

Evaluace dostupnosti a kvality péče ve specializovaných postinfekčních ambulancích pro pacienty s ME/CFS

Analytická studie pro potřeby řízení kvality zdravotních služeb v přímo řízených fakultních nemocnicích

Výchozí implementační stav k 1. 1. 2026; datové pozorování únor–květen 2026

Manažerské shrnutí

Analytická zpráva hodnotí funkčnost sítě jedenácti přímo řízených fakultních nemocnic, u nichž byla v poskytnutých podkladech sledována implementace specializovaných postinfekčních ambulancí pro pacienty s ME/CFS (myalgická encefalomyelitida / chronický únavový syndrom) a postcovidovým syndromem. Vzorek tvoří 59 administrativních záznamů telefonické či objednávací linie a 23 klinických záznamů z fyzických návštěv.

Hlavní manažerský závěr je dvojitý. Síť formálně existuje a v části zařízení již vykazuje reálnou propustnost, avšak samotná technická dovolatelnost není totožná s dostupností péče pro pacienty s klasickou ME/CFS. Dovolatelnost pod tři pokusy dosáhla 56 z 59 administrativních záznamů, zatímco znalost personálu o ambulanci ME/CFS byla zachycena pouze ve 35 z 59 záznamů a termín do T+90 dnů byl nabídnut jen ve 22 z 59 záznamů. Plný administrativní úspěch, definovaný jako současné splnění výborného skóre, dovolatelnosti pod tři pokusy, znalosti ME/CFS a termínu do T+90, splnilo pouze 10 z 59 záznamů. Kritické selhání alespoň v jedné dimenzi se objevilo ve 32 z 59 záznamů [S1, agregace].

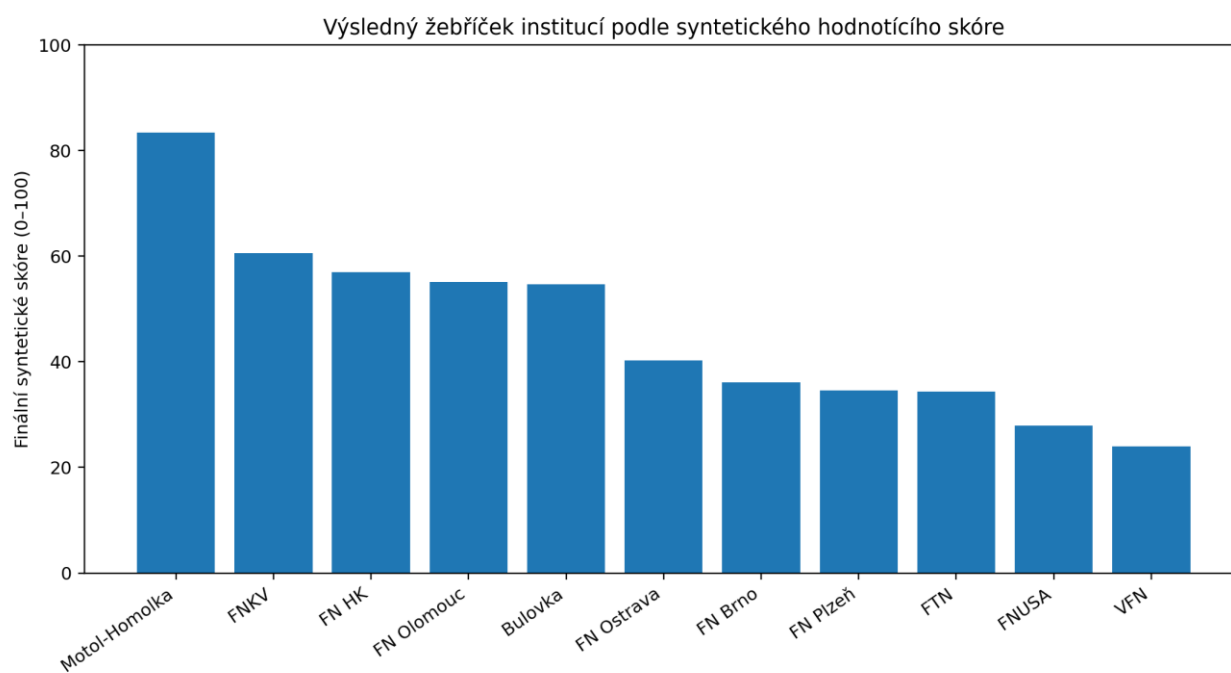
Nejzávažnější systémové riziko představuje diferencially-diagnostická diskriminace. V administrativní linii se ve 25 z 59 záznamů objevilo odmítnutí nebo zúžení přístupu pod záminkou, že ambulance je určena výhradně pro long covid či postcovidové pacienty. Tento postup je klinicky problematický, protože ME/CFS je definována funkčně a symptomaticky, zejména přítomností post-exertional malaise, zatímco postcovidový syndrom je etiologicky vztažen k prodělané infekci SARS-CoV-2 a zahrnuje široké spektrum respiračních, neurologických, kardiovaskulárních a dalších manifestací [CDC-MECFS-2024; WHO-PCC-QA]. Long covid může fenotyp ME/CFS napodobovat nebo zahrnovat, nesmí však být používán jako exkluzivní vstupní podmínka péče pro pacienty s ME/CFS jiného původu.

Klinický vzorek ukazuje vyšší diagnostický potenciál u pracovišť, kde již péče reálně probíhá. Z 23 klinických návštěv vedly 4 k potvrzení ME/CFS a 8 k podezření na ME/CFS s plánem dalšího vyšetřování. Současně se v 8 klinických záznamech objevila psychiatrizace nebo psychiatrická redirekce a v 8 záznamech absence jasného závěru nebo dalšího postupu. Data proto nepodporují jednoduchý závěr, že zřízení ambulance automaticky znamená klinickou odbornost. U části pracovišť je patrná dobrá empatie a ochota, ale chybí mezioborové symptomatické řízení; u jiných pracovišť přetrvává redukce ME/CFS na plicní postcovidovou problematiku nebo na psychiatrickou interpretaci.

Výsledný syntetický žebříček jednoznačně identifikuje Fakultní nemocnici Motol a Homolka jako nejlepší výchozí pracoviště z hlediska kombinace administrativní propustnosti, přijetí pacientů s ME/CFS a absence kritických administrativních selhání. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Fakultní nemocnice Hradec Králové vykazují klinické prvky dobré praxe, avšak u obou je patrný nesoulad mezi kvalitou lékařského kontaktu a dostupností či konzistencí vstupní linie. Na opačném konci stojí Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Fakultní Thomayerova nemocnice, kde data signalizují nízký index přijetí ME/CFS, výrazné zúžení péče na long covid nebo klinicky rizikové směřování pacientů mimo somatickou péči.

KPI	Hodnota	Interpretace
Velikost administrativního vzorku	59 záznamů	telefonická či administrativní linie objednání, Soubor 1
Velikost klinického vzorku	23 záznamů	fyzické návštěvy u lékaře, Soubor 2
Dovolatelnost pod 3 pokusy	56/59 (94,9 %)	indikátor technické propustnosti linky
Znalost personálu o ambulanci ME/CFS	35/59 (59,3 %)	deklarovaná znalost specializované péče
Termín do T+90 dnů	22/59 (37,3 %)	včetně případů bez nabídnutého termínu jako nedosažené úspěšnosti
Plný administrativní úspěch	10/59 (16,9 %)	současně skóre 1, <3 pokusy, znalost ME/CFS a termín do T+90
Odmítnutí pod záminkou pouze LC	25/59 (42,4 %)	hlavní indikátor diagnózové diskriminace v administrativní linii
Kritické selhání alespoň v jedné dimenzi	32/59 (54,2 %)	LC-only, bagatelizace, psychiatrizace nebo termín nad T+90
Klinické potvrzení nebo podezření ME/CFS	12/23 (52,2 %)	Soubor 2, diagnostická užitečnost návštěvy
Psychiatrizace nebo psychiatrická redirekce v klinickém textu	8/23 (34,8 %)	včetně explicitních zmínek o psychiatrii či depresi bez jasného somatického plánu

Tabulka M1. Manažerské indikátory dostupnosti, diskriminace a klinického výnosu.



Graf M1. Syntetické skóre institucí podle hodnotící matice dostupnosti, přijetí ME/CFS, klinické kvality a kritických selhání.

Abstrakt

Studie hodnotí stav, dostupnost a kvalitu péče ve specializovaných postinfekčních ambulancích zamýšlených pro pacienty s ME/CFS a souvisejícími postinfekčními stavy v jedenácti přímo řízených fakultních nemocnicích České republiky. Analýza vychází ze dvou komplementárních datových linií. První představuje administrativní telemetrii objednávacího kontaktu, v níž je měřena dovolatelnost, informovanost personálu, ochota přidělit termín a výskyt kritických komunikačních selhání. Druhá zachycuje patientskou zkušenost z fyzických návštěv u lékaře, a proto umožňuje posoudit nejen propustnost systému, ale také diagnostický výnos, klinickou odbornost a schopnost pracoviště rozlišovat mezi ME/CFS a postcovidovým syndromem.

Klinický rámec studie je zásadní. ME/CFS je závažné biologické, nikoli psychologické, multisystémové onemocnění. Jeho diagnostický profil stojí na zásadní redukci předchozí funkční kapacity, neosvěžujícím spánku, kognitivním či ortostatickým postižením a zejména na post-exertional malaise (PEM), tedy disproporčním zhoršením symptomů po fyzické, kognitivní, sociální nebo emoční zátěži [CDC-MECFS-2024; CDC-PEM-2024]. Postcovidový syndrom je naproti tomu stav definovaný časovou vazbou na infekci SARS-CoV-2, přičemž jeho projevy mohou zahrnovat silnou únavu, dušnost, poruchy kognice, bolest, poruchy spánku či přetrvávající respirační příznaky [WHO-PCC-QA]. Obě diagnózy se mohou překrývat, ale nejsou zaměnitelné. Právě selhání v tomto rozlišení se v poskytnutých datech ukazuje jako hlavní systémová bariéra.

Výsledky ukazují, že zavedení ambulancí zlepšilo viditelnost problematiky, avšak vytvořilo nerovnoměrnou, metodicky neukotvenou a místy diskriminační síť. Technická dovolatelnost je relativně vysoká, protože 94,9 % administrativních kontaktů bylo dosaženo do tří pokusů, ale praktická dostupnost pro pacienta s ME/CFS je výrazně nižší. Termín do T+90 dnů byl reálně zachycen v 37,3 % administrativních záznamů, zatímco odmítnutí pod záminkou „pouze long covid“ bylo zaznamenáno ve 42,4 % administrativních kontaktů. V klinickém vzorku 23 návštěv byl přímý diagnostický nebo suspektní výstup ME/CFS přítomen u 52,2 % záznamů, současně však 34,8 % klinických záznamů obsahovalo psychiatrickou redirekci nebo psychiatrizující rámec. Tento rozpor ukazuje na stav, v němž některá pracoviště postupně získávají klinickou kompetenci, zatímco jiná přesouvají somatické postinfekční onemocnění do organizačního vakuu mezi pneumologií, neurologií, internou, infekčním lékařstvím a psychiatrií.

Závěr studie je kritický, nikoli nihilistický. Nejlepší výsledky vykazuje Fakultní nemocnice Motol a Homolka, která kombinuje vysokou administrativní propustnost, absenci systematické LC-only diskriminace a relativně dobrý klinický přístup. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Fakultní nemocnice Hradec Králové vykazují významný klinický potenciál, ale trpí dlouhými lhůtami, přetížením či nekonzistencí vstupní linie. Nejproblematictější pracoviště nejsou nutně ta, která nemají nejkratší čekací dobu, nýbrž ta, která popírají oprávněnost klasické ME/CFS mimo etiologii SARS-CoV-2 nebo pacienty směřují k psychiatrii bez jasného somatického plánu. Strategickou prioritou pro Ministerstvo zdravotnictví je proto sjednocení minimálního klinického standardu, zavedení auditovatelných objednávacích skriptů, explicitní zákaz diagnózové diskriminace podle etiologie a povinná edukace personálu první linie v problematice PEM, pacingu a diferenciatní diagnostiky ME/CFS.

Kontextuální ukotvení a teoretický rámec zkoumané problematiky

Myalgická encefalomyelitida, označovaná také jako ME/CFS, představuje jednu z nejméně výraznějších zátěžových zkoušek moderní medicíny, protože kombinuje vysokou míru funkční invalidizace s absencí jednoduchého biologického markeru, který by v rutinní praxi umožnil rychlé potvrzení diagnózy. Centers for disease control and prevention (CDC) popisuje ME/CFS jako chronické, život měnící onemocnění zasahující mnoho orgánových systémů a zároveň zdůrazňuje, že nejde o stav běžné únavy [CDC-MECFS-2024]. V posuzované síti ambulancí je tato skutečnost klíčová, neboť zařízení nemohou opírat triáž pouze o běžné laboratorní nebo plicní nálezy. Diagnostická práce musí kombinovat pečlivou anamnézu, vyloučení alternativních příčin, popis postexerčního zhoršení a mapování funkční kapacity pacienta.

Centrálním rozlišovacím znakem ME/CFS je právě post-exertional malaise (PEM). Nejde o běžnou únavu po zátěži, nýbrž o patologickou zátěžově indukovanou exacerbaci symptomů, která může nastupovat

opožděně po 12 až 48 hodinách a trvat dny či týdny [CDC-PEM-2024; NICE-NG206-2021]. U těžších pacientů může i doprava do ambulance, čekání v hlučné čekárně nebo dlouhý rozhovor znamenat klinicky významné zhoršení. Z tohoto důvodu NICE výslovně doporučuje přizpůsobit načasování, délku a frekvenci kontaktu potřebám pacienta, brát v úvahu fyzickou dostupnost a omezovat smyslovou zátěž [NICE-NG206-2021]. V posuzovaných datech tato dimenze dostupnosti prakticky není zachycena v nemocničních protokolech, ale objevuje se v patientských textech, například v popisu velké vzdálenosti ambulance od vstupu nebo v nemožnosti cestovat za péčí při horším zdravotním stavu [S2: FTN; S2: FN HK].

Historicky byla ME/CFS zatížena bagatelizací a psychologizací. Absence rutinního markeru vedla v mnoha systémech k interpretaci symptomů jako deprese, úzkosti, deconditioning nebo maladaptivního chování. Současný mezinárodní konsensus však tento redukcionismus odmítá. CDC uvádí, že ME/CFS je biologické onemocnění, nikoli psychologická porucha, a že u pacientů byly popsány mnohočetné patofyziologické změny, byť zatím žádná není dostatečně senzitivní a specifická pro diagnostiku [CDC-MECFS-2024]. NICE současně nedoporučuje žádné terapie založené na fyzické aktivitě jako léčbu ME/CFS ani programy s fixním inkrementálním zvyšováním fyzické zátěže, protože tento přístup neodpovídá riziku PEM [NICE-NG206-2021]. Pokud se v klinických záznamech objevuje doporučování aktivity či navyšování zátěže bez výslovné práce s PEM, nejde o neutrální rozdíl v komunikačním stylu, ale o potenciálně rizikovou odchylku od moderního standardu péče.

Rozlišení ME/CFS a postcovidového syndromu je pro hodnocení českých ambulancí rozhodující. Postcovidový syndrom je definován tím, že příznaky přetrvávají nebo se objevují po prodělaném onemocnění COVID-19, obvykle po uplynutí nejméně tří měsíců od akutní infekce a s trváním symptomů nejméně dva měsíce [WHO-PCC-QA]. Jeho klinická šíře zahrnuje fatigue, dušnost, bolest na hrudi, kognitivní potíže, poruchy spánku, anxieta, kašel, poruchy čichu a řadu dalších manifestací. ME/CFS naproti tomu není definována výlučně etiologií SARS-CoV-2. Může vzniknout po různých infekcích včetně EBV, Q horečky, herpetických virů, enterovirů nebo SARS-CoV-2, ale klinicky ji určuje přítomnost charakteristického syndromového jádra včetně PEM [CDC-MECFS-2024]. Ambulance, která přijímá pouze pacienty po covidu nebo pouze pacienty s plicními projevy, proto nenaplnuje roli specializované péče pro ME/CFS, i kdyby se formálně nacházela v síti postinfekčních ambulancí.

Český kontext je formován dlouhodobým deficitem standardizované péče. Organizace NF Neúnavní již v roce 2024 upozorňovala, že situace pacientů s ME/CFS je neuspokojivá a že tématem veřejné debaty má být vznik standardizované péče [NEUNAVNI-OMBUDSMAN-2024]. V březnu 2026 stejná organizace informovala, že během ledna a února opakovaně kontaktovala fakultní nemocnice dotčené ministerským nařízením o zajištění provozu specializovaných postinfekčních ambulancí [NEUNAVNI-POSTINF-2026]. Ministerský seznam přímo řízených organizací k 1. 1. 2026 současně dokládá institucionální rámec sledovaných fakultních nemocnic, včetně FN Brno, FN Bulovka, FN Hradec Králové, FN Královské Vinohrady, FN Motol a Homolka, FN Olomouc, FN Ostrava, FN Plzeň, FN u sv. Anny v Brně, Fakultní Thomayerovy nemocnice a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze [MZD-PRO-2026].

Návrh analytického rámce a struktura zkoumaného vzorku

Analytický rámec spojuje dvě odlišné vrstvy patientské zkušenosti. Soubor 1 zachycuje administrativní fázi, tedy to, zda se pacient dovolá, zda personál ví o existenci ambulance pro ME/CFS, zda komunikace probíhá s elementární vstřícností, zda je nabídnut termín a zda se v hovoru objevují diskriminační či bagatelizační prvky. Soubor 2 zachycuje klinickou fázi, tedy výsledek fyzické návštěvy, informovanost lékaře o ME/CFS, přístup personálu, čas do prvního vyšetření, obtížnost nalezení informací, diagnostický závěr a kvalitativní hodnocení pacienta.

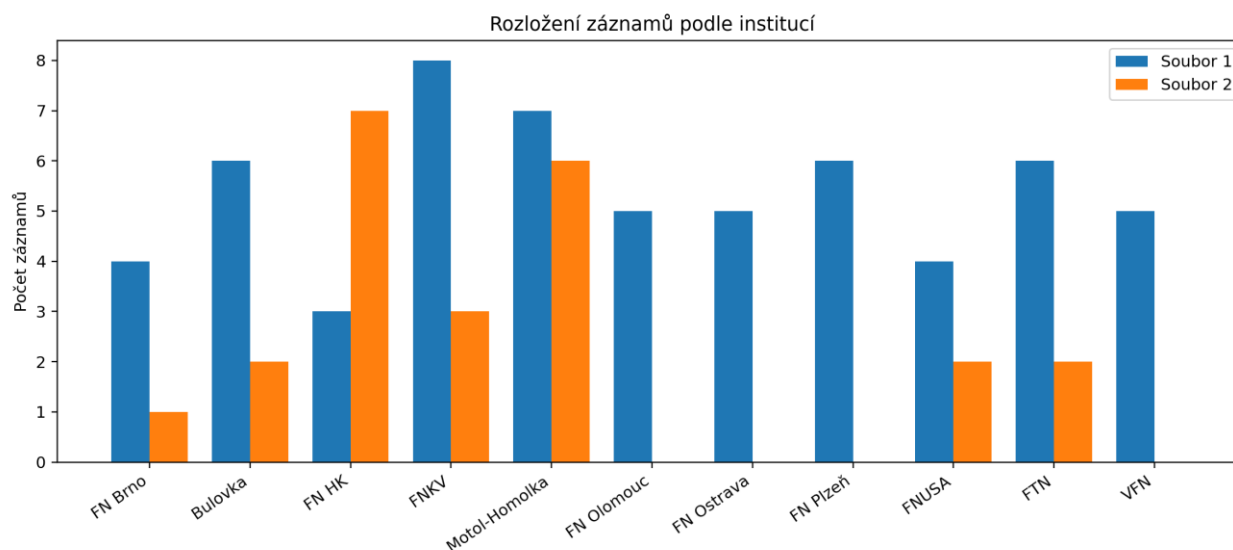
Pro administrativní linii byl vektor úspěšnosti definován jako kombinace výborné hodnoty 1 na pětibodové škále, dovolatelnosti pod tři pokusy, deklarované znalosti personálu o ambulanci ME/CFS a nabídky termínu do T+90 dnů. Kritické selhání bylo definováno jako záznam obsahující alespoň jednu z následujících dimenzí: odmítnutí pacienta proto, že ambulance ošetřuje výhradně long covid, bagatelizaci, odeslání na psychiatrii nebo termín nad T+90 dnů. Prázdné hodnoty a N/A nebyly interpretovány jako pozitivní ani negativní binární indikátor, avšak absence nabídnutého termínu snižovala

úspěšnost dostupnosti, protože z pohledu pacienta nepředstavuje reálně otevřenou péči [S1, metodická matice].

Pro klinickou linii byly čtyřstupňové a pětistupňové slovní škály převedeny na normalizované skóre 0 až 100. Kategorie „Výrazný přínos“ a „Velmi dobré“ odpovídaly 100 bodům, kategorie „Spíše přínos“ a „Spíše dobré“ 67 bodům, neutrální dostupnost 50 bodům, „Spíše zklamání“ a „Spíše špatné“ 33 bodům a „Velké zklamání“ nebo „Velmi špatné“ 0 bodům. Volné texty byly analyzovány s důrazem na odepření diagnózy, nedoporučení další péče, neznalost specifik ME/CFS, psychiatrizaci, zmínky o PEM, pacingu a potenciálně rizikové doporučení aktivace či navyšování zátěže.

Instituce	Soubor 1	Soubor 2	Dovolatelnost < 3 pokusy	Termín do T+90	Pouze LC	Kritické selhání
Fakultní nemocnice Brno	4	1	100,0 %	50,0 %	75,0 %	75,0 %
Fakultní nemocnice Bulovka	6	2	83,3 %	100,0 %	16,7 %	16,7 %
Fakultní nemocnice Hradec Králové	3	7	100,0 %	0,0 %	66,7 %	100,0 %
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	8	3	75,0 %	37,5 %	25,0 %	87,5 %
Fakultní nemocnice Motol a Homolka	7	6	100,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %
Fakultní nemocnice Olomouc	5	0	100,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %
Fakultní nemocnice Ostrava	5	0	100,0 %	0,0 %	20,0 %	40,0 %
Fakultní nemocnice Plzeň	6	0	100,0 %	33,3 %	66,7 %	66,7 %
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	4	2	100,0 %	0,0 %	75,0 %	75,0 %
Fakultní Thomayerova nemocnice	6	2	100,0 %	0,0 %	83,3 %	83,3 %
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	5	0	100,0 %	20,0 %	80,0 %	80,0 %

Tabulka 1. Struktura vzorku a základní administrativní indikátory po normalizaci aliasů institucí.



Graf 1. Rozložení administrativních a klinických záznamů podle pracovišť.

Vzorek neobsahoval věk, pohlaví, socioekonomický status ani regionální spádovost pacienta v podobě, která by umožnila robustní demografickou stratifikaci. Klinická data však obsahovala informaci

o předcházejícím vzniku obtíží. Z 23 klinických záznamů bylo 7 spojeno s prodělaným covidem, 6 s prodělanou virózou, 1 se silným stresem a 4 s nejistou etiologií; zbývající záznamy etiologii neuváděly. Tato struktura sama potvrzuje, že cílová skupina nemůže být redukována na pacienty po covidu, protože v klinickém vzorku se vyskytují i pacienti s ne-covidovou postinfekční nebo nejasnou etiologií [S2, etiologická pole].

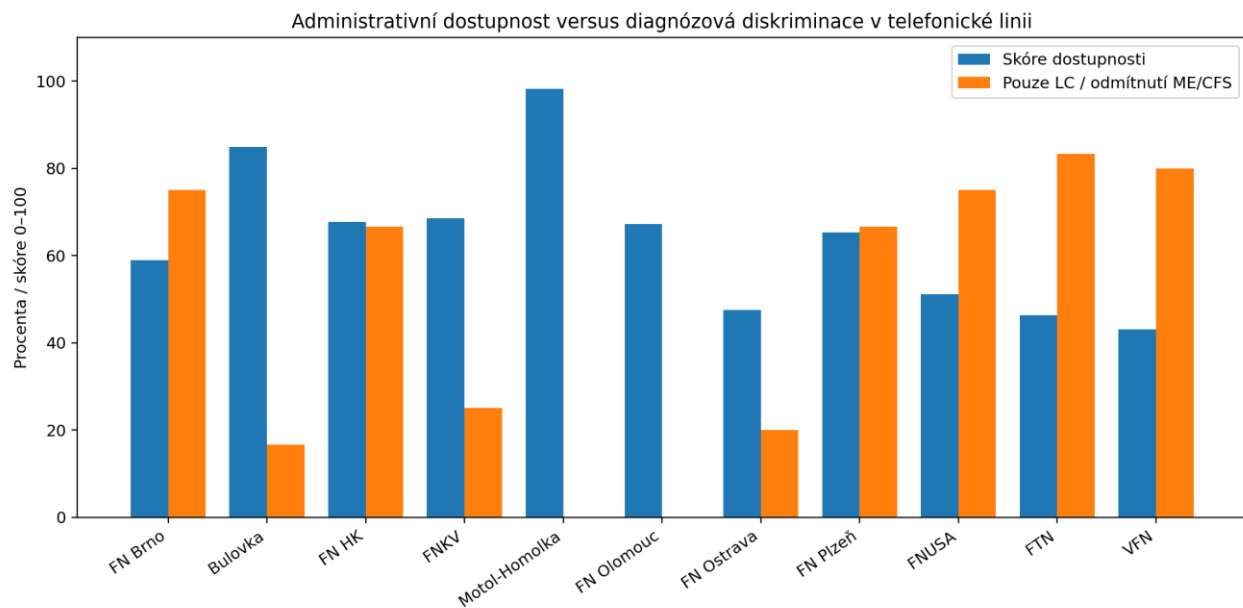
Výsledky: kvantitativní a kvalitativní syntéza patientské zkušenosti

Bariéry v dostupnosti a selhání administrativní první linie

Administrativní data ukazují paradoxní kombinaci relativně dobré technické dovolatelnosti a nízké funkční dostupnosti. Pouze 3 z 59 administrativních záznamů vyžadovaly tři nebo více pokusů, avšak znalost personálu o ambulanci ME/CFS dosáhla jen 59,3 %. Jinak řečeno, linka často existuje a bývá zvednuta, ale personál často není připraven pacienta s ME/CFS klinicky a organizačně zařadit. Tato disproporce je patrná zejména ve VFN, kde žádný z pěti administrativních záznamů neuvádí znalost personálu o ambulanci ME/CFS, a ve FN u sv. Anny v Brně, kde je znalost zachycena pouze v jednom ze čtyř záznamů [S1: VFN; S1: FNUSA].

Druhou bariérou jsou čekací lhůty a absence reálného termínu. Pouze 22 z 59 splňovalo T+90, tedy termín do 3 měsíců od kontaktování ambulance. Nejvýraznější problém se vyskytuje ve FN Královské Vinohrady, kde je termín nad 90 dnů zachycen v 5 z 8 administrativních záznamů, a ve FN Hradec Králové, kde dva ze tří administrativních záznamů uvádějí 360 dnů. Právě FN Hradec Králové přitom klinicky vykazuje relativně silný diagnostický výnos, což naznačuje, že pracoviště může být odborně kompetentní, ale kapacitně zásadně přetížené [S1: FN HK; S2: FN HK].

Kvalitativní texty administrativní linie ukazují, že patientská zkušenost se netýká jen délky čekání, ale také stylu komunikace. U FN Bulovka se opakují záznamy popisující spěch, jednoslovné odpovědi nebo pocit obtěžování, i když je zároveň zachycena schopnost nabídnout termín. U FNKV se vedle profesionálních hovorů objevují popisy pasivity, bagatelizace a dlouhých lhůt. U Thomayerovy nemocnice se záznamy soustředí na sdělení, že ME/CFS není léčena a že pacient má hledat péči jinde. Z hlediska řízení kvality je podstatné, že i milý tón bez znalosti indikace může být pro pacienta bariérou, pokud výsledkem je organizační slepá ulička.



Graf 2. Administrativní dostupnost ve vztahu k míře odmítnutí pacientů s ME/CFS mimo rámec long covidu.

Diferenciálně-diagnostická diskriminace a psychiatrizace somatického onemocnění

Nejzávažnější nález představuje opakované zúžení péče na pacienty po covidu, často ještě přesněji na pacienty s plicní manifestací po covidu. Tento vzorec je v administrativních datech zachycen u 25 z 59 záznamů. Nejvyšší podíl LC-only odmítnutí vykazuje Fakultní Thomayerova nemocnice, kde se tento indikátor objevil v 5 ze 6 záznamů, dále VFN v Praze se 4 z 5 záznamů, FN Brno se 3 ze 4 záznamů, FN u sv. Anny v Brně se 3 ze 4 záznamů a FN Plzeň se 4 ze 6 záznamů. Tento vzorec není drobnou komunikační nepřesností, ale systémovou záměnou etiologicky definovaného postcovidového syndromu za klinicky definovanou ME/CFS.

Z klinického hlediska je LC-only filtr neobhajitelný pro ambulanci, která má sloužit i pacientům s ME/CFS. CDC uvádí, že ME/CFS-like illness byla popsána po mnoha infekcích včetně SARS-CoV-2, ale také po EBV, Q horečce, herpetických virech, enterovirech a dalších infekčních spouštěčích [CDC-MECFS-2024]. WHO vymezuje postcovidový stav časovou vazbou na COVID-19 a trváním příznaků po akutní fázi [WHO-PCC-QA]. Pokud tedy nemocnice odmítne pacienta s ME/CFS proto, že nemá prokázaný covid nebo nemá plicní postcovidový nález, uplatňuje kritérium, které není klinicky ekvivalentní k cílové diagnóze.

Psychiatrizace se v administrativních datech objevuje ve 4 z 59 záznamů a v klinických textech v 8 z 23 záznamů. Nejzávažnější klinické formulace jsou patrné u FN u sv. Anny v Brně, kde patientský text hovoří o traumatizujícím přístupu, nepravdivých a stigmatizujících informacích a hrubém gaslightingu, a u Thomayerovy nemocnice, kde je záznam spojován se zaměřením na psychiatrii, depresi, aktivaci a navyšování zátěže [S2: FNUSA; S2: FTN]. U FN Bulovka a FN Brno se psychiatrizující směr objevuje spolu s absencí jasného somatického plánu. Tyto nálezy je nutné interpretovat na pozadí historické stigmatizace ME/CFS, protože právě psychiatrická redukce bez respektu k PEM patří k hlavním příčinám ztráty důvěry pacientů ve zdravotnický systém.

Kvalita klinického procesu a reálný přínos fyzické návštěvy

Klinická fáze je heterogennější než administrativní linka. Z 23 fyzických návštěv vedly 4 k potvrzení diagnózy ME/CFS a 8 k podezření na ME/CFS s plánem dalšího vyšetřování. Nejvyšší počet diagnosticky relevantních výstupů vykazuje FN Hradec Králové, kde 6 ze 7 záznamů obsahuje potvrzení nebo podezření na ME/CFS. Patientské texty zde opakovaně uvádějí, že pacient byl pochopen, že diagnóza byla potvrzena nebo že je připraven plán dalšího vyšetřování. Současně však stejná instituce trpí dlouhou čekací dobou, což ukazuje na rozdíl mezi odborným jádrem pracoviště a kapacitní či mezioborovou koordinací [S2: FN HK].

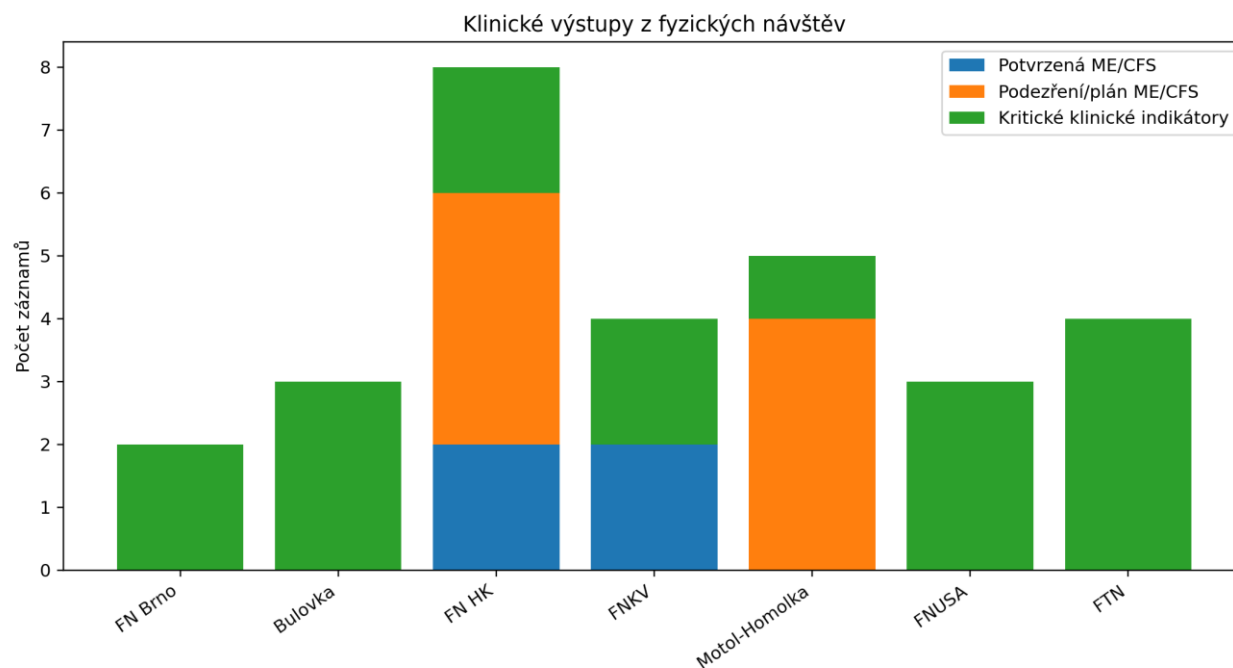
FN Motol a Homolka vykazuje nejstabilnější kombinaci dobré administrativní dostupnosti a klinické použitelnosti. Ve 4 ze 6 klinických záznamů je zachyceno podezření na ME/CFS s plánem dalších vyšetření, ve dvou záznamech se objevuje výrazný přínos a administrativní linka v sedmi záznamech nevykazuje LC-only odmítnutí, bagatelizaci ani psychiatrické přesměrování. Pracoviště tedy představuje nejlepší dostupnou praxi ve vzorku, nikoli hotový model komplexního centra.

FN Královské Vinohrady dosahuje nejvyšší klinické kvality ve slovních škálách, protože informovanost lékaře a přístup personálu jsou ve třech klinických záznamech hodnoceny velmi vysoko. Dva ze tří klinických záznamů uvádějí potvrzení diagnózy ME/CFS. Současně zde však administrativní linka vykazuje dlouhé termíny nad 90 dnů, bagatelizační a psychiatrizující prvky v části telefonických záznamů a jeden klinický záznam řeší stav jako postcovidový bez zmínky o ME/CFS. Vinohrady jsou proto příkladem pracoviště s kvalitním klinickým jádrem, které potřebuje zásadně stabilizovat vstupní proces a zkrátit čekací dobu [S1: FNKV; S2: FNKV].

Negativní klinické vzorce jsou nejvýraznější u FN u sv. Anny v Brně, FN Bulovka a Fakultní Thomayerovy nemocnice. FNUSA obsahuje pouze dva klinické záznamy, ale oba jsou hodnoceny jako velké zklamání a jeden z nich zachycuje odmítnutí objednání s tím, že s danou diagnózou pracoviště nepracuje. Bulovka má administrativně vysokou nabídku termínu, ale klinické záznamy popisují vyloučení infekční příčiny bez stanovení ME/CFS, absenci řešení a psychiatrickou redirekci. Thomayerova nemocnice má rychlý přístup ve fyzickém vzorku, ale zároveň ve volném textu zaznává psychiatrická orientace, aktivace a navyšování zátěže, což je nutné konfrontovat s doporučeními NICE, která odmítají fixní zvyšování fyzické aktivity u ME/CFS [NICE-NG206-2021].

Instituce	Počet vyšetření	Celkový přínos	Informovanost ME/CFS	Přístup personálu	Čekací doba	ME/CFS výstup	Kritické klinické indikátory
Fakultní nemocnice Brno	1	33,0	0,0	100,0	40,0	0/1	2/1
Fakultní nemocnice Bulovka	2	16,5	33,5	50,0	50,0	0/2	3/2
Fakultní nemocnice Hradec Králové	7	52,4	71,4	85,7	33,6	6/7	2/7
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	3	55,7	100,0	100,0	83,3	2/3	2/3
Fakultní nemocnice Motol a Homolka	6	55,7	61,2	89,0	95,8	4/6	1/6
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0/2	3/2
Fakultní Thomayerova nemocnice	2	50,0	33,5	67,0	100,0	0/2	4/2

Tabulka 2. Agregovaná klinická kvalita a kvalitativní indikátory ze Souboru 2.



Graf 3. Klinické výstupy podle institucí s fyzickými návštěvami.

Instituce	N S1	Skóre dostupnosti	Termín T+90	Index přijetí ME/CFS	N S2	Klinická kvalita	ME/CFS výstup
Fakultní nemocnice Brno	4	59,0	50,0 %	25,0 %	1	51,0	0/1
Fakultní nemocnice Bulovka	6	84,9	100,0 %	83,3 %	2	41,7	0/2
Fakultní nemocnice Hradec Králové	3	67,7	0,0 %	33,3 %	7	62,4	6/7
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	8	68,6	37,5 %	75,0 %	3	81,5	2/3

Instituce	N S1	Skóre dostupnosti	Termín T+90	Index přijetí ME/CFS	N S2	Klinická kvalita	ME/CFS výstup
Fakultní nemocnice Motol a Homolka	7	98,2	100,0 %	100,0 %	6	70,6	4/6
Fakultní nemocnice Olomouc	5	67,2	20,0 %	100,0 %	0	bez vzorku	bez vzorku
Fakultní nemocnice Ostrava	5	47,5	0,0 %	80,0 %	0	bez vzorku	bez vzorku
Fakultní nemocnice Plzeň	6	65,4	33,3 %	33,3 %	0	bez vzorku	bez vzorku
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	4	51,2	0,0 %	25,0 %	2	27,8	0/2
Fakultní Thomayerova nemocnice	6	46,4	0,0 %	16,7 %	2	66,8	0/2
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	5	43,1	20,0 %	20,0 %	0	bez vzorku	bez vzorku

Tabulka 3. Komparace agregované dostupnosti a klinické kvality po institucích.

Hodnocení, profilace a výsledný žebříček zkoumaných institucí

Výsledný žebříček byl sestaven jako syntetické skóre 0 až 100. Do skóre vstupuje administrativní dostupnost, index přijetí ME/CFS, klinická kvalita a inverzní míra kritického selhání. U institucí bez klinického vzorku byla použita penalizace za neověřenou klinickou kvalitu, protože absence fyzických návštěv v datech nemůže být interpretována jako absence problému ani jako důkaz dobré praxe. Žebříček proto není pouhou tabulkou popularity, ale váženým odhadem implementační zralosti, který kombinuje propustnost, klinickou validitu a bezpečnost patientské zkušenosti.

Pořadí	Instituce	Celkové skóre	Dostupnost	Přijetí ME/CFS	Klinická kvalita	Selhání	Síla evidence
1	Fakultní nemocnice Motol a Homolka	83,4	98,2	75,0	70,6	8,3	plný klinický vzorek
2	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	60,6	68,6	54,2	81,5	77,1	plný klinický vzorek
3	Fakultní nemocnice Hradec Králové	57,0	67,7	52,4	62,4	64,3	plný klinický vzorek
4	Fakultní nemocnice Olomouc	55,2	67,2	50,0	20,0	0,0	bez klinického vzorku
5	Fakultní nemocnice Bulovka	54,6	84,9	41,7	41,7	58,3	omezený klinický vzorek
6	Fakultní nemocnice Ostrava	40,2	47,5	40,0	20,0	40,0	bez klinického vzorku
7	Fakultní nemocnice Brno	36,1	59,0	12,5	51,0	87,5	omezený klinický vzorek
8	Fakultní nemocnice Plzeň	34,6	65,4	16,7	20,0	66,7	bez klinického vzorku
9	Fakultní Thomayerova nemocnice	34,3	46,4	8,3	66,8	91,7	omezený klinický vzorek
10	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	27,9	51,2	12,5	27,8	87,5	omezený klinický vzorek
11	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	23,9	43,1	10,0	20,0	80,0	bez klinického vzorku

Tabulka 4. Finální žebříček institucí. Vyšší celkové skóre znamená vyšší implementační zralost; sloupec Selhání uvádí míru kritických indikátorů, nikoli pozitivní skóre.

Fakultní nemocnice Motol a Homolka je v datech nejlépe profilovaným pracovištěm. Administrativně dosahuje téměř maximálního skóre dostupnosti, všechny záznamy jsou dovolatelné na první pokus nebo do nízkého počtu pokusů, termíny jsou v T+90 a LC-only diskriminace není zachycena. Klinicky se objevují záznamy o nebagatelizujícím přístupu, vyléčení pacienta a plánu dalších vyšetření. Slabším místem je skutečnost, že část klinických návštěv zůstává v rovině infekčního screeningu bez jasného následného symptomatického plánu. Celkově však jde o nejpřesvědčivější organizační model v posuzovaném vzorku.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady je pracovištěm s velmi kvalitním klinickým kontaktem, ale problematickou vstupní linií. Klinická data vykazují vysokou informovanost a přístup personálu, včetně potvrzení ME/CFS ve dvou ze tří záznamů. Administrativně je však zařízení zatíženo dlouhými termíny, opakovaným termínem 120 dnů, bagatelizačními epizodami a jedním záznamem s psychiatrizující formulací. Profil FNKV proto odpovídá specializovanému pracovišti s klinickým potenciálem, které potřebuje řízenou kapacitní intervenci a standardizaci telefonické triáže.

Fakultní nemocnice Hradec Králové má nejvyšší počet klinických záznamů a velmi dobrý diagnostický výnos, protože šest ze sedmi návštěv vede k potvrzení nebo podezření na ME/CFS. To naznačuje

zkušené klinické jádro. Současně se však v administrativní linii objevují termíny až 360 dnů, LC-only komunikace a v jednom záznamu odeslání na psychiatrii. U Hradce Králové je proto nejpravděpodobnějším vysvětlením kombinace odborné kompetence, vysoké poptávky a nedostatečné kapacity pro celostátní či nadregionální zátěž.

Fakultní nemocnice Olomouc je v administrativních datech relativně příznivá z hlediska absence kritických selhání, ale klinický vzorek zcela chybí. Hovory popisují ochotu, možnost poradny a v jednom záznamu velmi rychlý termín, ale opakovaně se objevuje nejistota, zda jde o obecný únavový syndrom, postcovid nebo plicní vyšetření. Umístění v horní polovině žebříčku je proto pouze provizorní a musí být interpretováno jako dobrý administrativní signál bez důkazu klinické zralosti.

Fakultní nemocnice Bulovka představuje opačný typ nesouladu. Administrativně je schopna nabízet termíny, a to často do T+90, ale klinické záznamy jsou slabé. Pacienti popisují vyloučení infekční příčiny bez stanovení diagnózy ME/CFS, absenci léčebného nebo sledovacího plánu a psychiatrickou redirekci. Bulovka tedy není primárně problémem propustnosti, nýbrž problémem klinického obsahu návštěvy.

Fakultní nemocnice Ostrava nemá v klinickém souboru žádný záznam a v administrativní linii se objevuje nízká znalost ME/CFS. Záznamy zahrnují tvrzení, že se zařízení problematikou nezabývá, že ambulance byla zrušena nebo že jde o plicní kliniku. Jediný numerický termín přesahuje T+90. Profil Ostravy je proto charakterizován spíše absencí funkčního modelu než jednoznačnou klinickou špatnou praxí, protože klinická data chybí.

Fakultní nemocnice Plzeň má vstupní komunikaci místy vstřícnou, ale ve čtyřech ze šesti administrativních záznamů je zachyceno zúžení na long covid. Texty opakovaně popisují, že pacienti s chronickým únavovým syndromem nejsou řešeni, případně že péče je spojena s plicní indikací. Bez klinického vzorku nelze posoudit kvalitu lékařské návštěvy, ale administrativní data signalizují zásadní nesoulad s cílem přijímat pacienty s ME/CFS bez ohledu na etiologii.

Fakultní nemocnice Brno vykazuje vysoký podíl LC-only odmítnutí a nízkou znalost ME/CFS v administrativní linii. Klinický vzorek je tvořen jedním záznamem, který uvádí řešení jako postcovidový nebo postinfekční stav bez zmínky o ME/CFS a přeměrování jinač. V datech se objevuje i sdělení, že chronickému únavovému syndromu se pracoviště nevěnuje, a zúžení na plicní kliniku. Brno proto stojí níže než by odpovídalo samotné technické dovolatelnosti.

Fakultní Thomayerova nemocnice je nejvýraznějším příkladem formální existence kontaktu bez přijetí cílové diagnózy. V pěti ze šesti administrativních záznamů je zachyceno pouze LC či odmítnutí ME/CFS. Klinicky se objevuje postcovidové řešení bez ME/CFS a text o psychiatrii, depresi, aktivaci a navyšování zátěže. I když některé aspekty dostupnosti ve fyzickém vzorku vypadají příznivě, obsah péče je ve vztahu k ME/CFS klinicky nejistý až rizikový.

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně vykazuje nízké přijetí ME/CFS v administrativní i klinické linii. Telefonické záznamy často směřují pacienta k long covidu, spánkové laboratoři nebo k jinému oboru, zatímco klinické záznamy obsahují odmítnutí objednání a traumatizující zkušenost s gaslightingem. Dostupnost jako fyzická vzdálenost může být v patientských škálách hodnocena dobře, ale klinická kvalita a respekt k diagnóze jsou v dodaném vzorku velmi nízké.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze stojí na konci žebříčku především proto, že administrativní data neprokazují znalost ME/CFS a ve čtyřech z pěti záznamů ukazují na zúžení péče na long covid, často s respirační nebo těžkou postcovidovou indikací. Klinický vzorek chybí, takže nelze posoudit lékařský kontakt, ale právě absence klinického vzorku při současně slabé administrativní linii vede k závěru, že pacient s klasickou ME/CFS zde podle dostupných dat naráží na jednu z největších vstupních bariér.

Systemová diskuse a kritická reflexe zjištění

Výsledky ukazují, že implementace ambulancí naráží na tři strukturální limity českého zdravotnictví. Prvním je oborová fragmentace. ME/CFS je multisystémové onemocnění, které se nevejde do jedné tradiční odbornosti. Pokud je ambulance administrativně ukotvena v pneumologii, pacient bez dominantních plicních obtíží bývá odmítnut. Pokud je ukotvena v infekčním lékařství, návštěva se může

redukovat na vyloučení infekční příčiny. Pokud je ukotvena v neurologii nebo interně bez metodické opory, hrozí symptomatické rozptýlení bez jasného plánu. Tato fragmentace se v datech projevuje opakovaným odkazováním na praktika, imunologa, neurologii, psychiatrii, spánkovou laboratoř nebo plicní kliniku, aniž by pacient dostal koordinovanou cestu péče.

Druhým limitem je chybějící standard pro první linii. Telefonická sestra nebo administrativní pracovník nemusí být odborníkem na ME/CFS, ale musí mít jednoduchý, závazný a auditovatelný skript. Z poskytnutých dat vyplývá, že část personálu neví o existenci ambulance, část ji chápe jako plicní postcovidovou poradnu a část se snaží pomoci improvizovaně. Improvizace je v tomto kontextu nedostatečná, protože pacienti s ME/CFS jsou často funkčně omezení, komunikačně unavení a opakované obvolávání linek může samo vyvolat zhoršení stavu v důsledku PEM [CDC-PEM-2024].

Třetím limitem je přetrvávající epistemická nedůvěra vůči patientskému sdělení. Texty o tom, že pacient „obtěžuje“, že „unavený je každý“, že „únavový syndrom neexistuje“, nebo že je vhodné primárně řešit depresi, nejsou izolovaným problémem slušnosti. Jde o reprodukci historické stigmatizace, kterou mezinárodní doporučení postupně opouštějí. Moderní přístup připouští podpurnou psychologickou péči jako pomoc při zvládnutí chronického onemocnění, ale odmítá interpretovat ME/CFS jako primárně psychologickou poruchu nebo nabízet kognitivně-behaviorální terapii jako kurativní nástroj [CDC-MECFS-2024; NICE-NG206-2021].

Socioekonomické důsledky jsou značné. Pacient, který se opakovaně nedovolá ke kompetentnímu pracovišti nebo je odmítnut kvůli absenci covidové etiologie, ztrácí nejen čas, ale i funkční kapacitu. Čekání déle než šest měsíců, termíny za rok nebo cestování přes regiony jsou pro pacienty s PEM zdravotně relevantní zátěží, nikoli pouhou organizační nepříjemností. Zvláště u těžších pacientů může cesta do vzdálené ambulance znamenat několikadenní či týdenní relaps. Systém péče, který tento fakt nezapočítává, vytváří nerovnost mezi pacienty podle spádovosti, mobility, finančních možností a schopnosti opakovaně komunikovat s nemocniční administrativou.

Závěry a strategická doporučení pro stakeholdery

Ministerstvo zdravotnictví jako zřizovatel musí vymezit minimální závazný standard postinfekční ambulance pro ME/CFS a související stavy. Tento standard má explicitně stanovit, že pacient s podezřením na ME/CFS nesmí být odmítnut pouze proto, že nemá prokázanou infekci SARS-CoV-2 nebo nemá plicní postcovidovou manifestaci. Základní triáž musí rozlišovat mezi postcovidovým syndromem, ME/CFS fenotypem po covidu a klasickou ME/CFS po jiných infekcích nebo s nejasnou etiologií. Bez tohoto rozlišení se síť ambulancí stává nástrojem nerovného přístupu, nikoli řešením.

Managementy nemocnic musí zavést školení první linie, které bude praktické, krátké a auditovatelné. Personál objednávacích linek potřebuje vědět, že ME/CFS je biologické multisystémové onemocnění, že PEM je klíčový diagnostický a bezpečnostní prvek, že pacienti mohou být zátěží výrazně zhoršeni a že psychiatrické odeslání bez somatického vyhodnocení není adekvátní náhradou specializované péče. Stejně důležité je zavést jednotné skripty pro telefonickou komunikaci, v nichž bude uvedeno, jaké podklady má pacient dodat, kdo indikuje vyšetření, jaký je očekávaný čas do termínu a jak postupovat při nejasné etiologii obtíží.

Klinické týmy musí přejít od modelu jednorázového vyloučení infekce nebo plicní patologie k modelu longitudinálního symptomatického řízení. Standard péče by měl zahrnovat strukturované zhodnocení PEM, ortostatické intolerance, kognitivní dysfunkce, spánku, bolesti, imunologických a autonomních symptomů, rizika malnutrice či deficitu vitamínu D u omezeně mobilních pacientů a dopadu onemocnění na pracovní a sociální fungování. Pacing musí být vysvětlen jako individualizované energetické řízení, nikoli jako aktivizační program s fixním navyšováním zátěže. Jakékoli doporučení fyzické aktivity musí být podmíněno respektem k PEM a nesmí být prezentováno jako léčba ME/CFS [CDC-PEM-2024; NICE-NG206-2021].

Pro řízení kvality je nezbytné vytvořit pravidelný reporting, který bude zahrnovat počet přijatých pacientů s ME/CFS bez ohledu na etiologii, počet odmítnutí a jejich důvod, medián čekací doby, podíl termínů do T+90, počet pacientů s potvrzenou nebo suspektní ME/CFS, počet pacientů přesměrovaných na jiný obor a patientskou zkušenost s komunikací. Součástí auditu má být anonymizovaná analýza volných textů,

protože právě v nich se objevují jevy, které běžná kvantitativní škála nezachytí: bagatelizace, pocit obtěžování, gaslighting, zúžení na plicní long covid nebo absence plánu po fyzické návštěvě.

Strategickým cílem nemá být prosté rozšíření počtu kontaktů, ale vytvoření konzistentní, eticky bezpečné a klinicky kompetentní sítě. Data ukazují, že takový model je dosažitelný, protože některá pracoviště již prokazují přijetí ME/CFS a schopnost plánovat další vyšetření. Zároveň však ukazují, že bez centrální metodiky se stejný program v různých nemocnicích mění v rozdílné lokální interpretace, od skutečné postinfekční péče přes infekční screening až po odmítnutí pacientů s klasickou ME/CFS. Odstranění diagnózové diskriminace a edukace personálu proto nejsou doplňková opatření, ale základní podmínka funkčnosti celé sítě.

Zdroje a identifikátory

Použité identifikátory v textu označují externí a datové opory takto: S1 je administrativní telemetrický soubor, S2 je klinický soubor fyzických návštěv, CDC-MECFS-2024 je klinický přehled ME/CFS Centers for Disease Control and Prevention, CDC-PEM-2024 je klinický přehled PEM a pacingu, NICE-NG206-2021 je doporučení NICE pro diagnostiku a management ME/CFS, WHO-PCC-QA je definice a klinický rámec postcovidového stavu, MZD-PRO-2026 je ministerský seznam přímo řízených organizací, MZD-MOTOL-2025 je ministerské oznámení o spojení Motola a Homolky a NEUNAVNI-POSTINF-2026 či NEUNAVNI-OMBUDSMAN-2024 označují veřejné kontextové informace patientské organizace.