž všem třem zmíněným ukazatelům dominují kraje Karlovarský a Ústecký. Současně na většině území Česka klesaly počty akreditovaných pracovišť, nejvíce v Libereckém kraji, kde úbytek dosahoval téměř 40 %. Výjimkou je pouze Hlavní město Praha a v menší míře Středočeský kraj, kde se nárůst počtu akreditovaných IČP pohyboval v řádu desítek procent. Ve vývoji počtu školících IČP je území Česka rozděleno zcela jiným způsobem, kde zhruba v polovině krajů počet školících IČP rostl, v polovině klesal, nejvíce v Libereckém a Pardubickém kraji.

Tabulka 3 následně pracuje s absolutními, nikoliv průměrnými počty IČP. Pokud jejich počty porovnáme s populační velikostí krajů, získáme představu o šíři nabídky v jednotlivých regionech. U akreditovaných IČP nejvyšších hodnot dosahoval Královéhradecký kraj, nejnižších Ústecký a Karlovarský kraj. Časovým trendem byl strmý kontinuální nárůst v Hlavním městě Praze a Středočeském kraji, naopak kontinuální pokles v Libereckém kraji. V ostatních regionech se absolutní počty akreditovaných IČP měnily jen zvolna nebo meziročně oscilovaly. Obdobné rozvrstvení i časové trendy bylo možné pozorovat také u školících IČP.

Rozložení IČP v dimenzi město – venkov ukazuje tabulka 4. Podíl akreditovaných IČP umístěných ve velkých městech byl nejvyšší v krajích Libereckém, Moravskoslezském, Ústeckém a Jihočeském, kde přesahoval 50 % (z hodnocení je z logiky věci vyjmuta Hlavní město Praha, kde je takových IČP 100 %), nejvyšší podíl venkovských akreditovaných IČP byl sle-

dován ve Středočeském kraji, kde dosáhl téměř 50 %. U školících IČP podíl městských praxí přesáhl 60 % v Libereckém a Moravskoslezském kraji (opět s vyjmutím Prahy z hodnocení), naopak venkovských praxí školilo nejvíce v Pardubickém kraji, kde jejich podíl přesáhl dvě třetiny.

DISKUZE

VZP ČR jako největší zdravotní pojišťovna smluvně pokrývá 100 % území Česka, v segmentu VPL s ní mají smlouvu prakticky všechny praxe, poskytující léčebnou péči. Smluvní údaje o nároku na bonifikaci jsou disjunkčního charakteru a nejsou vázány na podíl pojištěnců VZP ČR v daném regionu. Poskytovatelé dokládají pojišťovně jak doklady o akreditaci, tak pracovní smlouvy se školenci. Situaci, kdy by akreditovaná školící praxe neměla smlouvu s VZP ČR, lze v našich podmínkách s ohledem na podmínky udělení akreditace považovat za variantu pouze hypotetickou.

Údaje ze smluv VZP ČR lze proto považovat v kontextu naší práce za vysoce přesná a spolehlivá data, protože se podle nich jednotlivým poskytovatelům každý měsíc vyplácí finanční bonifikace. A to bez ohledu na to, zda je poskytovatel zároveň zapojen do dotačního programu „rezidenční místa“. Pokud ano, jsou bonifikace zdravotních pojišťoven dalším standardním zdrojem financování postgraduální přípravy. Možná je ale i varianta, kdy postgraduální příprava probíhá mimo zmíněný dotační program (zpravidla rodinní příslušníci, zřídka samoplátci, kteří si postgraduální přípravu financují z vlastních zdrojů, případně ji financuje zaměstnavatel). Pak je bonifikace zdravotních pojišťoven pro školící praxi jediným příjmem ze vzdělávací činnosti.

Důležitým zjištěním vyplývajícím z této práce je plošný pokles počtu IČZ, IČP a až na malé výjimky i kapacity po celém území Česka. V předchozí práci autorů (analyzující data z let 2010–2019) byl tento trend již naznačen, přesto v hodnocení celého období počty lékařů i kapacita v oboru VPL rostly (6). Nyní se zdá, že pověstné kyvadlo již překonalo svoji maximální výchylku a započalo pohyb opačným směrem, další pokles počtu ordinací VPL je pravděpodobný, stejně jako je pravděpodobná jeho regionální nesouměrnost.

Celkově lze dle našich výsledků definovat tři druhy regionů. První představuje Hlavní město Praha a Středočeský kraj, kde strmě narůstaly počty akreditovaných i školících praxí, přestože i zde celkový počet ordinací a kapacita mírně klesaly. Zhruba jedna čtvrtina akreditovaných praxí zde aktivně školila. Pokud porovnáme počet školících praxí s populační velikostí území, prokazujeme zde nejvyšší nadhodnocení. Protože dominantním zdrojem financování postgraduálního vzdělávání je dotační program „rezidenční místa“, lze tímto způsobem nepřímo dovozovat, že jsou

tyto regiony v přidělování dotací nadhodnoceny na úkor zbytku Česka.

Na opačném pólu stojí regiony, které se dlouhodobě považují za rizikové, převážně kraje Karlovarský a Ústecký. Z výsledků naší práce vyplývá, že se oba kraje v mnoha ohledech odlišují. Ústecký kraj lze charakterizovat malým počtem akreditovaných i školících ordinací s ohledem na celkový počet ordinací i na populační velikost. Zájem zde byl nejnižší z celého Česka a tomu odpovídá i nejnižší poměr mezi aktivním školením a populační velikostí. Lze tedy dovozovat, že i počet „rezidenčních míst“ je zde nižší, a to zejména z důvodu, že nelze nalézt dostatek pracovišť ochotných se akreditovat a školit. Naopak Karlovarský kraj, přestože se potýkal s nejvyšším poklesem počtu IČZ, IČP i kapacity a nízkým počtem akreditovaných ordinací, dosahoval průměrných hodnot u školení, počet školících ordinací zde dokonce narůstal. Akreditované ordinace se zde do školení zapojovaly s více než třetinovým podílem, nejvyšším v celém Česku. Zde tedy naopak akreditované ordinace školily s nejvyšší ochotou.

Detekovali jsme ale další dva regiony s nepříznivými charakteristikami. Jde o kraj Liberecký, kde byly počty akreditovaných i školících IČP průměrné a kapacita dokonce rostla, zaznamenali jsme ale nejvyšší úbytek počtu akreditovaných i školících IČP (v tomto ukazateli téměř o tři čtvrtiny), což představuje riziko pro další období. Region zřejmě těžil z dobrých základů, ale jeho pokles ve sledovaném období vykazoval nejvyšší dynamiku. Dále se jedná o Moravskoslezský kraj, který vykazuje obdobné charakteristiky jako Ústecký kraj, pouze v menším měřítku. Společným jevem je také prakticky setrvalý stav v celém sledovaném období, což i vzhledem k velikostem regionů vzbuzuje respekt z robustnosti změn, které by je případně mohly pozvednout z celostátního průměru.

Ostatní kraje vykazovaly ve většině ukazatelů průměrné výsledky, přestože i mezi nimi lze vysledovat určité rozdíly. Královéhradecký kraj těžil z nejrozsáhlejší sítě školitelů, kteří navíc byli ochotni školit, naopak kraj Vysočina obdobný potenciál nevyužíval a nadprůměrný počet akreditovaných školitelů vedl pouze k průměrným počtům skutečně školících ordinací. Ještě výraznější byla tato disproporce v Jihomoravském kraji. Omezeným počtem školitelů disponoval také Plzeňský kraj. V Olomouckém kraji docházelo k nejvýraznějším výkyvům mezi jednotlivými sledovanými roky.

Upozornit je také třeba na rozdílné populační velikosti krajů, které mohou zkreslovat prostá procentuální porovnávání. V nejmenších krajích mohou jednotky ordinací znamenat tytéž výchyly jako desítky ordinací v největších krajích. Například pouhá korekce nadhodnocení Prahy a Středočeského kraje na úroveň odpovídající jejich populační velikosti by vyřešila situaci ve většině populačně průměrných krajů.

Pokud již zmiňujeme Hlavní město Prahu a Středočeský kraj, je třeba upozornit i na fakt, že strmě stoupající zájem o akreditaci a školení i nadhodnocení školící činnosti vztažené k populační velikosti se nijak pozitivně nepromítly do počtu ordinací, naopak i zde docházelo k poklesu počtu IČP, IČZ a kapacity (průměrné hodnoty v rámci Česka). Naddimenzované zdroje zde alokované do školení nestačily ani na udržení výchozího stavu. Pravděpodobným vysvětlením je vytváření částečných úvazků, které si mohou rozdělit původní školitel a školenc a mohou být atraktivní jak pro školitele v důchodovém věku, tak pro mladé lékařky.

Pokud jde o rozmístění akreditovaných a školících ordinací v dimenzi město – venkov, dochází zde k pozoruhodné shodě v krajích, které byly výše označeny na nejrizikovější, zejména v krajích Moravskoslezském a Ústeckém. Zde jsme detekovali nejvyšší zastoupení akreditovaných i školících ordinací ve městech a nejnižší na venkově. Z toho lze dovozovat, že skutečným problémem těchto krajů je malá ochota venkovských praxí k akreditaci i školení, a právě jejich absence stojí za celkově podprůměrnou hustotou sítě školitelů v uvedených regionech. V Karlovarském kraji bylo zastoupení venkovských praxí mezi akreditovanými nadprůměrné, u vlastního školení podprůměrné. Situace je zde tedy poněkud odlišná, nedaří se aktivizovat potenciální školitele, kterých je k dispozici dostatek. V Libereckém kraji se nadprůměrný podíl městských ordinací u školící činnosti ještě zvyšoval, naopak v Jihomoravském kraji klesal, větší zájem akreditovat se i školit tam tedy měly venkovské praxe. Jednoznačným lídrem ve školení venkovskými lékaři byl Pardubický kraj následovaný poměrně překvapivě Středočeským krajem, což lze vysvětlit vysokou poptávkou po mladých lékařích v menších sídlech více vzdálených od Prahy.

V zahraniční literatuře existuje široká škála důkazů o důležitosti lokace postgraduálního vzdělávání, která pozitivně formuje vztah mladých lékařů k venkovským a jinak neatraktivním lokalitám (10, 19). Je pravděpodobně důležitější než přímé finanční pobídky (20) a nátlakové administrativní intervence (povolení k provozování praxe, umístěnky, víza, apod.) (21). V evropském prostoru jsou inspirativní zejména zkušenosti z Norska (22). Podmínkou je však existence dostatečně dimenzované sítě školitelů, jakou vybudovali v minulosti například v Austrálii (23). Přesto se ani v zahraničí dlouhodobě nedaří jednoznačně stanovit determinanty, které ovlivňují sílu spojení mezi místem školení a budoucím působištěm školeného lékaře (24, 25). Také v Česku dosud nemáme žádné poznatky o síle vztahu místa školení a pozdějšího působiště vyškoleného VPL, stejně tak jako o důvodech případné změny lokality působiště.

Protože umístění lékařských praxí bude základním globálním tématem zdravotnických politik i v bu-

doucnosti (26), jeví se stabilizace sítě školitelů v oboru VPL jako klíčové téma i v Česku. V některých krajích již v tomto směru zahájili motivační programy, jako např. v kraji Karlovarském (27), obdobné projekty mají spuštěny i některé zdravotní pojišťovny, např. VZP ČR (28). Přesto je třeba mít na paměti, že největší úspěch v rámci pobídek mají kontextová řešení zapojující více aktérů (12). Koordinační a regulační role organizátora péče (ministerstva zdravotnictví – udělování akreditací, přidělování dotací – rezidenčních míst, dohled nad zdravotními pojišťovnami apod.) je tedy nezastupitelná.

ZÁVĚR

Dostatečně dimenzovaná a v čase stabilní síť školitelů v oboru všeobecné praktické lékařství je klíčová pro zachování dostatečného tempa generační obměny, když větší část postgraduálního kurikula probíhá přímo v ordinacích školitelů nebo pod jejich dohledem v blízkých ordinacích specialistů. V zahraničí byla konsenzuálně prokázána důležitost lokace školící praxe, jejíž umístění pozitivně formuje vztah mladých lékařů k neatraktivním lokalitám, zejména venkovu. Současně v případě retence pracovní síly na venkově dosahují lepších výsledků intervence zapojující více aktérů na více úrovních. Před izolovanými pobídkami na úrovni jednotlivých krajů či zdravotních pojišťoven je třeba upřednostnit systémová řešení organizátora zdravotní péče, v kontextu Česka ministerstva zdravotnictví.

Domníváme se, že v některých regionech je síť školitelů nedostatečná, a nelze sem proto alokovat potřebnou výši prostředků na vzdělávání. Nejvíce ohroženými jsou v tomto směru kraje Ústecký, Karlovarský, Moravskoslezský a Liberecký. Nadprůměrný podíl školitelů ve velkých městech v těchto krajích (s výjimkou Karlovarského) vzbuzuje podezření, že jde spíše o nedostatek venkovských školitelů, který deformuje celkové počty. Naopak v Hlavním městě Praze a Středočeském kraji působí nejvíce akreditovaných i školících praxí, jejich počet stále roste a zároveň zde byla školící činnost v porovnání s populační velikostí nejvíce nadhodnocena. Dá se tedy očekávat, že bez zásahu organizátora zdravotní péče se bude tento nepoměr mezi centrálním a periferními regiony v Česku do budoucna nadále zvětšovat.

Seznam použitých zkratk

EU	Evropská unie
EURIPA	The European Rural and Isolated Practitioners Association
EURACT	The European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine
IČP	identifikační číslo pracoviště (lékaře) v rámci IČZ
IČZ	identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ORP	obce s rozšířenou působností
VPL	všeobecné praktické lékařství, všeobecný praktický lékař
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Konflikt zájmů: žádný.

LITERATURA

- Heggenhougen K, Quah S. (eds.).** International Encyclopedia of Public Health. Cambridge, MA: Academic Press 2008.
- World Health Organization.** Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region. Geneva: WHO 2018 [online]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1> [cit. 2023-03-14].
- Groenewegen PP, Bosmans MWG, Boerma WGW, Spreuuenberg P.** The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *Eur J Public Health* 2020; 30(Suppl 4): iv12–iv17.
- Šídlo L.** Stárnutí lékařů primární zdravotní péče v České republice. *Demografie* 2011; 53: 203–213.
- Šídlo L.** Lékaři primární zdravotní péče v České republice z pohledu demografie – současný stav jako základní kámen budoucího vývoje. *Čas. Lék. čes.* 2010; 149: 563–571.
- Šídlo L, Bělobrádek J, Maláková K.** Všeobecní praktičtí lékaři v Česku: vývojové trendy a regionální rozdíly. *Geografie* 2021; 126: 169–194.
- Štolfa J.** Novelizace vzdělávacího programu oboru všeobecné praktické lékařství. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Praha: IPVZ 2015.
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.** Vzdělávací programy v oboru všeobecné praktické lékařství [online]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/vzdelavaci-programy> [cit. 2023-03-14].
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky.** Rezidenční místa pro lékařská povolání [online]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/category/veda-a-lekarska-povolani/rezidencni-mista-lekari/> [cit. 2023-03-14].
- Talley RC.** Graduate medical education and rural health care. *Acad Med* 1990; 65: S22–25.
- Lopez-Abuin JM, Kersnik J.** EURIPA-EURACT: Medical education in rural practice improves quality of care and can attract more physicians to enter rural practice. *Eur J Gen Pract* 2013; 19(2): 133–134.
- Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, et al.** Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy* 2015; 119: 1517–1528.
- Johnson GE, Wright FC, Foster K.** The impact of rural outreach programs on medical students' future rural intentions and working locations: a systematic review. *BMC Med Educ* 2018; 18: 196.
- Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.** Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=2&T=98> [cit. 2023-03-14].
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.** Anonymizovaný datový soubor za akreditovaná a školící pracoviště v odbornosti všeobecného praktického lékařství za období 2017–2021. Praha: VZP ČR 2022.
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.** Ročenky [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/rocenky> [cit. 2023-03-14].
- Český statistický úřad.** Porovnání krajů – aktualizace 20. 1. 2023 [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/porovnani-kraju> [cit. 2023-03-14].

18. **Bělobrádek J, Šídlo L, Javorská K, Halata D.** Urban or rural GP? In the Czech Republic it is not just distances that matter. *Acta Medica (Hradec Králové)* 2021; 64: 15–21.
19. **Henry JA, Edwards BJ, Crotty B.** Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health* 2009; 9: 1083.
20. **Kumar S, Clancy B.** Retention of physicians and surgeons in rural areas-what works? *J Public Health (Oxford)* 2021; 43: e689–e700.
21. **Russell D, Mathew S, Fitts M, et al.** Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health* 2021; 19: 103.
22. **Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG.** Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Med Teach* 2015; 37: 1078–1082.
23. **Laurence CO, Beilby JJ, Marley JE, et al.** Establishing a practice based primary care research network. The University Family Practice Network in South Australia. *Aust Fam Physician* 2001; 30: 508–512.
24. **Grobler L, Marais BJ, Mabunda S.** Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: CD005314.
25. **Carson DB, Schoo A, Berggren P.** The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. *Health Policy* 2015; 119: 1550–1556.
26. **Ono T, Schoenstein M, Buchan J.** Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. *OECD Health Working Papers*, No. 69. Paris: OECD Publishing 2014.
27. **Karlovarský kraj.** Motivační příspěvky na specializační vzdělávání praktických lékařů [online]. Dostupné z: http://www.kr-karlovarsky.cz/zdravotnictvi/Stranky/motivacni-prispevky-na-specializacni-vzdelavani-prakticky-lekaru.aspx#.Y_UtzHbMKUk [cit. 2023-03-14].
28. **Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.** Motivační program VZP PLUS pro všeobecné praktické lékaře [online]. Dostupné z: <https://plus.vzp.cz/pro-vseobecne-prakticke-lekare-poskytovatele/> [cit. 2023-03-14].

adresa pro korespondenci:

MUDr. Jan Bělobrádek
Ústav preventivního lékařství LF UK
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové
e-mail: jan.belobradek@tiscali.cz

NOVINKY V ČLENSKÉ EVIDENCI ČLS JEP

www.cls.cz



NOVÁ ON-LINE PŘIHLÁŠKA NA WEBOVÝCH STRÁNKÁCH

- * rychlá registrace pro nové členy
- * propojení s administrátorem organizační složky
- * on-line schvalování nových členů

PŘIHLÁŠENÍ DO PROFILU ČLENA

- * možnost rychlé aktualizace kontaktních údajů člena
- * přehled evidovaných odborných společností
- * možnost rozšíření členství o další společnosti, sekce, spolky
- * přehled uhrazených a neuhrazených členských příspěvků
- * možnost on-line platby prostřednictvím QR kódu
- * doklad o úhradě členského příspěvku ke stažení

Pro přihlášení do profilu člena je nutné znát e-mail člena (zaevidovaný v členské evidenci ČLS JEP) a evidenční číslo (variabilní symbol).

Při potížích s přihlášením vám rádi pomůžeme.
Kontaktujte Centrální evidenci členů ČLS JEP cle@cls.cz