



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Kabinet veřejného zdravotnictví
Klinika dětí a dorostu

Jiří Šedo

**Analýza krajských zdravotních plánů a
konceptí se zvláštním zaměřením na
populační prevenci**

Regional Health Plans in the Czech Republic -
Preventive Aspects Analysis

Diplomová práce

Praha, 2008

Autor práce:

Jiří Šedo

Studijní program:

Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Vedoucí práce:

MUDr. David Marx, PhD

Pracoviště vedoucího práce:

**Kabinet veřejného zdravotnictví,
Klinika dětí a dorostu**

Datum a rok obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze, dne 31. srpna 2008

Jiří Šedo

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval mému školiteli dr. Davidu Marxovi za vedení práce a pracovníkům všech krajských úřadů za spolupráci

- zvláště pak paní dr. Věře Švarcové a ing. Daně Buřičové z KrÚ kraje Vysočina za cenné konzultace.

Obsah

D1. ÚVOD	8
D1.1 Způsob práce.....	9
D1.2 Cíl práce	9
D1.3 Hlavní předpoklady	9
D1.3.1 Kraj, který chce pečovat o zdraví svých občanů, by měl:	9
D1.3.2 Vzhledem k vybrané problematice stárnutí populace bychom od kraje očekávali v koncepčním materiálu:	10
D1.4 Technické poznámky ke zpracování práce.....	12
D2. Nástroje a kompetence krajů v oblasti zdravotní politiky	13
D2.1 kraj jako zřizovatel nemocnic	14
D2.2 kraj jako zajišťovatel činnosti ZZS	15
D2.3 kraj jako spolutvůrce sítě nestátních zdravotnických zařízení	15
D2.4 Mají tedy kraje nástroje pro realizaci zdravotní politiky na svém území?	16
D2.5 Otázky terminologie	16
D3. Přehled dokumentů získaných k analýze	17
D3.1 Zdravotní plány z roku 2003	19
D4. Realizace programu Zdraví 21 v krajích ČR	20
D4.1 O programu Zdraví 21	20
D4.2 Zdraví 21 v ČR.....	20
D4.3 Program a kraje ČR.....	21
Cíle programu Zdraví 21	21
Negativní příklady zpracování programu Zdraví 21	23
D4.4 Cíl 3 „Zdravý start do života“	24
D4.5 Cíl 5 „Zdravé stárnutí“	28
„Zdravé stárnutí“ v plánu LK	29
„Zdravé stárnutí“ v plánu Pardubického kraje	34
„Zdravé stárnutí“ v plánu Zlínského kraje	39
„Zdravé stárnutí“ v plánu ÚSK	42
„Zdravé stárnutí“ v plánu SČK	45
D5. Ostatní krajské plány a koncepce s výjimkou implementací programu Zdraví 21	48
D5.1 Zdravotní plán Kraje Vysočina.....	48
Hodnocení materiálu z hlediska struktury	49
Hledisko věcné	49
Stárnutí populace ve zdravotním plánu KVV	49
D5.2 Zdravotní plán JČK.....	51
D5.3 Liberecký kraj – Krajský zdravotní plán Libereckého kraje	52
Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu	52
Problematika stárnutí populace v plánu LK	53
D5.4 Koncepce zdravotnictví Středočeského kraje	55
Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu	55
Stárnutí populace v koncepci SČK	56
D5.5 Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji	57

Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu	57
Stárnutí populace v koncepci MSK	57
D5.6 Krajský zdravotní plán Olomouckého kraje	61
Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu	61
Stárnutí populace v koncepci OLK	61
D5.7 Krajské zdravotní koncepce Ústeckého kraje	62
Zdravotní plán ÚSK	62
Optimalizace lůžkové péče na území ÚSK	62
Zdravotnictví na území Ústeckého kraje v roce 2006	64
D6. Celkové hodnocení plánů.....	65
A) Mají kraje jasnou koncepci zlepšování zdravotního stavu obyvatel?	65
C) Aktualizují kraje tyto koncepce a vydávají zprávy o průběžném plnění?	66
D) Zpřístupňují kraje koncepce veřejnosti – zveřejňují je na internetu?	66
E) Je do tvorby a plnění koncepcí zahrnuto co největší spektrum aktérů?	66
B-1) Obsahují koncepce hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů?	67
B-2) Jsou kraje schopny specifikovat problematické oblasti, kde je možné a potřebné dosáhnout zlepšení? Snaží se kraje analyzovat svoje kompetence a nástroje, kterými lze dosáhnout řešení?	68
B-3) Specifikují kraje dostatečně jednotlivé dílčí aktivity, kterými lze zlepšení realizovat?	69
B-4,5) Mají kraje jednoznačně stanoveny cíle, kterých chtějí dosáhnout? Mají kraje časový harmonogram plnění cílů?	71
B-6) Určily kraje ke každé aktivitě zodpovědné osoby a instituce, které jsou za plnění cílů zodpovědné?	73
B-7) Vybraly kraje dobré ukazatele, které budou dobře vypovídat o stavu plnění cílů?	73
D7. Závěr	74
A) Kolik krajů má zdravotní plány a koncepce? Jakou mají úroveň?	74
B) Jaké jsou mezi plány rozdíly – jsou srovnatelné z formálního a obsahového hlediska?	74
C) Dominují v plánech nějaká témata na úkor jiných?	74
D) Jsou si kraje vědomi problémů spojených se stárnutím populace? Mají v plánech zahrnuta opatření, která zvyšují kvalitu života seniorů v současnosti i budoucnosti? Je v plánech věnována dostatečná pozornost těmto tématům ve srovnání s ostatními cíly?	74
D8. Souhrn.....	76
D9. Seznam použité literatury	78

D0. Použité zkratky

Zkratka	Název kraje
HKK	HK
HMP	Praha
JČK	Jihočeský
JMK	Jihomoravský
KVK	Karlovarský
KVY	Vysočina
LIK	Liberecký

Zkratka	Název kraje
MSK	Moravskoslezský
OLK	Olomoucký
PDK	Pardubický
PLK	Plzeňský
SČK	Středočeský
ÚSK	Ústecký
ZLK	Zlín

BFH – Baby-Friendly Hospital

ČALS - Česká alzheimerovská společnost

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DD – domov důchodců

KHS – krajská hygienická stanice

KÚ – krajský úřad

LSPP– lékařská služba první pomoci

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

NNO – nevládní nezisková organizace

non-Z21 – souhrnné označení všech krajských plánů a koncepcí, které nejsou implementacemi programu Z21

NPH – nízká porodní hmotnost

NZZ – nestátní zdravotnické zařízení

PÚ – perinatální úmrtnost

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace – též SZO)

Z21 – program WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“

ZP – zdravotní pojišťovna

ZZ – zdravotnické zařízení

ZZS – zdravotnická záchranná služba

D1. ÚVOD

Není to dávno, kdy stojaté vody naší státní správy rozčeřil vznik 13 zcela nových institucí. Jejich příchod budil velké vášně, ještě než vůbec vznikly, a tak si musely kraje svoji pozici od začátku vehementně budovat. V té době byla role krajů ve zdravotnictví velmi nejasná, nezdálo se, že by kraje měly tendenci hrát ve zdravotnictví rozhodující úlohu. Když však v roce 2002 bylo rozhodnuto, že správa nefakultních nemocnic přejde pod krajské úřady, nebylo pochyb o tom, že na pole veřejného zdravotnictví přichází nový hráč, který určitě nebude „sedět na lavičce“, ale bude se muset energicky zhostit své úlohy.

Očekávání od krajů byla různá. Někteří hleděli na kraje značně skepticky. Já osobně jsem ve skrytu duše doufal, že nová struktura by mohla přinést čerstvý vítr a trochu změnit destítky let zaběhaný způsob úředničení. Zejména u regionálních zdravotnických zařízení bylo zřejmé, že téměř anonymní zodpovědnost za jejich hospodaření podlamuje stabilitu celého systému. Přenesení zodpovědnosti na regionální úroveň bylo logickým řešením, i když značně pošramocným, protože bylo spojeno s předáním balíků miliardových dluhů.

Již od počátku svého studia lékařství jsem se zájmem sledoval, jak se kraje se svojí úlohou ve zdravotnictví potýkají, a tak bylo přirozené, že jsem si právě toto téma vybral pro svoji závěrečnou práci. A jak jinak analyzovat postavení krajů než podle toho, jak samotné krajské samosprávy tuto svoji pozici vidí?

Právě koncepční materiály krajů by měly vypovídat o jejich úloze v systému a o jejich snaze tuto svoji úlohu plnit. Kraje totiž nemohou hrát ve zdravotnictví roli nezávislého pozorovatele, už z toho důvodu, že v rámci přenesené působnosti mají určité, jasně dané povinnosti. Dále však mají v rámci samostatné působnosti mnohem šířeji definovanou zodpovědnost za pečování o potřeby svých občanů (viz zákon č. 129/2000 Sb. „...Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů“), což už je oblast, kde kraje musí vzít samy otěže do svých rukou a vydat se na pole, kde nejsou jasně dané úkoly a předpisy, a záleží na každém kraji, jakým způsobem na potřeby svých občanů odpoví. Více k tomuto tématu v kapitole D2, kde předkládám analýzu právního postavení krajů v systému zdravotnictví.

V rámci úvodu bych ještě chtěl zmínit vizi, s jakou jsem práci tvořil. Mojí snahou bylo vypracovat dokument, který bude užitečný pro všechny, kterých se krajská zdravotní politika týká. Ať už se jedná o akademiky, zdravotníky nebo o zodpovědné politiky a pracovníky krajských úřadů. Právě ze strany krajských úředníků jsem zaznamenal již v průběhu sběru materiálů velký zájem o moji práci. Proto bych si přál, aby pro ně byla diplomová práce přehledným materiálem, který jim bude inspirací při tvorbě dalších koncepčních materiálů, a aby upozornění na nedostatky nevnímali jako kritiku své práce, ale jako pomoc. Zároveň se omlouvám, pokud v mé práci najde čtenář nedostatky a subjektivně zabarvené soudy. Přes veškerou snahu o objektivnost a preciznost mohly při srovnávání více než tisíce stránek (velmi variabilních) dokumentů snadno vzniknout.

D1.1 Způsob práce

Analýzu jsem pojal jako odpověď na systematicky kladené otázky, které uvádím v kap. D1.2. Odpovědi vycházejí u určitých předpokladů (kap. D1.3). V kapitole D4 a D5 následují analýzy jednotlivých plánů. V kapitolách D6 a D7 poté hodnotím plány celkově, formou odpovědí na otázky v kapitolách D1.2 a D1.3.

Analyzovat všechny kapitoly zdravotních plánů by bylo zřejmě velmi neefektivní a zcela nad rámec takovéto diplomové práce. Proto jsem se rozhodl zaměřit na jednu problematiku a srovnat, jak se jí jednotlivé koncepční materiály věnují. Volba padla zcela jednoznačně na **problematiku péče o seniory** a celkového komplexu problémů spojených se **stárnutím populace**. Je to téma, které je jednoznačnou výzvou nejen pro všechny vlády rozvinutých zemí, ale také právě pro všechny regionální politiky. Od těch bych očekával, že se ve svých koncepčních materiálech zamyslí nad tím, jakým způsobem mohou ve svém regionu tomuto problému čelit – jaké mají možnosti, nástroje a kompetence.

D1.2 Cíl práce

Cílem práce je zodpovědět na následující základní otázky:

- A) Kolik krajů má zdravotní plány a koncepce? Jakou mají úroveň?**
- B) Jaké jsou mezi plány rozdíly – jsou srovnatelné z formálního a obsahového hlediska?**
- C) Dominují v plánech nějaká témata na úkor jiných?**
- D) Jsou si kraje vědomy problémů spojených se stárnutím populace? Mají v plánech zahrnuta opatření, která zvyšují kvalitu života seniorů v současnosti i budoucnosti? Je v plánech těmto tématům věnována dostatečná pozornost ve srovnání s ostatními cíly?**

D1.3 Hlavní předpoklady

Kraje mají jako samosprávné orgány ze své podstaty pečovat o blaho svých občanů. Schopnost kraje toto svoje poslání plnit můžeme hodnotit na škále, kdy na jednom konci je konstatování, že kraj tuto svoji funkci neplní, a na druhé straně, že ji plní v největší možné míře. Posouzení této míry v konkrétní oblasti – zdravotnictví – je předmětem této práce.

Snadno si zřejmě dokážeme představit, jak toto své poslání kraj může neplnit – na druhou stranu tedy vyvstává otázka, **jaký bychom očekávali přístup u krajů, které toto svoje poslání plní?**

(pozn. následující text má shodnout strukturu s kapitolou D6 – Celkové hodnocení plánů)

D1.3.1 Kraj, který chce pečovat o zdraví svých občanů, by měl:

- A) mít jasnou koncepci zlepšování zdravotního stavu obyvatel
- B) koncepce by měla obsahovat v jakékoliv formě:
 1. hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů
 2. výběr oblastí, kde je třeba dosáhnout zlepšení
 3. analýzu kompetencí, nástrojů a dílčích aktivit, kterými lze zlepšení realizovat
 4. Stanovení cílů, kterých je třeba dosáhnout
 5. časový harmonogram plnění cílů
 6. určení zodpovědných osob a institucí, které jsou za plnění cílů zodpovědné
 7. výběr ukazatelů, které budou nejlépe vypovídat o stavu plnění cílů
- C) tuto koncepci pravidelně aktualizovat a vydávat zprávy o průběžném plnění koncepce

D) koncepci zpřístupnit nejširší veřejnosti – nejlépe na internetu

E) do tvorby a plnění koncepce by mělo být zahrnuto co největší spektrum aktérů (zdravotní a sociální odbory krajského úřadu, krajské hygienické stanice, jednotliví poskytovatelé zdravotní péče, MZČR a MPSV, zdravotní pojišťovny, obce a města kraje)

D1.3.2 Vzhledem k vybrané problematice stárnutí populace bychom od kraje očekávali v koncepčním materiálu:

1. Hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů

- demografické hodnocení věkové struktury obyvatelstva kraje
- hodnocení nejčastějších zdravotních a sociálních obtíží starších občanů
- přehled aktuálně dostupné zdravotní péče, dalších zdravotních a sociálních služeb
- ekonomické a výkonnostní ukazatele zdravotnických zařízení

2. Analýza kompetencí kraje a výběr oblastí, kde je třeba dosáhnout zlepšení

3. Přehled dílčích aktivit, kterými lze zlepšení realizovat

přibližně v těchto oblastech:

- ovlivňování struktury poskytované zdravotní péči na území kraje s rozšiřováním kapacit pro zdravotní péči o starší občany
- prevence nežádoucích činitelů snižujících kvalitu života (např. prevence úrazů seniorů, léčba mozkových příhod apod.)
- dobré spravování zdravotnických zařízení zřizovaných krajem
- podpora vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků pečujících o seniory
- grantová politika podporující projekty v sociální oblasti
- podpora komunitního plánování obcí a měst
- podpora přesunu péče o seniory z ústavního do domácího prostředí
- podpora rodin pečujících o seniory
- další ...

4. Stanovení cílů, kterých je třeba dosáhnout

například tyto:

- zvýšení soběstačnosti, sebeúcty a celkové kvality života seniorů
- uspokojení poptávky seniorů po službách všeho druhu a zvýšení jejich kvality
- snižovat například počet úrazů, incidence daných onemocnění
- zvýšení efektivity a kvality zařízení všeho typu pečujících o seniory
- integrování péče zdravotní a sociální do jednoho celku, kdy v centru je klient s potřebami obojího druhu
- další...

5. Časový harmonogram plnění cílů

- např. do r. 2011 snížit počet zlomenin krčku stehenní kosti u občanů starších 65 let o 10%

6. Určit zodpovědné osoby a instituce, které jsou za plnění cílů zodpovědné

- zdravotní a sociální odbory krajského úřadu
- krajské hygienické stanice
- jednotlivé poskytovatele zdravotní péče
- MZČR a MPSV, obce a města kraje
- další...

7. Vybrat ukazatele, které budou nejlépe vypovídat o stavu plnění cílů

například:

- objem poskytované péče (např. počet klientů home care agentur, obloženost lůžek následné péče atd.)
- incidence onemocnění a úrazů
- ekonomické parametry zřizovaných zdravotnických zařízení
- spokojenost klientů se službami
- další...

D1.4 Technické poznámky ke zpracování práce

Všichni vedoucí krajských odborů pro zdravotnictví byly dopisem (3/2007) požádány o poskytnutí všech zdravotnických koncepčních materiálů, kterými disponují. Vzhledem k tomu, že se jednalo o dlouhý časový úsek před obhajobou práce, tak jsem v rámci aktualizace ještě v období června 2008 zkontroloval webové stránky všech krajů, zda nebyly krajem přijaty nové koncepční materiály. Kraje, které neměly v roce 2007 žádné koncepční materiály k dispozici, jsem pro jistotu ještě emailem požádal, zda nebyl v jejich kraji schválen nový materiál. Odpověď byla vždy negativní. V práci by tedy měly být zahrnuty všechny materiály, které nabyly platnosti do 15. června 2008 (s výjimkou plánu Zlínského kraje – důvod viz. níže).

Téměř všechny koncepční materiály (s výjimkou OLK a ZLK) byly zároveň vyvěšeny na webových stránkách krajů, a proto nebyl důvod analyzované materiály anonymizovat a označovat materiály pouze kódy, ač jsem z počátku tuto variantu předpokládal. Koncepční materiály jsou zároveň uspořádané podle krajů do souboru „konceptce.zip“, který slouží jako elektronická příloha této práce.

Před číslo kapitol diplomové práce vždy předřazuji písmeno D, aby bylo jednoznačně zřejmé, zda se v textu odkazuje na kapitoly mé práce a nikoliv na kapitoly krajských koncepčních materiálů. V textu používám také souhrnné označení non-Z21 pro všechny plány a konceptce, které nejsou implementacemi programu Z21.

Přímo do textu diplomové práce vkládám pomocí rámečků citace z koncepčních materiálů, abych tak čtenáře oprostil od složitého vyhledávání patřičných kapitol v desítkách analyzovaných dokumentů, které navíc někdy nemají jednoznačné číslování stránek (díky použitému formátu souborů). Stejně tak činím u svých hodnotících tabulek, abych zachoval přehlednost.

D2. Nástroje a kompetence krajů v oblasti zdravotní politiky

Vytváření krajských zdravotních plánů je procesem, který se odehrává v určitém rámci kompetencí, které obecně územně samosprávné celky mají. V tomto oddíle bych se tedy chtěl blíže věnovat podmínkám, ve kterých jsou krajské plány a koncepce vytvářeny, zvláště pak ve vztahu k centrální správě.

129/2000 Sb. Zákon o krajích (krajské zřízení)

§ 1

...

(4) Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů.

§ 2

(1) Kraj spravuje své záležitosti samostatně (dále jen "samostatná působnost"). Státní orgány mohou do samostatné působnosti zasahovat, jen vyžaduje-li to ochrana zákona, a jen způsobem, který stanoví zákon. Rozsah samostatné působnosti může být též omezen zákonem.

(2) Státní správu, jejíž výkon byl zákonem svěřen orgánům kraje, vykonávají orgány kraje jako svou přenesenou působnost (§ 29 a 30). Kraj je při výkonu státní správy správním obvodem.

Kraj je povinen zabezpečit výkon přenesené působnosti.

(3) Kraj při výkonu samostatné působnosti a přenesené působnosti chrání veřejný zájem.

§ 92

(1) Při výkonu přenesené působnosti jsou orgány územní samosprávy podřízeny příslušnému ministerstvu.

Zákon 129/2000 Sb. o krajích mluví o krajích jako veřejnoprávních korporacích či společenstvích občanů, které spravují své záležitosti samostatně. Tato samostatnost je ovšem limitována určitými mantinely, které vytvářejí orgány státu, a kraje jsou v případě výkonu přenesené působnosti přímo podřízeny příslušnému ministerstvu. Pokud tedy mluvíme o zdravotních plánech a koncepcích, pohybujeme se v prostoru, kdy kraj by měl plánem či koncepcí deklarovat, jak konkrétně chce „pečovat o potřeby svých občanů“, nicméně orgány státní správy (povětšinou Ministerstvo zdravotnictví ČR – dále jen MZČR) dávají či vymezují nástroje, kterými kraj může tyto zájmy prosazovat.

MZČR tak činí zejména přípravou obecně závazných právních předpisů, stanovisek, koncepcí a doporučení v oblasti zdravotnictví a jeho vývoje, dále kontrolní a dozorovou funkcí nad výkonem přenesené působnosti krajů, vyhlašuje výběrová řízení na poskytování ústavní a lázeňské zdravotní péče atd.

Již v tomto bodě je situace krajů svízelná. Oblast zdravotnictví je velice dynamická oblast státní správy a je do určité míry unikátní co do objemu prostředků, které jsou do ní vynakládány, obrovskému silovému poli zájmových uskupení, velice špatné měřitelnosti výstupů a rozporuplných očekávání veřejnosti... Bohužel politická reprezentace již řadu let odpovídá na tuto situaci určitou bezradností, která se konkrétně projevuje neustálým střídáním představitelů MZČR. S každým ministrem byla nastolena vždy mírně odlišná představa o postavení krajů v rámci zdravotnického systému a současná práce tedy může pouze reflektovat současný stav s vědomím, že i během zpracovávání může dojít z hlediska centrálních orgánů do zásahů v kompetencích krajů.

Při rozhodování o tom, zda má kraj přednést zdravotní plán či koncepci, je nejdříve zapotřebí odpovědět na otázku, jestli kraj vůbec takové nástroje k ovlivnění péče o zdraví svých občanů má a jaké.

Za hlavní nástroje, které svěřily krajům do rukou centrální orgány, jsou tyto:

V samostatné působnosti:

1. kraje vykonávají zřizovatelské funkce u zdravotnických zařízení, u nichž funkce zřizovatele vykonávaly do 1. 1. 2003 okresní úřady.
2. kraje zřizují a zajišťují činnost záchranné služby ve svém územním obvodu, podle potřeby zřizují a spravují protialkoholní záchytné stanice, řídí ochranu před alkoholismem a jinými toxikomaniemi ve svém územním obvodu (z. č. 37/1989 Sb.).

V přenesené působnosti:

3. kraj vydává rozhodnutí o registraci nestátních zdravotnických zařízení, jejich změny, rušení, včetně výkonu dozoru a kontroly (včetně ukládání sankcí) nad nestátními zdravotnickými zařízeními.
4. vyhlašuje výběrová řízení před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotní pojišťovnou a nestátním zdravotnickým zařízením (dále jen NZZ) a zaujímá stanovisko k jeho výsledkům.
5. posuzuje případy, u nichž vznikly pochybnosti, zda byl při výkonu zdravotní péče dodržen správný postup, popř. zda bylo ublíženo na zdraví. Ustanovuje územní znaleckou komisi jako svůj poradní orgán k posuzování těchto případů.

Dále má každý kraj následující úkoly v rámci přenesené působnosti, z kterých však nevyplývají zásadnější nástroje k tvorbě zdravotní politiky:

- plní úkoly na úseku státní protidrogové politiky ve svém správním obvodu (z. č. 37/1989 Sb.), hradí náklady na činnosti v oblasti preventivních opatření zabraňujících vzniku, rozvoji, šíření TBC (vyhl. MZ č. 224/2002 Sb.), zajišťuje přípravu na mimořádné události, provádění záchranných a likvidačních prací a ochranu obyvatelstva (z. č. 239/2000 Sb.).
- hradí náklady vzniklé lékárnám s odevzdáním nepoužitelných léčiv fyzickými osobami (z. č. 79/1997 Sb.), přijímá hlášení SÚKLu (Státní ústav pro kontrolu léčiv) o závadách jakosti a nežádoucích účincích léčiv dle tohoto zákona a předává informace zdravotnickým zařízením ve své působnosti, přebírá hlášení osob provozujících lékárnou o stavu a pohybu zásob návykových látek.
- přezkoumává rozhodnutí vydaná orgány obce ve správním řízení, přezkoumává lékařské posudky vydané lékaři zdravotnických zařízení, zajišťuje zabezpečení lékařských prohlídek při odvodním řízení.

Výčet nástrojů samozřejmě není úplný. V rámci samostatné působnosti je možné použít nekonečně mnoho dalších dílčích nástrojů, které nebyly vědomě dány krajům za úkol ze strany orgánů státní správy a liší se tedy kraj od kraje. Právě tyto nástroje se pokusím vyzvednout v analýze plánů a koncepcí konkrétních krajů – záleží mj. na vynalézavosti a finančních prostředcích kraje, jak bude ovlivňovat zdraví svých obyvatel – například ne každý kraj bude provozovat reklamní kampaň proti kouření apod.

D2.1 kraj jako zřizovatel nemocnic

Kraje vykonávají zřizovatelské funkce u zdravotnických zařízení, u nichž funkce zřizovatele vykonávaly do 1. 1. 2003 okresní úřady na základě z. č. 290/2002 Sb. Jedná se zvláště o nemocnice s výjimkou nemocnic fakultních a soukromých.

Jako zřizovatel tedy kraj jednoznačně ovlivňuje podobu krajské sítě nemocnic a dále pak kvalitu a šíři poskytované zdravotní nemocniční péče za předpokladu, že jsou tato krajská zařízení majoritním poskytovatelem zdravotní péče v kraji. Tento nástroj jmenují na prvním místě právě proto, že s tímto „úkol“ byly kraje ve své zdravotní politice konfrontovány nejdříve a dodnes je nástrojem, pokud ne nejdůležitějším, tak minimálně nejviditelnějším.

Kraje převzaly státní nemocnice v nedobrému stavu. Jejich zadlužení bylo třeba řešit, a tak na základě jednání hejtmanů krajů s ministryní zdravotnictví dne 3. června 2003 v Praze a dopisů náměstka R. Čevely čj. MZDR 8297/2003 ze dne 28. 3. 2003 a čj. MZDR 15733/2003 ze dne 9. 6. 2003, byly všechny kraje vyzvány ke zpracování zdravotních plánů kraje. Zpracování plánů bylo fakticky podmínkou vlády pro udělení prostředků na oddlužení nemocnic, a proto téměř všechny kraje tyto plány vypracovaly.

D2.2 kraj jako zajišťovatel činnosti ZZS

V tomto bodě nejsou úkol krajů pouze organizační a provozní záležitosti ZZS, ale před kraji je také úkol řešit uspořádání lékařské služby první pomoci, lékařských pohotovostí apod.

D2.3 kraj jako spolutvůrce sítě nestátních zdravotnických zařízení

Kromě sítě nemocnic, které jsou zřizované krajem má však kraj možnost monitorovat i síť nestátních zdravotnických zařízení. Na základě zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních je kraj registrovatelem NZZ, což dává kraji přesný přehled o všech NZZ na jeho území a jeho funkce spočívá především v kontrolní činnosti – nedává mu možnost přímo tuto síť ovlivňovat.

Samotný nástroj, který dovoluje krajům zásahy do struktury NZZ se zakládá na ustanoveních zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění.
§ 46

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny (dále jen "síť").

(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení. **Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení** oprávněně poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

§ 47

(1) Výběrové řízení vyhláší způsobem v místě obvyklým **krajský úřad**, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy (dále jen "krajský úřad"). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem provozování zdravotnického zařízení. Výběrové řízení na **poskytování ústavní a lůžkové zdravotní péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví.**

§ 48

(1) Vyhlášovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi. Členy komise jsou:

- a) zástupce krajského úřadu, jde-li o výběrové řízení vyhlášené krajským úřadem, nebo zástupce Ministerstva zdravotnictví, jde-li o výběrové řízení vyhlášené tímto ministerstvem,
- b) zástupce příslušné profesní organizace, c) zástupce příslušné zdravotní pojišťovny,
- d) odborník pro druh zdravotní péče, která má být zdravotnickým zařízením poskytována.

§ 52

(1) Vyhlášovatel zaujme stanovisko k výsledkům výběrového řízení a sdělí je zdravotní pojišťovně. Součástí stanoviska je názor vyhlášovatele, zda zdravotní pojišťovna plní povinnost podle § 46 odst. 1 věta první.

(2) Zdravotní pojišťovna **přihlíží** k výsledkům výběrového řízení a ke stanoviskům vyhlášovatele při uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. **Výsledek výběrového řízení a stanovisko vyhlášovatele nezakládají právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.**

Krajský úřad tedy může vyhlásit výběrové řízení a zaujmout k jeho výsledkům určité stanovisko, nicméně zdravotní pojišťovny jsou povinny pouze přihlížet k tomuto stanovisku a k výsledku výběrového řízení. Toto stanovisko není pro zdravotní pojišťovnu závazné, což se jeví jako klíčový bod, který zásadně omezuje zásahy krajů do sítě NZZ.

D2.4 Mají tedy kraje nástroje pro realizaci zdravotní politiky na svém území?

Podle výše uvedených skutečností je v současné době omezena možnost spoluúčasti krajů na tvorbě sítě NZZ, což relativizuje sílu dalšího nástroje, který by mohl zdůvodňovat tvorbu zdravotního plánu.

Navíc jsou v současné době kraje v pozici, kdy očekávají s nástupem nové vlády další změny ve státní zdravotní politice, které pravděpodobně opět výrazně změní úlohu krajů při realizaci státní zdravotní politiky. Podle prohlášení současných návrhů zákonů MZČR(r.2008) se dá očekávat výrazný přesun pravomocí směrem ke zdravotním pojišťovnám, které budou mít ještě výraznější vliv na tvorbu sítě NZZ než dosud. Na druhou stranu by měly mít pojišťovny konkrétní povinnosti stanovené zákonem, který by konkrétněji vymezil požadavky na zdravotní z hlediska sítě jejich smluvních zdravotnických zařízení. Lze pouze spekulovat, zda budou jedním z kontrolních orgánů právě kraje nebo tuto úlohu převezmou centrální orgány státní správy (MZČR či Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami).

S tímto přesunem kompetencí můžeme očekávat změnu i ve směru omezení pole působnosti kraje jako zřizovatele ústavních zdravotnických zařízení, kdy kraj například bude pouze reflektovat požadavky kladené na ústavní zařízení z hlediska zdravotní pojišťovny.

Na situaci, kdy vládne nejistota z hlediska kompetencí, které budou vloženy na kraje v rámci přenesené působnosti, některé kraje zareagovaly pozitivně v tom smyslu, že se rozhodly ve svých plánech soustředit na hledání nástrojů k ovlivnění zdravotního stavu obyvatel, a které mohou realizovat v rámci své samostatné působnosti. Jinými slovy, je zde tendence k nezávislosti na neustále se měnící centrální zdravotní politice (tedy zdravotní politice v užším smyslu slova) reprezentované MZČR, a tím i přesunem orientace ze zasahování do poskytování zdravotní péče na jiné prostředky, kterými je možno zlepšit zdravotní stav obyvatelstva kraje.

Tento přístup reprezentují především kraje, které se rozhodly na svém území realizovat program Zdraví 21. O tomto programu se blíže zmíním níže v kapitole D4.

D2.5 Otázky terminologie

Je zde tedy na místě otázka, zda vůbec můžeme používat v současné době pojem „krajská zdravotní politika“, zda vůbec kraje mají nebo by měly mít nástroje k tvorbě zdravotní politiky. Setkáváme se s názorem, že tento pojem nemá reálný podklad, protože v ČR vytváří zdravotní politiku pouze vláda, a to i v případě liberalizace celého sektoru, protože se předpokládá jasná definice kompetencí jednotlivých subjektů, které ovlivňují zdraví občanů.

Přesto ve své práci pojem „krajská zdravotní politika“ používám, protože jsem toho názoru, že je možno pojem „politika“ definovat jako souhrn všech nástrojů, kterými ovlivňuje veřejnoprávní orgán zdraví svých obyvatel, a to v tomto případě nezávisle na tom, jaké kompetence a nástroje kraje mají v rámci přenesené působnosti a jak jsou omezeny ve vykonávání samostatné působnosti. Pokud tedy předpokládáme, že alespoň nějaké kompetence a nástroje kraje mají, nemusíme tedy mluvit pouze o „realizaci státní zdravotní politiky na území krajů“, ale přímo o „krajské zdravotní politice“.

D3. Přehled dokumentů získaných k analýze

zkr.	kraj	název dokumentu	počet stran, charakteristika	dostupnost
JČK	Jihočeský	Zdravotní plán JČK 2003	17 stran, aktuálně připravován program Zdraví 21	http://www.kraj-jihocesky.cz/
		Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU	43 stran, vesměs analytický materiál bez návrhů dalších opatření	tamtéž
		Akční plán rozvoje Jihočeského kraje pro rok 2006	2 strany věnované přehledu grantových programů v sociálních službách a zdravotnictví	tamtéž
LIK	Liberecký	Dr. Vachek: Studie koncepce péče o zdraví občanů v Libereckém kraji		http://oz.xf.cz
		Zdravotní plán z r. 2003	122 stran, plán se věnuje spíše struktuře zařízení, lůžkovému fondu a finanční situaci nemocnic	tamtéž
		Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel – Zdravotní politika LIK 2005, 2006	aplikace programu Zdraví 21 v podmínkách kraje	www.khslbc.cz
SČK	Středočeský	Koncepce zdravotnictví ve Středočeském kraji	115 stran, důraz kladen na strukturu zdravot. zařízení	http://www.kr-stredocesky.cz/
		Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Středočeského kraje – „ZDRAVÍ 21“	85 stran, aplikace programu Zdraví 21 v podmínkách kraje	tamtéž
MSK	Moravskoslezský	Koncepce zdravotní péče v MSK	80 stran, zaměřená na strukturu zdravot. zařízení	http://www.kr-moravskoslezsky.cz/zdr_01.html
		Stránky programu Zdraví 21 bez aplikace v MSK		http://www.zdravi21msk.cz
OLK	Olomoucký	Krajský zdravotní plán Olomouckého kraje	24 stran, postup restrukturalizace lůžek	--
ÚSK	Ústecký	Zdravotní plán ÚSK	8 stran, především zaměřen na strukturu zařízení	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
		Zdravý kraj České republiky – Realizace programu „Zdraví 21“ v Ústeckém kraji	90 stran, realizace programu „Zdraví 21“ v Ústeckém kraji	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
		Zdravotnictví na území Ústeckého kraje 2005, 2006	60 resp. 50 stran, 2 dokumenty informují o poskytování zdravotní péče lůžkovými a vybranými ambulantními zdravotnickými zařízeními.	tamtéž
		Optimalizace lůžkové péče na území ÚSK	148 stran,	tamtéž

PDK	Pardubický	Dlouhodobá strategie rozvoje péče o zdraví s cílem zlepšování zdravotního stavu obyvatel Pardubického kraje	100 stran, realizace projektu Zdraví 21 v podmínkách kraje	www.pardubickykraj.cz
KVY	Vysočina	Zdravotní plán kraje Vysočina, Socioekonomická analýza ke zdravotnímu plánu	Samotný zdravotní plán 25str., socio-ekonomická analýza ke zdravotnímu plánu 216 stran	www.kr-vysocina.cz
ZLK	Zlín	Krajský zdravotní plán	nebyl analyzován	není k dispozici v el. podobě
		Zdraví 21 ve Zlínském kraji	46 stran, implementace Zdraví 21	http://www.khszlin.cz/doc/szs_zdravi21.pdf
		Programy podpory zdraví ve Zlínském kraji	22stran, částečně i přehled projektů vycházejících z programu Zdraví 21	http://www.khszlin.cz
PLK	Pízeňský	plán z r. 2003 nepředán k analýze		
JMK	Jihomoravský	údajně plán nemá		
HMP	Praha	není plán díky specifickému postavení		
KVK	Karlovarský	r. 2007: Pouze pracovní verze, která nemůže být předána k analýze.	r. 2008: Žádná koncepce údajně není připravována.	
HKK	HK	r. 2007: Pouze pracovní verze, která nemůže být předána k analýze.		

D3.1 Zdravotní plány z roku 2003

V roce 2003 došlo k situaci, kdy vznikly zdravotní plány téměř všech krajů. Je však důležité si uvědomit, že tyto plány vznikaly v době, kdy se vláda zavázala částečně oddlužit nemocnice. Dluhy nemocnicím vznikly ještě před převedením nemocnic do rukou krajů a podmínkou pro oddlužení ze strany vlády bylo, aby kraje zpracovaly svoje krajské zdravotní plány. Stalo se tak na základě jednání hejtmanů krajů s ministryní zdravotnictví dne 3. června 2003 v Praze a dopisů náměstka R. Čevely čj. MZDR 8297/2003 ze dne 28. 3. 2003 a čj. MZDR 15733/2003 ze dne 9. 6. 2003. Všechny kraje byly vyzvány ke zpracování zdravotních plánů kraje. Metodické zpracování těchto plánů bylo vymezeno základními body osnovy, z nichž prvních šest má charakter analytických podkladů a poslední dva návrh konkrétních opatření:

- zhodnocení demografického a populačního vývoje kraje
- zhodnocení zdravotního stavu populace v kraji
- přehled stávající sítě zdravotnických zařízení a poskytovaných veřejných služeb
- vyhodnocení lidských zdrojů
- technický stav zdravotnických zařízení
- ekonomické ukazatele
- geografická situace a dopravní obslužnost
- návrh sítě veřejných služeb podle jednotlivých druhů
- návrh konkrétních opatření pro realizaci jednotlivých druhů veřejných služeb

Nutno dodat, že pro vytvoření plánů byl omezený časový prostor, motivace krajů nebyla příliš vhodná, a proto nepřekvapí, že kvalita plánů byla všeobecně na velice nízké úrovni. Některé kraje ani nechtěly tyto plány, vědomy si jejich nedostatků, k analýze poskytnout.

D4. Realizace programu Zdraví 21 v krajích ČR

Vláda České republiky se svým usnesením ze dne 30. října 2002 č. 1046 přihlásila k programu Světové zdravotnické organizace (WHO) ZDRAVÍ 21 v podobě „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století“ (dále jen Zdraví 21). Následně MZČR zpracovalo a vydalo program Zdraví 21 v podobě brožury s cíly přepracovanými pro národní úroveň. Některé kraje poté v rámci svých dlouhodobých zdravotních plánů či koncepcí přepracovaly vybrané cíle programu Zdraví 21 na svou regionální úroveň.

D4.1 O programu Zdraví 21

Význam programu Zdraví 21 spočívá v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný návrh modelu komplexní péče o zdraví a jeho rozvoj. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace je ZDRAVÍ 21 podnětem a návodem k vlastnímu řešení otázek péče o zdraví, k vlastním cestám, jak dosáhnout všech 21 cílů k zlepšení zdravotního stavu svých obyvatel. Je vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Protože cíle nejsou stanoveny v absolutních hodnotách, ale koncipovány jako zlepšení současných národních ukazatelů, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva.

V současné době charakterizuje zdravotní stav populace vyspělých států s tržní ekonomikou a bývalých socialistických zemí, podle konstatování Světové zdravotnické organizace, deset hlavních příčin nemocnosti: ischemická choroba srdeční, unipolární deprese, cévní mozkové nemoci, dopravní úrazy, následky konzumace alkoholu, osteoartróza, nádorové nemoci trávicího ústrojí, průdušek a plic, poranění a vrozené vady.

Program ZDRAVÍ 21 je určitou výzvou, jak čelit stagnaci ukazatelů zdravotního stavu. Realizací cílů ZDRAVÍ 21 by členské státy měly dosáhnout výrazného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, na nádory a úrazy a snížit výskyt závažných nemocí a faktorů, které je ovlivňují. Prostředkem k tomu má být prevence příčin nemocí. Zdravotnická péče totiž zřejmě časem nedokáže za přijatelných nákladů účinně vyléčit rostoucí počty nemocných. Prevence nemocí a podpora zdraví jsou vůbec klíčovou komponentou celého programu - jsou součástí strategických přístupů u většiny cílů (např. se tedy zde nejedná o ekonomické výsledky zdravotnických zařízení, jak je zvykem u běžných zdravotních plánů).

V souvislosti s žádoucím zlepšováním zdravotního stavu a snižováním úmrtnosti je na místě obava, že zvyšování délky života způsobí mimořádné zvýšení nákladů na léčení velkého množství starší populace. Podle WHO však snížení úmrtnosti není cílem, ale důsledkem lepšího zdravotního stavu obyvatelstva, díky účinné prevenci nemocí nebo jejich včasné a racionálnější léčbě. WHO taktéž předpokládá, že takový vývoj může vést ke zlepšování zdravotnosti a soběstačnosti starých lidí a ke snižování nákladů na sociální služby. Stárnutí populace má však kromě ekonomického, i neméně důležitý společenský a etický rozměr, a s tím se vynořuje zase celá řada dalších otázek.

D4.2 Zdraví 21 v ČR

Význam pro ČR má program v tom, že je na stole první zásadní dokument o dlouhodobé zdravotní strategii ČR. Podstatné, a svým způsobem na české poměry převratné, je především to, že je zde důsledně uplatňována koncepce cílů definovaných ukazateli zdraví, a nikoliv tedy například parametry činnosti zdravotních služeb. V každém jednotlivém bodu jsou také určeni pracovníci a instituce, které

mají zodpovědnost za splnění konkrétních úkolů a činností, které směřují k ovlivnění těchto indikátorů.

Program ZDRAVÍ 21 je rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Základní zodpovědnost za plnění programu má vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí, při níž je zřízen Výbor pro tento program. Velký význam přikládá WHO účasti všech složek státní správy na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech resortů. Klade zdraví jako konkrétní důvod spolupráce resortů a jedno z kritérií pro politické rozhodování, což dosud nebylo běžnou praxí v činnosti ministerstev. Jde o zdravotní dopady zásadních rozhodnutí v energetice, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání či v daňových otázkách. Je známo, že dopravní obslužnost významně ovlivňuje dostupnost zdravotní péče, že obsah a úroveň vzdělání silně determinují postoje ke zdraví, že důležitým předpokladem dobrého zdraví je sociální postavení občanů. V některých zemích už se používá hodnocení dopadu strategických rozhodnutí na zdraví (Health impact assessment). Příkladem meziresortní kooperace v ČR může být "Akční plán životního prostředí a zdraví".

Dle národní implementace Z21 předmětem soustavného vědeckého zkoumání zatím vývoj zdraví obyvatel ČR dosud nebyl. Dílčí studie a úvahy však údajně očekávají pokračování trendů z 90. let – předpokládají tedy stálý vzestup počtu nových nádorových nemocí, metabolických nemocí, zejména diabetu, nemocí pohybového aparátu, neurologických a duševních onemocnění, psychosomatických důsledků užívání drog a i některých infekcí. Na druhé straně celková úmrtnost v posledním desetiletí 20. století zřetelně klesala a tento trend je v ČR nejvýraznější ve srovnání se státy, které byly na východní straně železné opony. Ambicí programu Zdraví 21 na národní úrovni je navázat na tento příznivý vývoj tak, aby během příštích 10 až 15 let bylo ve všech nejvýznamnějších indikátorech zdravotního stavu obyvatelstva dosaženo hodnot vyspělých členských zemí EU.

D4.3 Program a kraje ČR

K tomu, aby bylo cílů programu Zdraví 21 dosaženo, je zajisté zapotřebí i jeho rozpracování na regionální úrovni. 3 kraje ČR tuto výzvu přijaly a zpracovaly dokumenty, které se tímto zabývají. Jakým způsobem tak učinily, bych chtěl dále podrobněji analyzovat jednak v této kapitole a poté u rozboru koncepčních dokumentů těchto konkrétních 3 krajů.

Cíle programu Zdraví 21

V následujícím přehledu uvádím veškeré cíle programu Zdraví 21.

Cíl 1	Solidarita ve zdraví v evropském regionu Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu
Cíl 2	Spravedlnost ve zdraví Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin
Cíl 3	Zdravý start do života Do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života
Cíl 4	Zdraví mladých Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti
Cíl 5	Zdravé stárnutí Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti
Cíl 6	Zlepšení duševního zdraví Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb
Cíl 7	Prevence infekčních onemocnění Podstatně snížit nepříznivé důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti
Cíl 8	Snížení výskytu neinfekčních nemocí Do roku 2020 by se na území celého evropského regionu měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnižší možnou úroveň
Cíl 9	Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy Do roku 2020 zajistit, aby počty zranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů trvale a výrazně poklesly
Cíl 10	Zdravé a bezpečné životní prostředí Do roku 2015 zajistit bezpečnější životní prostředí, v němž výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy
Cíl 11	Zdravější životní styl Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl
Cíl 12	Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem Do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy
Cíl 13	Zdravé místní životní podmínky Do roku 2015 by obyvatelé měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních i ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místním společenství
Cíl 14	Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů Do roku 2020 by si všechna odvětví měla uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví
Cíl 15	Integrovaný zdravotnický sektor Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém
Cíl 16	Řízení v zájmu kvality péče Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni byla orientována na výsledek
Cíl 17	Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů Do roku 2010 zajistit takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na zásadách rovného přístupu, efektivity, solidarity a optimální kvality
Cíl 18	Příprava zdravotnických pracovníků Do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví
Cíl 19	Výzkum a znalosti v zájmu zdraví Do roku 2005 zavést takový zdravotní výzkum a informační i komunikační systém, který umožní využívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví všech lidí
Cíl 20	Mobilizace partnerů pro zdraví Do roku 2005 zapojit do naplňování strategie ZDRAVÍ 21 občany, jejich organizace, veřejný i soukromý sektor
Cíl 21	Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny Do roku 2010 přijmout a zavést postupy směřující k realizaci ZDRAVÍ 21, a to na celostátní, krajské a místní úrovni, které budou podporovány vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení

Jak je z přehledu zřejmé, cíle 1 a 2 jsou ovlivnitelné především na národní, či spíše nadnárodní úrovni. Cíle 3-13 je již možné dobře realizovat i na regionální úrovni (označeny tučně). LIK ale šel dále a zpracoval ve svém materiálu i cíle 14, 15, 16.

Negativní příklady zpracování programu Zdraví 21

Na tomto místě by bylo dobré poukázat na některé nedostatky, které se mohou v případě sestavování programu Zdraví 21 objevit. To nám pomůže lépe pochopit, v čem spočívá klíč k úspěchu tohoto programu a v čem spočívá jeho přínos, pokud je zpracován správně.

Následuje citace z materiálu nejmenovaného krajského programu kraje XX aplikace Zdraví 21:

Cíl XX: ZAVEDENÍ STATUTU „Baby Friendly Hospital“ VE VŠECH NEMOCNICÍCH KRAJE S PORODNICKÝM A NOVOROZENECKÝM ODDĚLENÍM
Termín: průběžně
Zodpovídá: kraj XX
Spolupráce: odborné společnosti
Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:
Novorozenecké odd. nemocnice XX pořádá 2x do roka proškolení sester novorozeneckých oddělení v rámci programu 10 kroků k úspěšnému kojení.
V současné době je v ČR 46 BFH, v kraji XX 3 pracoviště mají tento titul.

Cíl je specifikován zcela pregnantně, avšak v bodě termín naprosto schází jakýkoliv časový údaj. Zodpovědný objekt je specifikován pouze jako krajský úřad – není specifikován odbor (pravděpodobně odbor pro sociální věci a zdravotnictví). Jako spolupracující subjekt bychom asi očekávali spíše management jednotlivých nemocnic namísto odborných společností. A v důležité kolonce, kde by měly být uvedeny ukazatele k monitorování plnění úkolu, jsou uvedeny naprosto odlišné informace o počtu nemocnic s tímto statutem (v celé ČR!) a konstatování, že nemocnice XX pořádá určitá školení pro své sestry. Tzn., že zde není uveden žádný ukazatel.

Všechny tyto nedostatky zcela eliminují kvalitu programu Zdraví 21, jehož přínos spočívá právě v tom, že je založen na stanovení termínů, v kterých se zavazuje zodpovědný orgán úkol splnit. Není zde místo pro anonymitu zodpovědného subjektu – Z21 klade důraz na individuální zodpovědnost za naplnění dílčích cílů. A jak už bylo zmíněno výše, cíl programu jako takového je definován jako zlepšení definovaných ukazatelů, což předpokládá, že musí být tyto ukazatele pojmenovány.

D4.4 Cíl 3 „Zdravý start do života“

Vzhledem k tomu, že úkolem této práce je mimo jiné zodpovědět na otázku D (*Je v plánech věnována dostatečná pozornost těmto tématům (stárnutí populace) ve srovnání s ostatními cíly?*, viz kap. D1.2), rozhodl jsem se zanalyzovat souhrnně i jiný cíl, než je cíl 5, aby mohlo být posléze srovnáno, kterému cíli je věnována větší pozornost.

Ke srovnání jsem si vybral právě "start do života", který stojí jakoby na opačném konci životní osy člověka než stárnutí a umírání - je zde možné s trochou nadsázky porovnat, zda se kraje věnují více oblasti péče o novorozence než péči o staré občany. Samozřejmě s vědomím toho, že jde o oblasti v celé řadě aspektů značně nesrovnatelné.

Z analýzy byly vynechány plány krajů Zlínského a Středočeského – odůvodnění v podrobnější analýze cíle č. 5 těchto plánů.

V následující tabulce srovnávám verzi platnou pro ČR zpracovanou pod vedením MZČR a v pravých sloupcích je označeno, zda stejné cíle obsahují či neobsahují realizace Zdraví 21 v daných krajích.

MZČR	ÚSK	LIK	PDK
Dílčí úkol č. 3.1			
Lepší přístup k prenatální a perinatální péči	A	A	n
Dílčí úkol č. 3.2			
Snížení míry kojenecké úmrtnosti	A	A	n
Dílčí úkol č. 3.3			
Snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí	A	A	n
Dílčí úkol č. 3.4			
Snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %.	A	n	A
Dílčí úkol č. 3.5			
Snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2 500 g o 20 %	n	n	n

LIK si klade za cíl také:

(Dílčí úkol č. 3.4 LIK) Zvýšení podílu kojených dětí do 6 měsíců života a zavedení statutu BFH pro všechna porodnická a novorozenecká odd. v Libereckém kraji

(Dílčí úkol č. 3.6 LIK) Stabilizace systému poskytování zdravotní péče dětem a mladistvým

PDK také

(Dílčí úkol č. 3.1 PDK) Zvýšení podílu kojených dětí do 6 měsíců života a zavedení statutu "Baby Friendly Hospital" pro všechna porodnická a novorozenecká odd. v PDK

(Dílčí úkol č. 3.3 PDK) Stabilizace systému poskytování zdravotní péče dětem a mladistvým

Perinatální mortalita

Ze všeho nejdříve se koncepce shodují v tom, že všechny regiony ČR mají velmi nízkou úroveň porodnosti a plodnosti. Naopak s úrovní perinatální mortality 4,4 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě a ve statistikách jednotlivých krajů nenalezneme větší rozdíly v tomto ukazateli. ÚSK například zmiňuje, že došlo v posledních pěti letech k progresivnímu zlepšení tohoto ukazatele v kraji ze 7.33 promile v roce 2000 na hodnotu 5.1 promile v r. 2004, což je zcela v souladu s trendem platným pro celou ČR.

Další snižování perinatální úmrtnosti tedy není v nejbližších letech reálné a není cílem.

Kritériem úspěšnosti péče je všeobecně již výše zmíněná perinatální úmrtnost (PÚ), která je dále diferencována na prenatální, intrapartální a neonatální. Těmito kritérii je hodnocena péče prenatální, péče v průběhu porodu a péče novorozenecká. Tyto složky péče jsou zajištěny v ČR pro všechny těhotné systémem 3stupňové diferencované péče.

Výrazný pokles úmrtnosti v dětském věku je chápán všemi třemi kraji jako odraz odborného zkvalitnění péče především v prenatálním období. Těhotné ženy, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností, nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče perinatologických center. Integrální součástí perinatologických center jsou vysoce specializovaná pracoviště neonatální péče o nezralé novorozence, či novorozence s nízkou porodní hmotností (dále jen NPH). V jednotlivých koncepcích je konstatován systém perinatologických center – a situace je skutečně značně rozdílná. V rámci kraje LK například neexistuje perinatologické centrum III. typu, je zde pouze intermediální centrum (II.typ) v Krajské nemocnici Liberec. To znamená, že je kraj v péči o extrémně nezralé novorozence závislý na centrech v Praze a Ústí nad Labem. Naopak ÚSK má 2 centra III.typu (Most, Ústí n. L.).

Prakticky všechny koncepce řeší problémy s přistěhovalci, kteří mohou negativně ovlivnit vynikající úroveň výsledků perinatální péče. Zvláště svízelným problémem je péče o imigranty, kteří přicházejí z oblastí, kde nebyla poskytována prenatální péče - tyto pacientky obvykle představují klienty pro akutní péči a obvykle nemají zdravotní pojištění, což představuje finanční zátěž pro zařízení poskytující péči. Nejpodrobněji se této problematice věnuje LK, který téma rozpracovává do dalších dílčích úkolů (3.1.1, 3.1.2, 3.1.3). Nicméně se v bodě nákladů na léčbu nepojištěných imigrantů omezuje na konstatování: "I v letošním roce platí, že řešení je nad rámec zdravotní politiky kraje, v tomto případě je nutné, aby stát garantoval dluhy, které vzniknou zdravotnickým zařízením v péči o cizince".

V celostátní koncepci a v koncepci ÚSK jsou stanoveny důležité ukazatele "podíl porodů bez prenatální péče".

Vrozené vývojové vady

V regionech ČR je frekvence novorozenců s nízkou porodní hmotností cca 6 %, což odpovídá statistickému srovnání s vyspělými evropskými zeměmi. Ve výskytu vrozených vývojových vad (dále jen VVV) dochází k relativnímu zvýšení jejich frekvence ve vztahu k počtu živě narozených dětí. Zvýšení je zřejmě způsobeno zkvalitněním diagnostiky VVV a zlepšením jejich vykazování.

LK v tomto bodě zmiňuje, že byl dlouhodobě bez pracoviště lékařské genetiky, pacienti museli dojíždět na jiná pracoviště klinické genetiky (Praha, Ústí nad Labem, Hradec Králové). Vznikem nového genetického pracoviště a rozšířením spektra vyšetření byl tento problém vyřešen jak kvalitativně, tak i kvantitativně. Efektivita prenatálního screeningu ve smyslu snižování počtu živě narozených dětí s VVV se v LK zvyšuje, což je ostatně celorepublikovým trendem.

Program ÚSK neuvádí statistiky v tomto smyslu, nicméně si vzal za úkol:

- a) Vypracovat a realizovat systém fungujících screeningových center v rámci Ústeckého kraje.
- b) Léčbu vybraných skupin VVV centralizovat na specializovaná pracoviště Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Sít zdravotnických zařízení zapojených do péče o děti

Problematice sítě zdravotnických zařízení zapojených do péče o děti se koncepce nevyhýbají.

Celorepubliková koncepce zmiňuje problém vysokého podílu porodnic s méně než jedním porodem za den. V těchto zařízeních musí být k dispozici stálý tým pracovníků a vybavení odpovídající úrovně,

přičemž jejich využití je minimální. Takovýchto zařízení je v ČR stále ještě cca 20 % a MZČR by uvítalo jejich zrušení, což je tedy spíše úkolem povětšinou krajských samospráv.

ÚSK uvádí tabulku s počty porodů v jednotlivých nemocnicích, z které vyplývá, že pouze jediná nemocnice má méně než 500 porodů ročně (320), což považuje za stav vyhovující. Ve všech porodnicích dochází k vzestupu počtu porodů v průběhu let 2001-2004. Hodnotí také počet lůžek pro novorozence, zejména pak počet lůžek pro patologické novorozence, který je nižší než počet doporučený koeficientem MZČR v přepočtu na celkovou populaci kraje, a klade si za úkol v průběhu 2-3 let ve spolupráci s ostatními subjekty (MZČR, zdrav. pojišťovny) počet těchto lůžek zvýšit.

LIK patří mezi kraje s nejnižším počtem porodů. V roce 2004 se narodilo 4 361 novorozenců, došlo k mírnému vzestupu oproti roku 2003. V LIK funguje 6 porodnic, z toho 2 nemocnice mají počet porodů menší než 500/rok – stanovisko k této problematice se v plánu neuvádí.

LIK klade důraz v jednotlivých cílech na vytvoření standardizovaného systému integrované péče o perinatálně ohrožené a postižené děti a kontinuitu lékařské péče o všechny děti. V jednotlivých bodech sleduje systém, kdy si matka ještě v porodnici vybírá praktického lékaře (PLDD) pro svoje dítě, propuštění dítěte z nemocnice a předání do rukou PLDD, včetně možnosti změny PLDD a hodnotí tento systém jako fungující bez potřeby změn.

V bodě "Stabilizace systému poskytování zdravotní péče dětem a mladistvým" hodnotí LIK síť PLDD a LSPP jako dostatečnou, nicméně upozorňuje na problematiku generační obměny lékařů: "Není ochota vytvořit odbornou komisi, ve které by měli zastoupení jak PLDD, nemocniční pediatři, zástupci pojišťoven, zástupci LIK. Ani při výběrových řízeních na ordinace PLDD není zastoupen v komisi nemocniční pediatr". Nadužívání LSPP je také zmíněno se specifikací viníka, kterým je údajně "státní politika".

Budoucím nedostatkem PLDD se také zabývá program PDK s podobným výsledkem. Nenavrhuje řešení na krajské úrovni. Dále se zde konstatuje neutěšený stav v zajištění pohotovostní péče mimo ordinární dobu na území kraje.

Shodně koncepce konstatují, že současná pediatrie má velmi dobře zavedený systém jednotných preventivních prohlídek, zaměřených na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře. Ohrožené a chronicky nemocné či postižené děti jsou zařazovány do dispenzárních skupin, ve kterých jsou zvýšeně sledovány dětským lékařem a příslušnými specialisty. V dispenzární péči pediatrů je ročně sledováno v průměru každé páté dítě.

Faktem je určitě také to, že zdravotní stav dětské populace v ČR se i přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva výrazně nezlepšuje. Stoupá počet vrozených vad, alergických onemocnění, trvá nárůst onemocnění nervového systému, mentální retardace, závažných poruch chování, poměrně značně stoupá počet závažných úrazů a toxikomanie u dětí a mladistvých. Extrémně vysoká nemocnost akutními respiračními onemocněními se vyskytuje zejména u dětí navštěvujících předškolní dětská zařízení.

Za nejzávažnější příčiny tohoto stavu jsou považovány nesprávná životospráva, nepříznivé socioekonomické vlivy a některé faktory životního prostředí dítěte.

Kojení dětí

PDK považuje v bodě 3 jako jeden z nejdůležitějších cílů zvýšení podílu kojených dětí. Konkrétně si klade úkol zlepšit ukazatel "Podíl kojených dětí do 6 měsíců života" a cestou k tomu má být získání statutu BFH (Baby Friendly Hospital) pro všechny nemocnice kraje, stejně jako LIK.

ÚSK se v tomto bodě omezuje pouze na tvrzení: "Ocenění BFH získaly v uplynulém období novorozenecká oddělení v Mostě, Kadani a Ústí nad Labem" bez stanovení jakýchkoliv úkolů v této oblasti.

Nehody a násilí páchané na dětech

Poslední oblastí, které se věnují bez výjimky všechny tři programy je cíl "Snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %".

Programy zmiňují přetrvávající nedostatky v hlášení PLDD při podezření na násilí páchaném na dětech. Za důvody jsou považovány např. nezkušenost PLDD odhalovat skryté násilí na dětech, obava o ztrátu pacienta při hlášení podezření, nejistota v postupu komu, jakou formou a kdy hlásit. Častá je nediskrétnost ve spolupráci mezi pracovníky sociální sféry, policií a školskými pracovníky a zdravotníky při následném přešetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení. Citelně chybí dostatek dobře vyškolených psychologů a psychoterapeutů v této oblasti. Chybí vzájemná informovanost a koordinace postupů různých odborníků a nestátních organizací pro realizaci interdisciplinární spolupráce.

Soudní lékaři budou mít úkol zjistit incidenci (zpětně za dobu 10 let) v ČR se zaměřením na vraždu novorozeného dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte. Je potřeba provést zpětnou studii nálezů soudně-lékařských pracovišť ČR. Výsledkem studie bude přesná informace o počtu takových úmrtí. Bude také nutné vypracovat příslušné hlášení o násilí na dítěti, které by nejspíše vystavoval PLDD.

K řešení i prevenci problematiky dětí se syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) podle krajů přispívají sociální služby, jako např. Centrum krizové pomoci, krizové telefonní linky, azylové domy.

Problematika náhlé smrti se týká kojeneckého věku. V současné době je incidence cca 0,5 promile živě narozených dětí a jedná se o nejčastější příčinu smrti v kojeneckém věku. V současné době je vypracován doporučený postup pro PLDD při náhlé smrti kojence a samostatně budou náhlá úmrtí evidována také v rámci hlášení ÚZIS.

Kraje si kladou za úkol následující aktivity ke splnění tohoto cíle:

- a) Zavedení do praxe doporučeného postupu pro všechny praktické lékaře při podezření ze syndromu CAN, včetně komerčního sexuálního zneužívání dětí
- b) Zavést dotazník anamnézy úrazu dítěte pro odborné ambulantní lékaře
- c) Provést analýzu násilného jednání na dítěti
- d) Analýza a prevence náhlé smrti kojence (SIDS)
- e) Podporovat vytváření sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech

Zároveň stanovují ukazatele k monitorování plnění dílčích úkolů:

- náhlé úmrtí, děti se syndromem CAN, počet sebevražd dětí
- počty dispenzarizovaných dětí podle kategorií MKN 10
- počet sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech
- využívání dotazníku anamnézy úrazu dítěte - hodnocení dotazníků 1x ročně (Zdravotní ústav kraje)

D4.5 Cíl 5 „Zdravé stárnutí“

Cíle dle programu Zdraví 21 v celorepublikovém měřítku:

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ	
DO ROKU 2020 BY MĚLI MÍT LIDÉ NAD 65 LET MOŽNOST PLNĚ VYUŽÍT SVŮJ ZDRAVOTNÍ POTENCIÁL A AKTIVNĚ SE PODÍLET NA ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI	
Dílčí úkol č. 5. 1.	Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %.
Dílčí úkol č. 5. 2.	Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.

Dílčí úkoly 5.1 a 5.2 přejímají v podstatě všechny krajské realizační koncepce. Liší se od celorepublikového pohledu ve svých podbodech – dílčích úkolech.

Při analýze byla ale zjištěna velice problematická záležitost. Ta se týká zařazení dílčího úkolu 5.1 (Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %). Ten je totiž v národní implementaci Zdraví 21 zařazen velmi nešťastně právě pod námi sledovaným bodem 5. Bohužel, střední délka života je velmi málo závislá pouze na péči o seniory - je to velmi komplexní záležitost, na které se podílí příliš mnoho faktorů, které by při seriózním rozboru vydaly na celý nový dokument. Nebo by tato problematika měla spadat alespoň pod jiný cíl než je cíl 5 – vždyť prodloužením střední délky života (dílčí úkol 5.1) nemusí být implicitně spojeno se zvýšením využití zdravotního potenciálu u lidí nad 65let (znění cíle 5). Chybí zde tedy logická vazba mezi zněním cíle a dílčího úkolu, což řešili autoři krajských implementací různě. Jediný SČK ho ve svém plánu jednoduše vynechal a na jeho kvalitě to zajisté neubralo, s ještě větší "elegancí" tento bod vyřešili autoři PDK, kteří k tomuto dílčímu úkolu přidaly odkazy na více související kapitoly. Ale některé další kraje (LIK, ZLK) pod tento dílčí úkol zařadily zcela nesouvisející aktivity, a to rozhodně nepřispělo k jejich přehlednosti a logické provázanosti.

„Zdravé stárnutí“ v plánu LIK

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti	
Dílčí úkol č. 5.1	Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %
	Aktivity ke splnění dílčího úkolu: 5.1.1 Založení pobočky České alzheimrovské společnosti (ČALS)
Dílčí úkol č. 5.2	Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti
	Aktivity ke splnění dílčího úkolu: 5.2.1 Podporovat vznik sítě zdravotně-sociálních služeb v regionu 5.2.2 Umožnit a vytvořit podmínky pro rodiny, jež chtějí pečovat o své nejbližší v domácím prostředí (hmotné zabezpečení dávky státní podpory, příspěvky na bydlení, telefony) 5.2.3 Co nejvíce podpořit vznik hospice v Libereckém kraji 5.2.4 Oslovit komunální politiky a začlenit péči o staré občany do koncepce zdravotnictví a sociální péče jednotlivých obcí 5.2.5 Zmapování současného stavu, počtu a systému zařízení poskytujících péči o staré občany na území celého Libereckého kraje. Toto šetření poskytne přehled o pozitivích a negativích a event. nedostatcích, kapacitních možnostech (vč. dostupnosti služeb) a požadavcích na tyto služby a problémech v oblasti péče o staré občany
cíl 15 a 16 <u>INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR</u> Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém <u>ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE</u> Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví bylo od zdravotního programu až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni orientováno na výsledek	
Dílčí úkol č. 15.3	Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spolutvůrců péče o zdraví

Implementace Zdraví 21 v LIK se vymyká přístupu v ostatních krajích a jde z nich také nejdále. Původní znění plánu schválené v roce 2002 je dosti obecné a nekonkrétní, ale každý rok je vydávána komplexní zpráva o plnění cílů, kde je hodnoceno, jak se daří nastavené cíle plnit a zároveň je plánem na další období. Každá takováto zpráva obsahuje plné znění úkolů a cílů, a proto byla pro mou analýzu zvolena poslední zveřejněná zpráva z roku 2006.

Žádný jiný kraj (s výjimkou SČK) také nerozpracovává cíle 15 a 16 celonárodní verze Zdraví 21 a právě zde kraj věnuje pozornost i seniorům, a proto se těmito cíli budu zabývat také níže.

Dílčí úkol č. 5.1

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %

V rámci úkolu 5.1 považuje LIK za zásadní otevření pobočky alzheimerovské společnosti, která byla zřízena na základě grantu LIK. Text má prakticky formu výroční zprávy této organizace.

Jsou zde také stanovené ukazatele, které by měly monitorovat plnění úkolu. Jako zdroj dat by měly být použity údaje o dispenzarizaci pacientů u praktických a odborných lékařů. Je zjišťován počet pacientů s vybranými diagnózami. Není zde však opět jako u ÚSK patrné, jak by se mělo projevit financování pobočky ČALS v počtu pacientů trpících hypertenzí – stanovený ukazatel je převzat z celonárodní implementace programu Zdraví 21 a neodpovídá tedy cílům v krajské koncepci. Navazující text nemá logickou vazbu k předchozímu textu.

/ Zdravotní politika LIK, str. 23/

...

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.1.1 Založení pobočky české alzheimerovské společnosti

Splněno:

1. Kontaktní místo České alzheimerovské společnosti (ČALS) se sídlem v Liberci bylo založeno v červnu 2003 ve spolupráci s centrální, nestátní neziskovou organizací, ČALS v Praze a za podpory dotace z Grantového fondu Libereckého kraje.

...

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

Pacienti dispenzarizovaní pro vybrané diagnózy z evidencí praktických lékařů pro dospělé

...

(tabulka s výčtem diagnóz a počtem případů)

Zdrojem dat jsou roční statistická zjišťování o činnosti praktických lékařů pro dospělé. Jedná se o počty dlouhodobě léčených ze všech registrovaných pacientů u daného praktického lékaře, bez ohledu na to, kdo vede dispenzarizaci. Ne ve všech případech vede dispenzarizaci sám praktický lékař, z menší části jsou pacienti pro výše uvedené nemoci dlouhodobě léčeni u odborných lékařů (15 % pacientů s hypertenzními nemocemi a téměř 30 % pacientů shodně pro ischemické nemoci srdeční i cévní nemoci mozku). Situace v Libereckém kraji odpovídá republikovému průměru.

Dílčí úkol č. 5.2

Nejméně o 50% by se měl zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožní uchovat si autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti

V tomto bodě jsou v plánu nejprve vyjmenována občanská sdružení, která se podílí na činnosti pro seniory, a lze se pouze domnívat, že se těší určité podpory ze strany kraje. Dále jsou opět velmi konkrétně vyjmenovány odborné semináře, které se problematikou stárnutí zabývaly, nicméně byly evidentně zaměřeny pouze na odbornou veřejnost.

V bodě **5.2.1** je zmíněna potřeba **rozšíření kapacit institucionální i terénní péče o seniory**. Jedinou aktivitou k dosažení tohoto cíle je však návštěva Komise pro komunitní plánování v Liberci. Konstatuje se zde nedostatek financí v této oblasti bez naděje na zlepšení situace v několika dalších letech – není zde ani náznak, kudy by měla cesta k řešení tohoto problému vést nebo jaké mají krajské autority nástroje k prosazování tohoto záměru, což bychom od takovýchto koncepčních materiálů očekávali především.

V následujících bodech se již s určitými konkrétními řešeními setkáváme:

Podporu rodin pečujících o seniory (bod 5.2.2) má za úkol již výše zmíněná pobočka Alzheimerovské společnosti a dále je zde zmíněna určitá nespécifická činnost sociálních pracovníků zdravotnických zařízení. Například v tomto bodě bychom mohli očekávat od takového koncepčního materiálu třeba zhodnocení počtu sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních kraje a vyjádření, zda je tento počet dostatečný, protože v případě nedostatku pracovníků je jednoznačně v kompetenci kraje, aby zjednal nápravu.

V dalším odstavci materiálu (**5.2.3 Podpora výstavby hospice**) se setkáváme zase s určitým projevem pasivity. Konstatování „není předpoklad výstavby ani v příštím roce“ nemůže obstát. Opět bychom

spíše očekávali vyjádření ve smyslu, na jakém fóru byla tato potřeba formulována (např. náměstek hejtmana předložil tento záměr na jednání rady kraje dne x. x. xxxx) a potom také důvod, z jakého byl zamítnut, případně kým (rada kraje, hejtman apod.).

V bodě 5.2.4 je snaha o komunikaci s obcemi v oblasti péče o seniory a setkáváme se zde již s velmi konkrétním seznámením situace v jednotlivých městech kraje (postupně s každou aktualizací tohoto materiálu přibývají i zmíněná města). To, co v tomto bodě chybí, je výhled do budoucna – kdo bude tuto konzultaci vykonávat a jakou formou, zda v tomto existuje nějaký systém a jaký.

Bod 5.2.5 se již týká struktury zařízení pečujících o seniory. Na první pohled je zde rozpor s tvrzeními uvedenými v bodě 5.2.1. V bodě 1 se totiž hovoří o nedostatku institucionálních služeb pro seniory, přičemž má být tento nedostatek řešen rozvojem komunitních služeb. Zároveň se však v bodě 5 jasně deklaruje, že nemůže docházet k restrukturalizaci nemocniční a sociální péče (rozuměj snižování počtu lůžek), dokud nebudou fungovat terénní služby. Tady je však opět v bodě 1 uvedeno, že objem těchto terénních služeb je nedostatečný bez výhledu na zlepšení situace do budoucna. Ale co více: v bodě 5 se na okraj dozvídáme, že k redukci institucionalizovaných lůžek již dochází: „*V rámci restrukturalizace domovů důchodců (DD) došlo ke snížení o 472 lůžek!*“

Tento bod tedy ve svém důsledku zpochybňuje samotný princip koncepčního materiálu, který by měl sloužit jako podklad pro rozhodování – vyvstává otázka, zda tuto funkci materiál plnil a zda ji vůbec mohl plnit, když je v tomto bodě takto vnitřně nekonzistentní.

Více k nekonzistenci materiálu v oblasti kapacit následné péče je uvedeno v následující kapitole D5, kde je analyzován Krajský zdravotní plán LIK.

Na závěr je k celé problematice přiřazen jediný **ukazatel k monitoraci** plnění úkolu: počet klientů home care agentur. Což je sice ukazatel určitě nejvíce odpovídající cílům kladeným v bodě 5.2, ale určitě bychom mohli očekávat i další ukazatele – například rozvoj jednotlivých typů komunitních služeb, počet hospiců v kraji (což by byl velmi jednoznačný ukazatel i přesto, že těžko můžeme očekávat hodnotu větší než jedna).

Dále v tomto materiálu chybí odpovědnost jednotlivých aktérů regionální politiky.

...

Dílčí úkol č. 5.2

Nejméně o 50% by se měl zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožní uchovat si autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti

Podpora zdraví ve vyšším věku – sekundární prevence

- Podpora aktivit seniorů na úrovni komunit, měst i kraje – Nadace škola hrou, sdružení příspěvkových organizací – informace a kooperace, Kluby seniorů, Kluby aktivního stáří
 - pravidelná setkávání, Réva o.p.s., Mezinárodní centrum Universium o.p.s. – pravidelná setkávání, Domovinka Pavlovice (denní stacionář pro seniory), Komise pro komunitní plánování (Magistrát města Liberec)
- Zajištění přednáškových činností s tématy:
...(vypsána témata odborných seminářů)

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1 Podporovat vznik sítě zdravotně-sociálních služeb v regionu

2x účast v Komisi pro komunitní plánování při Magistrátu města Liberec – připomínkováni potřeb pro seniory v rámci připravovaného zákona č.108/2006 o sociálních službách. Měly by být podnětem pro rozvoj terénních sociálních služeb, kdy poptávka po terénních službách převyšuje nabídku.

Bez komunální seniorské politiky nelze na vesnicích zajistit péči o seniory. Terénní ošetrovatelská péče (5 agentur), poptávka po rozsahu služeb je veliká, saturace nedostačující.

Restrukturalizaci nemocnic a domovů důchodců by mělo předcházet zajištění terénních služeb (v závislosti na smlouvy VZP, nepředpokládá se ani v roce 2007 nárůst kapacity).

Stále přetrvává názor ve společnosti, že když senior onemocní, vyžaduje institucionalizaci, na jinou formu péče není připraven (sami senioři i rodiny).

Dle WHO potřebuje institucionální péči 3- 5% senioru nad 65 let, v našich podmínkách minimálně 5%.

Dle počtu obyvatel v Libereckém kraji starších 65 let je nabídka služeb institucionálních nedostatečná (počty lůžek LDN, počty lůžek v DD). Dle informací se nepočítá s nárůstem těchto kapacit, ani s ohledem k demografické prognóze.

Zákon č.108/2006 o sociálních službách předpokládá rozvoj terénních sociálních služeb.

5.2.2 Umožnit a vytvořit podmínky pro rodiny, jež chtějí pečovat o své nejbližší v domácím prostředí (hmotné zabezpečení dávky státní podpory, příspěvky na bydlení, telefony)

Konzultace a poradenská činnost zajištěna sociálními pracovníci zdravotnických zařízení, kontaktním místem ČALS, sociálními odbory.

5.2.3 Co nejvíce podpořit vznik hospice v Libereckém kraji

Výstavba hospice je v záměru kraje, zatím není reálný předpoklad výstavby ani v roce 2005, ale i v roce 2006.

5.2.4 Oslovit komunální politiky a začlenit péči o staré občany do koncepce zdravotnictví a sociální péče jednotlivých obcí

Magistrát města Liberce zřídil Komisi pro komunitní plánování. Ve své koncepci více dává důraz na osoby tělesně postižené, připomínkovány potřeby seniorů, aby co nejdříve mohly setrvat v domácím prostředí (rozvoj služeb).

5.2.5 Zmapování současného stavu, počtu a systému zařízení poskytujících péči o staré občany na území celého Libereckého kraje. Toto šetření poskytne přehled o pozitivních a negativních a event. nedostatcích, kapacitních možnostech (vč. dostupnosti služeb) a požadavcích na tyto služby a problémech v oblasti péče o staré občany.

V roce 2006 8 nemocnic provozuje 426 geriatrických a následných lůžek, samostatná LDN v Lomnici nad Popelkou 59 lůžek. Tato zařízení a oddělení nemají ekonomické problémy, souvisí se skladbou pacientů (kategorie) a vysokou obložeností. Je 29 nestátních zdrav. zařízení – Home care (terénní ošetrovatelská péče).

V Libereckém kraji je celkem 900 lůžek v domovech důchodců (DD) (900 lůžek zřizovaných krajem), dalších lůžek v ÚSP (ústav sociální péče, pozn. autora), ne pro seniory, je 625. V rámci restrukturalizace DD došlo ke snížení o 472 lůžek.

Cíle kraje pro příští období (konzultace s Ing. Benediktem):

- nezvyšovat počty lůžek geriatrických a následných
- nezvyšovat počet lůžek v domovech důchodců, spíše snižovat (1 lůžkové pokoje)
- zlepšit koordinaci domácí péče jak zdravotní, tak sociální – ekonomizovat tyto služby
- zvyšovat kapacitu Home care
- zvyšovat zájem měst a obcí na péči o seniory – komunitní plánování

Závěr:

Restrukturalizace nemocniční a sociální péče by měla začít, až terén bude fungovat – posílit Home care (opakované konzultace s PL – jsou vázání limity VZP), zainteresovat praktické lékaře k většímu zájmu a péči o seniory, rozvoj agentur pro péči v terénu i na komerční bázi (zákon o sociálních službách). Nutno převést zodpovědnost zajištění péče o seniory do komunálních plánů ve městech i obcích, obecní úřady.

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- Pacienti domácí zdravotní péče (home care) v Libereckém kraji

cíl 15 a 16

INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém

ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE

Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotního programu až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek

V rámci našeho zaměření na péči o starší občany stojí jistě za pozornost zmínka o projektu „Snížení incidence cévní mozkové příhody a jejích následků u geograficky definované populace Železného Brodu.“ Je to velmi pozitivní bod této koncepce, protože zde vidíme ucelený projekt, který se zabývá velmi častým onemocněním – mozkovou příhodou, která je specifická právě pro námi sledovanou populaci a podílí se významně na ztrátě funkcí potřebných pro zachování samostatnosti. Má všechno, co bychom od dobře připraveného projektu očekávali: cíle, popis, časový harmonogram a zodpovědné instituce.

/ Zdravotní politika LK, str. 131/

Dílčí úkol č.15.3

Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spoluvůrců péče o zdraví

15.3.3 Vytvořit systém pravidelné, kvalifikované a srozumitelné informovanosti občanů, orgánů a institucí o zdravotním stavu obyvatelstva kraje a možnostech jeho ovlivňování

...V rámci realizace schválené Zdravotní politiky Libereckého kraje a zapojení se Libereckého kraje do projektu Zdraví 21 se připravuje v následujících letech intervenční projekt - Snížení incidence cévní mozkové příhody a jejích následků u geograficky definované populace Železného Brodu.

Cílem projektu je dosáhnout prokazatelného snížení výskytu cévní mozkové příhody u geograficky definované populace pomocí důsledného uplatnění prevence a ověřených klinických postupů a zlepšení organizace práce a součinnosti jednotlivých poskytovatelů a osob v riziku, včetně jejich blízkých osob.

Projekt bude řešen a organizován metodou intervenčních studií tak, aby bylo možné kontinuální a věrohodné hodnocení účinnosti jednotlivých opatření a byla tak vytvořena základní zpětná vazba poskytování zdravotní péče orientované na řešení definovaného zdravotního problému.

Cílem projektu je ověření způsobu, jak v reálné klinické praxi přizpůsobit organizaci zdravotní péče k dosažení stanovených cílů.

...

(následuje další podrobnější popis projektu)

...

Rámcové vymezení intervenčních oblastí

1. Snížení rizika výskytu mozkové příhody na úrovni celé populace
2. Prevence vzniku mozkové příhody – klinický přístup (chronický)
3. Řešení akutní mozkové příhody – klinický přístup (akutní)
4. Řešení dlouhodobých následků mozkové příhody – sociální přístup
5. Financování poskytované péče v závislosti na jejích výsledcích – ekonomický přístup

Etapy řešení projektu

Součástí první fáze je vytvoření infrastruktury a její uvedení do rutinního chodu.

- 1) Vytvoření populační strategie – metodika epidem. šetření v dané oblasti a sestavení týmu
 - 2) Sestavení a vytvoření protokolu péče
 - 3) Příprava klinického registru
- Harmonogram navržených etap

...

„Zdravé stárnutí“ v plánu Pardubického kraje

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti	
Dílčí úkol č. 5.1	Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %
	5.1.1 Snížit prevalenci funkčně závažných projevů chorob kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních (této problematice je věnován cíl 8.1, 8.3, 11 a 12) 5.1.2 Snížit prevalenci funkčně významných úrazů a jejich důsledků, především zlomenin (této problematice je věnován cíl 9.2) 5.1.3 Služby pro každého v Pardubickém kraji 5.1.4 Programy zaměřené na podporu aktivit v seniorském věku
Dílčí úkol č. 5.2	Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti
	5.2.1 Stav služeb v kraji 5.2.2 Vyhledávání rizikových seniorů, edukace a zajištění služeb 5.2.3 Signál v tísni 5.2.4 Podporovat výstavbu upravitelných bytů
Cíl 9	
Dílčí úkol č. 9.2	Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50%
	9.2.3 Signál v tísni 9.2.4 Preventivní činnost pro seniory

Autoři plánu PDK soustředí svoje úsilí a cíle především do oblasti rozšiřování a zkvalitňování nejrůznějších služeb pro seniory.

Kraj v rámci tohoto cíle nachází celou řadu rozmanitých oblastí, kde by šlo dosáhnout zlepšení. Často by si však vysloužily bližší rozpracování. Jako příklad může sloužit věta „podpořit vznik hospice“ – není však doprovázena komentářem ve smyslu, zda již nějaký takový projekt výstavby hospice existuje nebo na jaké úrovni by měl být podpořen (v rámci rady kraje? v jednáních s pojišťovnou?), natožpak dalšími nutnými údaji, které tomuto tvrzení dodávají přesvědčivost.

Tyto parametry jsou na druhou stranu poměrně přesně popsány u dvou již částečně fungujících projektů (9.2.3 Signál v tísni, 9.2.4 Preventivní činnost pro seniory).

Zodpovědnost za plnění úkolů v cíli 5 leží převážně na odborech sociálních věcí a zdravotnictví krajského úřadu – nejsou příliš zavzaty ostatní instituce s výjimkou obcí a krajské hygienické stanice (KHS). Nicméně již v úkolu 9.2.5 vidíme výsledky dobré spolupráce s městskou policií a záchranou službou, což náš původní dojem vyvrací.

Dílčí úkol č. 5. 1.

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %

Plnění cílů se má dosáhnout cestou vypisování krajských grantů, vznikem jistého registru poskytovatelů (není však řečeno, jakých poskytovatelů - zda zdravotní nebo sociální péče), podporou komunitního plánování a vznikem informačního systému kraje, který by měl být zaměřen právě na toto komunitní plánování.

Zajímavou myšlenkou je iniciování zakládání rad nebo společností seniorů – bohužel tato myšlenka je uvedena pouze v hlavičce bodu 5.1.3 a není již podpořena konkrétní aktivitou, která by naznačila, jak by bylo možno tuto myšlenku realizovat.

Pro podporu aktivit v seniorském věku (cíl 5.1.4) je volena jakási osvětová činnost formou seminářů, jejichž cílem by mělo být mj. „vštěpovat obyvatelům vědomí odpovědnosti za své zdraví a zdraví svých dětí“.

Na závěr jsou pro sledování stavu plnění dílčího úkolu č. 5.1 stanoveny jasné ukazatele přiřazené k jednotlivým úkolům a umožňují tak dobře sledovat stav plnění těchto záměrů.

(Program „Zdraví 21“ v podmínkách Pardubického kraje, str. 21)

...

5.1.3 Služby pro každého v PDK

Přizpůsobit strukturu sociálních a zdravotnických služeb změněné věkové struktury obyvatel a jejich potřebám – podporovat domácí ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, pečovatelskou službu, denní centra pro seniory, respitní péči, přechodné pobyty v rezidenčních službách, tísňové volání pro rizikové seniory, domovy seniorů, kluby seniorů, geriatrická lůžková zařízení a rozvoj geriatrických ambulancí.

Plánovat sociální služby v kraji metodou komunitního plánování.

Zajistit kontinuální vzdělávání a prohlubování informovanosti zaměstnanců sociálních služeb na území Pardubického kraje (nejen v zařízeních zřizovaných Pardubickým krajem).

Iniciovat zakládání rad seniorů, event. společností seniorů, poraden pro seniory.

Podpořit vznik hospice.

popis aktivity:

5.1.3.1 vypisování grantů v Pk – zaměřených na služby, které by měly podporovat nezávislost, respektovat rozdíly, respektovat lidi jako jednotlivce, jejich důstojnost, chránit před sociálním vyloučením

5.1.3.2 vytváření podmínek pro rodiny, které chtějí pečovat o své nejbližší v domácím prostředí - podporovat kvalitní terénní služby zejména pečovatelskou službu, denní centra pro seniory, podpůrné programy pro pomáhající rodinné pečovatele, odlehčovací péče apod.

5.1.3.3 vznik registru poskytovatelů na KÚ a vytvoření informačního systému pro Pardubický kraj v rámci komunitního plánování

5.1.3.4 podpora a zajišťování veřejných seminářů

5.1.3.5 podpora funkčního partnerství v kraji vznik sítě komunitních plánů v kraji

zodpovídá: odbor sociálních věcí KrÚ Pk

spolupráce: odbor zdravotnictví KrÚ Pk

termín: průběžně

5.1.4 Programy zaměřené na podporu aktivit v seniorském věku

5.1.4.1 vštěpovat obyvatelům vědomí odpovědnosti za své zdraví a zdraví svých dětí (dobré příklady – co udělá s člověkem, když zlepší životní styl svůj i své rodiny – zlepšení kvality života, zvýšení imunity, zmírnění projevu chronických onemocnění atd.)

5.1.4.2 podporovat celkové zlepšení životního stylu obyvatel:

– pohybová aktivita (cvičení všech generací, podpora programů občanských sdružení, obcí apod.)

– celoživotní vzdělávání – univerzity třetího věku, besedy, přednášky

– spolupráce s médii

– zlepšování stravovacích zvyklostí (dostatečný pitný režim, omezování spotřeby tuků, cukrů a soli, zvyšování podílu ovoce a zeleniny v denním jídelníčku, preferovat bílé maso a ryby)

5.1.4.3 podporovat snahu o omezení stresu obyvatel a jeho zvládnutí (kvalitní informovanost o službách - občanské poradny, centra sociálních služeb), informace o tom, jak se zachovat v tísní, zvládnutí stresu – antistresové programy, cvičení, konzultace, terapie

zodpovídá: obce Pk, KHS Pk, ZÚ se sídlem v Pardubicích

spolupráce: odbor sociálních věcí KrÚ Pk, odbor zdravotnictví KrÚ Pk

termín: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- 5.1.3.1 počet a zaměření grantů na řešení dané problematiky
- 5.1.3.2 počet denních center pro seniory, podpůrné programy pro pečovatele
- 5.1.3.3 aktuální informační systém PK
- 5.1.3.4 počet seminářů a návštěvníků
- 5.1.3.5 komunitní plány obcí a regionů
- 5.1.4 počet a náplň přednášek, seminářů, klubových setkání na dané téma

Dílčí úkol č. 5.2

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.

Zde je plánován průzkum potřeb uživatelů v kraji a získávání demografických údajů o populaci v kraji, který by měl být proveden odborem sociálních věcí Krajského úřadu. Stejně tak by měl tento odbor připravit střednědobý plán rozvoje sociálních služeb kraje a plán zaměřený na občany se zdravotním postižením.

V bodě 5.2.2 je poté jmenována řada činností, kde však není zřejmé, jak mají být konkrétně realizovány a zodpovědnost za realizaci je delegována na obce a blíže nespécifikované nevládní organizace.

Dále následuje doporučení rozšířit službu „signál v tísni“ obcím kraje, což je určitě další cesta, jak zvýšit soběstačnost a zároveň určitý pocit bezpečí seniorům v domácnosti. Plnění tohoto úkolu je opět jednoznačně hodnotitelné na základě ukazatele, který bude uvádět počet obcí, které se k tomuto projektu v nějaké podobě připojí. Více o tomto projektu se dozvídáme v jiné části tohoto dokumentu (bod 9.2.3) a zjišťujeme, že spolupráce na tomto projektu zdaleka přesahuje zdi krajského úřadu – je do ní zapojena městská policie a také záchranná služba. Při zkomplementování informací ze strany 64 je nutno konstatovat, že popis tohoto projektu splňuje všechny položky, které by měl obsahovat (cíle, odpovědné instituce, náznak časového údaje) a je uveden i jeden ukazatel „počet obcí zapojených do tohoto projektu“ - ale zde je bohužel možná příliš málo ambiciózní, protože by zde byla možnost sledovat i mnohem zásadnější ukazatele, jako je např. počet úmrtí v důsledku úrazu nebo mozkové příhody, kdy bychom mohli předpokládat, že by se včasným přivoláním záchranné služby mohlo předejít závažnějším následkům těchto zranění.

Na závěr plán v podstatě pouze doporučuje, aby obce podporovaly výstavbu bytů, které se dají snadno upravit jako bezbariérové.

(Program „Zdraví 21“ v podmínkách Pardubického kraje, str. 23)

...

5.2.1 Stav služeb v kraji

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1 Stav služeb v kraji

5.2.1.1 zjistit současný stav a zajistit průzkum potřeb uživatelů v kraji

5.2.1.2 podporovat konzultace, spolupráci a dialog mezi účastníky na úrovni kraje

5.2.1.3 střednědobý plán rozvoje sociálních služeb kraje

5.2.1.4 krajský plán pro vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

5.2.1.5 demografické údaje populace včetně populace starší než 65 let

zodpovídá: odbor sociálních věcí KrÚ Pk

spolupráce: odbor zdravotnictví KrÚ Pk

termín: průběžně

5.2.2 Vyhledávání rizikových seniorů, edukace a zajištění služeb.

Aktivity zajistit podporou projektů zaměřených na:

zajištění služeb (pečovatelská služba, domácí ošetřovatelská péče, denní centra pro seniory, signály v tísni, krátkodobé pobyty, respitní péče, bezbariérové byty, příspěvky...)

vyhledávání rizikových seniorů (geriatrické ambulance, obecní úřady, MěÚ – sociální odbory)

zvýšování bezpečnosti prostředí (bezbariérovost veřejných prostor, vytváření bezpečného prostředí v bytě – upravitelné byty)

respektování potřeb v oblasti stravování

dostupnost stravování různou formou – jídelny, donášky, vzdělávání personálu v jídelnách, možnost výběru vhodné stravy

větší zapojení zdravotních služeb (praktičtí lékaři + využívání spolupráce s geriatry)

podpora vzniku specializovaných ambulancí pro lékaře, kteří se zabývají chorobami ve stáří – geriatrů. Podpořit ve státní správě a zdravotních pojišťovnách

zodpovídá: obce Pk, NNO Pk
spolupráce: odbor sociálních věcí a odbor zdravotnictví KrÚ Pk, ZP
termín: průběžně

5.2.3 Signál v tísni

Rozšířit služby „Signál v tísni“ do dalších měst v kraji. Princip systému spočívá v tom, že přes telefonní přístroj osoby připojené k systému je zapojen speciální přístroj, který je ovládán miniaturním dálkovým ovladačem. Tato pomoc je určena pro rizikovou skupinu osob, které se ocitají v ohrožení života a zdraví pro svou dlouhodobou nemoc nebo trvale velmi závažný zdravotní stav nebo stáří (rizikový senior).

zodpovídá: obce Pk
spolupráce: odbor sociálních věcí a odbor zdravotnictví KrÚ Pk
termín: průběžně

5.2.4 Podporovat výstavbu upravitelných bytů

(byt není specificky upraven a může se lehce dovybavit jako bezbariérový - dostatečně široké dveře, odnímatelné prahy, zakotvené příčky tak, aby se mohla zabudovat madla...)

zodpovídá: obce Pk
spolupráce: MMR
termín: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet a typ terénních služeb
- průzkum potřeb uživatelů Pk
- střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Pk
- počet uživatelů a jejich spokojenost s projektem „Signál v tísni“

Dílčí úkol č. 9.2

Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50%

Komentář k projektu Signál v tísni viz výše.

(Program „Zdraví 21“ v podmínkách Pardubického kraje, str. 63)

...

9.2.3 Signál v tísni

popis aktivity:

Jedná se o projekt Městské policie Pardubice ve spolupráci se zdravotnickou záchrannou službou a firmou Elsyco s.r.o. (dodavatel zařízení). Je určen pro rizikovou skupinu osob, které se ocitají v ohrožení života a zdraví pro svou dlouhodobou nemoc nebo trvale velmi závažný zdravotní stav. Urychluje a zlepšuje komunikaci mezi složkami poskytujícími pomoc a snižuje riziko ohrožení člověka, který se ocitne v nouzi. Je především určen osobám, které pro náhlé zhoršení stavu nejsou schopny přivolat pomoc běžným způsobem (telefonem apod.). Zejména u osaměle žijících nemocných osob tak může vzniknout situace, která by měla za následek těžké poškození zdraví nebo dokonce smrt. Projekt je funkční a spolehlivý. S minimálními náklady a vyčerpáním významně přispívá k ochraně života.

Výše uvedená aktivita je zajišťována (ve spolupráci s ostatními) koordinátorem tohoto cíle – Městskou policií Pardubice v rozsahu města Pardubic a nejbližšího okolí. Součástí této aktivity bude i zmapování stavu v celém Pardubickém kraji a porovnání obdobných aktivit v různých městech včetně další propagace v rámci kraje.

zodpovídá: Mgr. Jana Mannlová, Městská policie Pardubice, odd. prevence kriminality a dopravní výchovy
termín: průběžně. Zmapování situace v kraji bude realizováno do konce roku 2006.

V rámci zaměření této práce na preventivní programy mezi seniory je důležitý jistě i bod 9.2.4, kde kraj uvádí preventivní semináře ve spolupráci s městskou policií (citace je uvedena na následující stránce). Na závěr popisu toho projektu jsou stanoveny velmi vypovídající indikátory o stavu plnění úkolu.

(Program „Zdraví 21“ v podmínkách Pardubického kraje, str. 64)

...

9.2.4. Preventivní činnost pro seniory

popis aktivity:

V rámci činnosti oddělení prevence kriminality MP Pardubice jsou v Pardubicích pořádány besedy se seniory na téma „Bezpečí ve městě“. Oddělení prevence kriminality chce zvýšit zájem o problematiku seniorů aktivním oslovováním všech klubů důchodců v Pardubicích, oproti dřívějšímu období, kdy byla tato činnost prováděna pouze na jejich žádost. Senioři budou informováni o možnostech, jak mohou sami přispět k pocitu vlastního bezpečí nejen na ulici, ale i doma. Dále mohou besedy zahrnovat i problematiku dopravy a bezpečného chování ...

Tato aktivita bude realizována pilotně ve městě Pardubice a v rámci ní budou odborem prevence kriminality MV ČR vytvořeny a distribuovány informační letáky pro seniory s danou tematikou.

zodpovídá: Mgr. Jana Mannlová

termín: průběžně, trvale

....

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- 9.2.1 Výsledky ze zpracování dat
- 9.2.3 Počet měst v kraji, kde je možnost využívat službu „Signál v tísni“ a počet uživatelů této služby za rok
- 9.2.4 Počet besed za rok a počet intervenovaných osob
- 9.2.5 Počet a typ nabízených a využívaných programů, kvantifikace jejich využití

„Zdravé stárnutí“ v plánu Zlínského kraje

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti	
Dílčí úkol č. 5.1	Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20%
	5.1.1 Je třeba změnit a překonat dosavadní pohledy na stárnutí a stáří, na postavení a význam seniorů ve společnosti. 5.1.2 Přiměřená průběžná výchova seniorů – zbavení strachu ze stáří, eliminovat agresivitu a nespokojenost z pokročilého věku, nepodléhat pasivitě a hypochondrii 5.1.3 Zajištění odborné, důvěryhodné zdravotní péče o seniory, uplatňovat důraz na prevenci s eliminací rizikových faktorů, odborný přístup prevence pasivity a hypochondrie
Dílčí úkol č. 5.2	Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti
	5.2.1 Vzhledem k současné neutěšené situaci, kdy zcela chybí validní údaje s celoplošnou i regionální výpovědí o seniorské populaci, jeví se jako nejdůležitější úkol získání hodnověrných údajů, vypovídajících o kvalitě života starších spoluobčanů. O jejich subjektivní hodnocení, přání a názory na seniorský život doposud nikdo nestál. 5.2.2 Využít výše uvedené metodiky a koncepce k zmapování současného stavu a situace v problematice seniorské populace ve Zlínském kraji. Zpracované údaje využít jako podklad koncepčního řešení. 5.2.3 Sestavit tým odborných pracovníků a rozpracovat konkrétní úkoly

Klíčem k pochopení dokumentu „Zdraví 21 ve Zlínském kraji“ je asi zřejmě formulace v bodě 5.2.3, která zní: „Sestavit tým odborných pracovníků a rozpracovat konkrétní úkoly“. Z toho je možné odvozovat, že se nejedná o strategický dokument, který by měl být rámcem pro rozhodování zúčastněných orgánů, ale pouze jakýmsi dokumentem, který analyzuje současný neutěšený stav a formuluje určité obecné teze, kterými by se mělo budoucí plánování řídit. Z těchto tezí není čitelné, jak by měly být realizovány, v čí kompetenci tyto změny jsou, ani alespoň nástin nějakého řešení – konkrétních opatření.

Vzhledem k tomu, že tedy tento materiál nelze považovat za koncepční, není ho ani možné dále analyzovat.

Ani tak však nelze pominout fakt, že se v dokumentu vyskytuje dvakrát formulace: „Přiměřená průběžná výchova seniorů - nepodléhat pasivitě a hypochondrii“, což je odborně zcela nepřijatelná formulace a nedoporučoval bych ji tedy ani v případném dalším materiálu využít.

Komplementární k tomuto dokumentu však je materiál „PROGRAMY PODPORY ZDRAVÍ VE ZLÍNSKÉM KRAJI“ který byl schválen v roce 2006, který v určitých bodech již tento základní dokument rozvíjí – více níže.

(Zdraví 21 ve Zlínském kraji, str. 8)

...

Dílčí úkol č. 5.1

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20%

Aktivity ke splnění dílčích úkolů:

5.1.1 Je třeba změnit a překonat dosavadní pohledy na stárnutí a stáří na postavení a významu seniorů ve společnosti:

- Výchova mladé a střední generace k úctě ke stáří, uznání principu nediskriminace a solidarity, výchova lékařů v postoji ke stáří
- obnovit tradici sousedské výpomoci a širší aktivity místní solidarity
- rozvíjet přesvědčení celé společnosti, že ohled na starší členy společnosti a péče o ně jsou hodnoty lidské kultury všude na světě
- soustředit se a rozvíjet dobrovolnictví (provokace mladé generace)

5.1.2 Přiměřená průběžná výchova seniorů – zbavení strachu ze stáří, eliminovat agresivitu a nespokojenost z pokročilého věku, nepodléhat pasivitě a hypochondrii

- poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě společnosti a jejím rozvoji
- řádně informovat seniory o využívání všech možností, které jim společnost nabízí k posílení vlastního postavení
- zapojit seniory do sociálních, ekonomických, kulturních a dobrovolných aktivit
- podporovat sdružení pracující se seniory (TV, jóga, taji)

5.1.3 Zajištění odborné, důvěryhodné zdravotní péče o seniory, uplatňovat důraz na prevenci s eliminací rizikových faktorů, odborný přístup prevence pasivity a hypochondrie

- odpovídající přístup lékařů k seniorům ve všeobecných i odborných ordinacích
- rozšířit možnosti využívání služeb zlepšujících funkční potenciál seniorů (rehabilitace apod.)
- rozšíření důvěryhodných odborných poradenských služeb (životaspráva zdůraznění výživy, duševní rozvoj s trénováním paměti, seniorské poradny apod.)

odpovědnost: Zlínský kraj

spolupráce: odborné společnosti, zdravotnická zařízení, seniorské organizace

termíny: průběžně - 2004 – 2010

Dílčí úkol č. 5.2

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1 Vzhledem k současné neutěšené situaci, kdy zcela chybí validní údaje s celoplošnou i regionální výpovědí o seniorské populaci, jeví se jako nejdůležitější úkol získání hodnověrných údajů, vypovídajících o kvalitě života starších spoluobčanů. O jejich subjektivní hodnocení, přání a názory na seniorský život doposud nikdo nestál.

- získat a seznámit se s výsledky studií plněných v roce 2003; jejich úkolem bylo vypracování koncepcí a metodik k hodnocení kvality života seniorů u nás s možností využití mezinárodních metod pro potřeby společnosti ČR

5.2.2 Využít výše uvedené metodiky a koncepce k zmapování současného stavu a situace v problematice seniorské populace ve Zlínském kraji. Zpracované údaje využít jako podklad koncepčního řešení.

5.2.3 Sestavit tým odborných pracovníků a rozpracovat konkrétní úkoly.

Programy podpory zdraví ve Zlínském kraji

Materiál podává přehled o rozsahu a tématech probíhajících aktivit a subjektech, které je realizují. Neinformuje o kvalitě programů, kritéria pro hodnocení nejsou stanovena a u většiny aktivit není evaluace prováděna.

Jako základ vzat materiál **Zdraví 21 ve Zlínském kraji**. Pokud realizovaná aktivita přispívá k naplnění cílů tohoto dlouhodobého plánu, zařadil jsem ji do níže přiloženého přehledu.

Při mapování probíhajících aktivit bylo osloveno kolem 300 subjektů. V první části jsou popsány tyto organizace podle jejich právní subjektivity. Programy jsou tematicky seřazeny podle cílů Zdraví 21 ve Zlínském kraji. Připojeno je stručné hodnocení naplňování jednotlivých cílů k roku 2006.

Toto hodnocení však bohužel nevyznívá příliš pozitivně – pouze konstatuje, že *“Realizaci většího množství preventivních programů pro dnešní seniory (zejména v pobytových zařízeních) brání především nedostatek financí.”*

(Programy podpory zdraví ve Zlínském kraji, str.10)

CÍL 5 - ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

5.1 Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20%.

Stav naplňování cíle v roce 2006

V domovech a penzích pro seniory jsou poměrně rozšířené různé motivační a vzdělávací aktivity, včetně témat zdravotnických.

Výchova mladé a střední generace k úctě ke stáří a přípravě na nevyhnutelnost životních etap je záležitostí rodin, z vnějšku je ovlivňována snad jen reklamou farmaceutických firem na některá specifická parafarmaceutika. Dobře mají toto téma zpracováno ve svém „vzdělávání“ církve (dle sčítání lidu v roce 2001 se k víře hlásí 55 % obyvatel ZK).

Poměrně malá skupina mladých lidí má možnost získat vědomosti o problematice stáří prostřednictvím dobrovolnických aktivit v domovech a penzích pro seniory. Neziskové organizace s akreditací k přípravě dobrovolníků na tento typ praxe pracují v Kroměříži, Uherském Hradišti a Vsetíně.

Jedním z úkolů je zajištění odborné a důvěryhodné zdravotní péče pro seniory. Naplnění tohoto cíle je záležitostí odborných lékařských společností, je obtížné jej hodnotit i ovlivnit jeho naplnění. Zmíněné profesní skupiny nejsou nijak zainteresovány na plnění cílů Zdraví 21.

5.2. Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.

V současné době probíhá v řadě měst Zlínského kraje komunitní plánování sociálních služeb. Senioři jsou prioritní skupinou. V budoucnu by se názor občanů na vhodný typ péče o seniory měl více promítnout do projektů a programů podporovaných obcemi a krajem.

Změnu by měl přinést také nový zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který dává uživateli větší možnost rozhodnout o tom, jakou službu využije.

Realizované preventivní aktivity:

Ve Zlínském kraji existuje 33 domovů pro seniory s kapacitou 2 729 klientů, 15 penzionů pro seniory s kapacitou 1 045 klientů a 14 denních center s kapacitou 158 klientů. Větší polovina zařízení jsou příspěvkové organizace kraje nebo obcí, asi 40% z nich je provozováno nestátními neziskovými organizacemi.

Ve všech těchto zařízeních probíhají nějaké aktivizační programy pro seniory v závislosti na kondici klientů, možnostech a kreativitě personálu. Pestrost a četnost programů je limitována finančními prostředky, které jsou minimální.

Vzdělávacím aktivitám pro seniory se v rámci společenských či zájmových akcí věnují „Kluby důchodců“, případně obce.

Shrnutí - Cíl 5 Zdravé stárnutí

V současné době se vytvářejí podmínky pro zlepšení péče o seniory – komunitní plánování, zákon o sociálních službách.

Realizaci většího množství preventivních programů pro dnešní seniory (zejména v pobytových zařízeních) brání především nedostatek financí.

„Zdravé stárnutí“ v plánu ÚSK

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti	
Dílčí úkol č. 5.1	Zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory Vytvořit registr ohrožených – rizikových seniorů
	Aktivity ke splnění dílčího úkolu: 5.1.1 Zvýšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory Vytvoření registru ohrožených – rizikových seniorů okresu Ústí nad Labem „Zavedení geriatry do praxe“
Dílčí úkol č. 5.2	Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých alespoň o 20% Stáří jako fyziologická součást života, individuální aktivní přístup, prevence
	Aktivity ke splnění dílčího úkolu: Přednášková a poradenská činnost, spolupráce s médii a vzdělávání
Dílčí úkol č. 5.3	Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti
	Aktivity ke splnění dílčího úkolu: 5.3.1 Kvantifikace možných klientů a možností financování včetně spoluúčasti klientů či pečujících - ovlivnění počtu pádů a úrazů v domácím prostředí, rozvoje závislostí ve všedních činnostech a úmrtnosti

Plán ÚSK je bohužel velmi špatně analyzovatelným materiálem. Jsou zde části, kde na sebe věty logicky nenasazují, věty jako by spolu nesouvisely a různé zajímavé myšlenky jsou několikrát přerušeny vložením věty z jiné oblasti.

V plánu ÚSK je nejvíce prostoru věnováno hodnocení současné situace. Na konci úvodu je doporučeno zmapování kompletní krajské zdravotně-sociální sítě pro seniory a nastínění několika možných aktivit ke splnění úkolu (založit určité středisko pro aktivní spojení s rizikovými seniory, monitorování jejich stavu, signalizační systém (viz cíl 5.3.1) a „realizace sekundární prevence“).

(Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj, str. 30)

...

Sociální práce v terénu jsou prakticky redukovány na poskytování sociálních dávek, není obdoba sociální péče o děti, tj. sociální šetření v domácím prostředí. Není kontrola, zda prostředky vynaložené pro seniory se skutečně použijí pro ně, včetně důchodů. Problémem je **nedostatek ošetrovatelských a absolutní absence zdravotně sociálních lůžek** s možností kdykoliv přejít do režimu domácí péče. Zcela **chybí ambulantní geriatrická péče**, kompletně připravená geriatrická ambulance včetně personálního vybavení (zdravotní pojišťovny nepovažují za nutné uzavřít smlouvu na tuto péči). V praxi je neřešitelný problém závislého seniora bezdomovce a seniora bez pravidelného příjmu.

Nápravu některých z výše uvedených problémů lze zajistit **např. uzavřením smlouvy pro geriatrickou ambulanci** mezi zdravotními pojišťovnami a příslušným zdravotnickým zařízením, zajištěním rozvoje geriatrické péče.

V další fázi je vhodné založit **středisko pro aktivní spojení** především s rizikovými seniory, **monitorování jejich zdravotního stavu** a zavést **signalizační systém při akutním zhoršení**, realizovat **sekundární prevenci**.

Příležitostí pro tuto problematiku by bylo **zmapování kompletní zdravotně-sociální sítě pro seniory** v Ústeckém kraji. V konkrétních regionech poté ověřit funkčnost a propojení tohoto zdravotně-sociálního systému, zda je zajištěna dostupnost místní, časová, kapacitní i finanční.

...

Dílčí úkol č. 5.1

Zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory, Vytvořit registr ohrožených – rizikových seniorů

Text není v tomto bodě příliš dobře strukturovaný, a proto je možné pouze tušit z textu určitou logickou linii.

Autoři zřejmě považují za cíl „zlepšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb“, k čemuž by měl sloužit nejdříve „registr ohrožených seniorů“, na základě kterého by se pravděpodobně měl mimo jiné zvýšit počet geriatrů v kraji (formulace „zavedení geriatry do praxe“) a tím tedy dosáhnout uvedené „účinnosti a účelnosti služeb“.

(Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj, str. 30)

...

Současný stav:

...

Cílem je přehledná, dostupná (místně, časově i finančně) kompletní a fungující (navazující) sociální a zdravotní péče o seniory, ať domácí či ústavní.

Hlavním cílem pro splnění dílčího úkolu (zatím v regionu ÚK) je:

zavedení geriatry do praxe;

v současné době jsou v Ústeckém kraji pouze 4 atestovaní geriatři – z toho 3 v Nemocnici následné péče Ryjice, kde se provádí geriatrická následná péče. Chybí návaznost do terénu, tedy vytvoření geriatrické ambulance jako centra péče o seniory se zaměřením na péči ve zvyklém, tedy domácím prostředí, se zmapováním možností péče a skutečné potřeby.

Registr ohrožených – rizikových seniorů by rozhodně přispěl ke zlepšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory, přinesl by tak potřebná fakta k organizaci péče o seniory v našem regionu. Jako první krok tohoto záměru se jeví vhodné vybrat konkrétní oblast - region Ústí nad Labem a zde získané zkušenosti mohou být následně vodítkem k dalšímu rozšíření unikátního projektu.

Publikovaná čísla v odborné i populární literatuře jsou dosud pouze odhadovaná a aplikovaná ze studií ze světa.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.1.1 Zvýšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory

Vytvoření registru ohrožených – rizikových seniorů okresu Ústí nad Labem

„zavedení geriatry do praxe“ (doplněno autorem)

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- zajištění provozu geriatrické ambulance
- vytvoření metodiky sběru a zpracování validních dat
- zajištění optimálního počtu respondentů

Dílčí úkol č. 5.2

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých alespoň o 20%, Stáří jako fyziologická součást života, individuální přístup, prevence

Podle plánu je klíčem k plnění tohoto cíle osvětová činnost. Jsou zde již poměrně přesně specifikována témata přednášek a jména místních přednášejících, kteří by tuto přednáškovou činnost vykonávali a přihlásili se k ní.

K tématům zřejmě není třeba žádný komentář. Zato však z hlediska metodického je důležité pochybení autorů v případě uvedení ukazatelů, které by měli monitorovat plnění úkolu. Ty byly totiž nešťastně převzaty z celostátního dokumentu realizace programu Zdraví 21, a přitom není zřejmé, jak se výše uvedená přednášková činnost promítne například v „počtu hospitalizovaných pacientů pro diagnózu zlomenina krčku stehenní kosti“. Více odpovídajícím ukazatelem by tedy spíše byl například počet pořádaných přednášek apod.

(Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj, str. 32)

...

Dílčí úkol č. 5.2

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých alespoň o 20% , Stáří jako fyziologická součást života, individuální aktivní přístup, prevence

Současný stav:

Cílovou skupinou je dnešní generace v produktivním věku, tedy budoucí senioři. Propagace zdravého životního stylu, aktivní příprava na stáří. Bydlení, finance, volný čas. Prodloužení života s co možná nejvyšší kvalitou života je závislé na řadě faktorů, zde se zdůrazňuje aktivní přístup k vlastnímu životu a odpovědnosti k sobě samému.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

Přednášková a poradenská činnost, spolupráce s medií a vzdělávání

Navržená témata pro spolupracující tým:

Přednášková činnost – zaměření na aktivní přípravu na stáří, spoluúčast rodiny, hodnoty stáří, kvalitu života, prevenci ovlivnitelných nemocí, bydlení, finance, právní povědomí.

Působení na odbornou veřejnost – pracovní setkání zdravotníků a publicita.

Získání spolupráce medií – působení na společnost, společenské povědomí a výchovu ke zdravému životnímu stylu.

Moto: „Stáří je přirozenou součástí života“. Vyspělost společnosti se projevuje ve vztahu ke všem svým členům, jak si mladé vychováváme, takové budeme mít stáří.

Budoucí senioři by měli získat dostatek informací, které by je motivovaly k aktivnímu přístupu ke svému životu, ke svému vlastnímu zdravotnímu stavu, a tím i kvalitě života svého budoucího stáří.

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života prožitého ve zdraví (HALE)

- počty hospitalizovaných na vybrané choroby (zlomeniny krčku stehenní kosti, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, demence aj.).

/pozn. autora: ukazatelem by mohli být počty přednášek/

Dílčí úkol č. 5.3

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti

V tomto bodě se plán ÚSK soustřeďuje na vytvoření určitého centra pro monitorování rizikových seniorů. Z textu není zřejmé, zda již systém funguje a cílem má být sledování pádů a úrazů seniorů, anebo zda je cílem systém vybudovat. I když nadpis odstavce zní „současný stav“, zřejmě je pravděpodobnější druhá varianta. Součástí tohoto systému by měl být i signalizační systém, který se aktivuje při akutním zhoršení stavu seniora a umožní tak včasnou intervenci.

Z navržených ukazatelů vyplývá, že budou zřejmě ještě zjišťovány a posuzovány jiné alternativní způsoby monitorace.

(Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj, str. 35)

...

Dílčí úkol č. 5.3

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti

Současný stav:

Vytvoření centra pro monitorování rizikových seniorů, signalizační systém pro akutní zhoršení stavu, především pro osamělé seniory s využitím běžně dostupných komunikačních technik.

Spolupráce s občanskými sdruženími, osobní kontakty, využití registru ohrožených – rizikových seniorů, informace a podmínky pro pečující.

Navržené priority – demence a poruchy lokomoce – samostatného pohybu v souvislosti s pády a úrazy.

...

Jednoduchý monitorovací systém, který při akutní dekompenzaci signalizuje potřebu péče - intervenci. Tento systém také významně ovlivní následky zhoršení stavu, zásah je rychlý a tím účinnější a minimalizuje následky.

Jednoduchý detektor pohybu nebo zpětná kontrolní signalizace může zachránit život, nebo významně ovlivnit další kvalitu života. A samozřejmě snížit náklady na zdravotní a následně sociální péči.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.3.1

Kvantifikace možných klientů a možností financování včetně spoluúčasti klientů či pečujících

- ovlivnění počtu pádů a úrazů v domácím prostředí, rozvoje závislosti ve všedních činnostech a úmrtnosti

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

pády a úrazy seniorů a jejich následky, včasnost pomoci

způsoby (možnosti) monitoringu – sledování rizikových seniorů

„Zdravé stárnutí“ v plánu SČK

<p>CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti</p>	
Dílčí úkol č. 5.2	Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.
	<p><u>Aktivity ke splnění:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tvorba střednědobého strategického plánu rozvoje sociálních služeb 2. činnost krajské pracovní skupiny plánování rozvoje sociálních služeb – senioři 3. průběžné vzdělávání všech zainteresovaných zástupců (zadavatel, poskytovatel, uživatel) – pro tvorbu komunitních plánů sociálních služeb v obcích Středočeského kraje. Zadavatelem projektu MPSV (od září 2006). Obce, které již komunitní plány mají hotové nebo na nich pracují, jsou následující:.... 4. podpora procesů komunitního plánování sociálních služeb v jednotlivých obcích
<p>Cíl 13 Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém</p> <p>Cíl 14 Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek</p>	
Dílčí úkol 13.1	Vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami
Dílčí úkol 13.2	Prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče, spolupracujících s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů, sociální péče, dalších resortů a zástupců místní komunity
Dílčí úkol 13.3	Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spolutvůrců péče o zdraví
Dílčí úkol 14.1	Vytvořit platný mechanismus, jak kontinuálně monitorovat a rozvíjet kvalitu péče alespoň deseti hlavních onemocnění. Tento mechanismus by měl i faktor zdravotního dopadu, úspěšnosti a spokojenosti pacientů

První věcí, nebo spíše perličkou, kterou se plán SČK odlišuje od plánů ostatních krajů, je vynechání dílčího úkolu 5.1 (Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %). Ten je totiž v národní implementaci Zdraví 21 zařazen velmi nešťastně právě pod námi sledovaným bodem 5. Střední délka života je totiž velmi málo závislá pouze na péči o seniory - je to velmi komplexní záležitost, na které se podílí příliš mnoho faktorů, které by při seriózním rozboru vydaly na celý nový dokument, nebo by měli spadat alespoň pod jiný cíl než je cíl 5 – vždyť prodloužením střední délky života (dílčí úkol 5.1) nemusí být implicitně spojeno se zvýšením využití zdravotního potenciálu u lidí nad 65let. Chybí zde tedy logická vazba mezi

zněním cíle a dílčího úkolu, což řešili autoři krajských implementací různě. Jediný SČK ho ve svém plánu jednoduše vynechal a na jeho kvalitě to určitě neuškodilo.

K samotnému úkolu zvýšit kvalitu života seniorů ve smyslu vyšší soběstačnosti, sebeúcty a společenského postavení se program SČK odvolává z velké části na jiný dokument – Strategický plán rozvoje sociálních služeb a pracovní skupinu, která se má tímto zabývat. Tento dokument by měl obsahovat záměry - rozvoj sociálních služeb prostřednictvím vzdělávání sociálních pracovníků, přehodnocení grantové politiky a komunitního plánování jednotlivých obcí.

Analyzovatelného materiálu zaměřeného na seniory je tedy v samotné krajské implementaci programu Zdraví 21 velice málo. Určité střípky však nacházíme i mimo 5. kapitolu – konkrétně v kapitole 13.1 a 14.1, u kterých se později na chvíli zastavíme.

Dílčí úkol č. 5.2

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti

Komentář výše.

(Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Středočeského kraje – „ZDRAVÍ 21“, str 17)

...

Dílčí úkol č. 5.2

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti

...

Tohoto cíle lze docílit procesem Plánování rozvoje sociálních služeb. Komunitní plánování sociálních služeb je metodou, kterou ...

Středočeský kraj zřizuje 36 domovů důchodců, ve kterých v současné době probíhá projekt – „Vzdělávání zadavatele a poskytovatele v oblasti standardů kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji“ (doba trvání projektu 24 měsíců) se zaměřením na nový přístup ke klientovi v udržování soběstačnosti, přizpůsobení prostředí a služeb tak, aby bylo možné zachovat v co největší míře způsob života, na který byl klient zvyklý před nástupem do domova.

Současný stav:

24. 8. 2005 Rada kraje schválila novelizaci zásad integrovaného grantového řízení Středočeského kraje v oblasti sociální. Zásady obsahují změny i v oblasti hodnocení předkládaných projektů: „Při hodnocení je přihlíženo k projektům organizací, které poskytují sociální služby zahrnuté v komunitním plánu obce (mikroregionu)“

.. Rada kraje svým usnesením ... schválila **Strategii tvorby Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb** ve Středočeském kraji.

Středočeský kraj v současnosti zřizuje 36 domovů pro seniory, ve kterých proběhl projekt „Vzdělávání pro zadavatele a poskytovatele v oblasti standardů kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji“ (doba trvání projektu 24 měsíců) se zaměřením na nový přístup k uživatelům sociálních služeb v udržování soběstačnosti, přizpůsobení prostředí a služeb tak, aby bylo možné zachovat v co největší míře způsob života, na který byl klient zvyklý před nástupem do sociálního zařízení.

...

V současné době je ustanovena krajská pracovní skupina pro plánování rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji, zaměřená na řešení problematiky seniorů.

Indikátory: počet komunitních plánů a programů k rozvoji domácí integrované péče

Finanční zdroje: rozpočet Středočeského kraje, rozpočet MPSV, ESF

Zodpovědnost: KÚ SČK

Spolupráce: MPSV, NNO

Dílčí úkol 13.1

Vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami

Zabývá se zejména podporou činnosti záchranné služby a potom také podporou budování několika hospiců, které plánují vybudovat různé nevládní neziskové organizace. Právě rozsahem budované kapacity hospiců se SČK liší od ostatních krajů a odpovídá tak na obrovskou poptávku po tomto druhu péče ze strany pražských zařízení. Lze tedy hovořit o opatření, které zvyšuje připravenost pro potřeby stárnoucí populace.

(Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Středočeského kraje – „ZDRAVÍ 21“, str 72)

...

Dílčí úkol 13.1

Vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami

Aktivity ke splnění:

- podpora soukromých poskytovatelů zdravotní péče a privatizace všech kategorií zdravotnických zařízení
- v roce 2006 financoval Středočeský kraj provoz záchranné služby částkou 346 750 Kč a lékařskou službu první pomoci částkou 42 209 tis. korun. Bylo postaveno nové sídlo územního střediska záchranné služby Středočeského kraje v Kladně, kterou kraj dotoval 60 000 tis. korunami. V rozpočtu kraje na rok 2007 bylo vyčleněno 330 500 tis. korun a na lékařskou službu první pomoci 43 000 tis. Kč.

V lednu 2007 obdrželi středočeští záchranáři osm nových plně vybavených sanitních vozů v celkové hodnotě 24,5 milionu korun. Zároveň Územní středisko záchranné služby SČK zakoupilo tři stany pro zásah u většího množství zraněných v celkové hodnotě téměř 1,3 milionu korun a tři transportní přívěsy v ceně zhruba 0,5 milionu korun. Ještě letos se počítá s nákupem dalších devíti plně vybavených sanitních vozů. Sanity a další vybavení jsou hrazeny z Fondu reprodukce a investičního majetku Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje, který je ze 70 procent tvořen příspěvků kraje.

- vybudování kapacity potřebných lůžek chronické resuscitační a intenzivní péče, která budou přednostně přijímat obyvatele kraje a pacienty smluvních nemocnic
- vybudování dostatečné lůžkové kapacity následné péče → přeměna akutních lůžek v lůžka následné péče za finanční i jiné podpory kraje a za předpokladu zvyšování kvality poskytované péče cestou centralizace akutní péče do oblastních nemocnic
- vybudování lůžek hospicové péče pro dospělé v počtu 1 lůžko na 50 000 obyvatel →

...

(podrobnější informace k připravovaným projektům výstavby hospiců)

Dílčí úkol 14.1

Vytvořit platný mechanismus, jak kontinuálně monitorovat a rozvíjet kvalitu péče alespoň deseti hlavních onemocnění. Tento mechanismus by měl i faktor zdravotního dopadu, úspornosti a spokojenosti pacientů

V tomto bodě autoři ve třech odstavcích uvádějí přehled nejčastějších diagnóz, případně změny počtu diagnostikovaných. Není zde však vůbec uveden zdroj těchto dat a také se zde nehovoří o daném mechanismu, kterým by se měla monitorovat a rozvíjet kvalita péče – neodpovídá tedy příliš názvu kapitoly.

/Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Středočeského kraje – „ZDRAVÍ 21“, str 73/

...

V roce 2005 byly nejčastější příčinou dispenzarizace ve Středočeském kraji, tj. zařazení registrovaných pacientů pod trvalý lékařský dohled, u vybraných diagnóz hypertenzní nemoci a ischemická choroba srdeční.

.....

Aktivity ke splnění:

Definovat skupinu základních onemocnění a zdravotních problémů, kterými trpí největší procento obyvatel Středočeského kraje a jejich následný monitoring – monitorovat kvalitu péče o tyto pacienty.

Indikátory:

- počet dispenzarizací a dispenzarizovaných
- délka života
- úmrtnost
- nemocnost
- reprodukční zdraví a zdraví nejmladších dětí

Finanční zdroje: rozpočet SČK, KHS

Zodpovědnost: KÚ SČK, KHS

Spolupráce: poskytovatelé primární a následné péče, obce

D5. Ostatní krajské plány a koncepce s výjimkou implementací programu Zdraví 21

D5.1 Zdravotní plán Kraje Vysočina

Jediným koncepčním materiálem KVV je Zdravotní plán Kraje Vysočina, který byl schválen zastupitelstvem kraje v listopadu roku 2007. Byl s určitým přerušením vytvářen v průběhu zhruba 4 let a jistě si zaslouží pozornost na prvním místě díky jeho pojetí. Kloubí se zde přehlednost a stručnost (samotný materiál má pouze 25 stran(!) díky oddělení socioekonomické analýzy a dalších materiálů do příloh) s komplexností. O komplexnosti lze však hovořit pouze v oblasti zdravotní péče – ne co se týče sociálních aspektů - což lze do určité míry respektovat, protože zde mluvíme o „zdravotních plánech“, nikoliv o sociálně-zdravotnických.

Struktura Zdravotního plánu Kraje Vysočina:

Závěry socio-ekonomické analýzy ke zdravotnímu plánu

SWOT analýzy

- 1 Lidské zdroje zdravotního systému
- 2 Procesy (infrastruktura, organizace a řízení) zdravotního systému
- 3 Ekonomika zdravotního systému
- 4 Cílová skupina (kvalita služeb) zdravotního systému 16

Programová (strategická) část zdravotního plánu Kraje Vysočina

- mise
 - strategická vize
 - strategické cíle
- Priority Kraje Vysočina v oblasti zdravotnictví
- Priorita 1: Lidské zdroje zdravotního systému
- opatření 1.1: Stabilizace lidských zdrojů
 - opatření 1.2: Zvýšení kvality zdravotnického personálu
 - opatření 1.3: Vytváření vhodných podmínek pro práci ve zdravotnictví
- Priorita 2: Procesy (infrastruktura, organizace a řízení) zdravotního systému
- opatření 2.1: Zdravotní infrastruktura
 - opatření 2.2: Organizace a řízení
 - opatření 2.3: Podpora procesního řízení
- Priorita 3: Ekonomika zdravotního systému
- opatření 3.1: Zavedení jednotného systému řízení
 - opatření 3.2: Ekonomické ukazatele fungování zdravotnických zařízení
 - opatření 3.3: Financování zdravotnických zařízení
- Priorita 4: Kvalita poskytovaných služeb zdravotního systému
- opatření 4.1: Akreditace zdravotnických zařízení
 - opatření 4.2 Dostupnost služeb
 - opatření 4.3: Kvalita služeb a spokojenost klientů
- Shrnutí a doporučení

Doporučení

Pro dosažení systémové komunikace uvnitř medicínských oborů, mezi obory navzájem a rovněž mezi obory a krajem se doporučuje ustanovit funkce „krajských odborných konzultantů“.

Dále se doporučuje zahájit několik projektů zaměřených na zlepšování kvality a výkonnosti zdravotní péče:

- projekt zaměřený na zvýšení kvality datových zdrojů, sjednocení metodiky evidence výkonů a vykazování pro ÚZIS, resp. i pro účetnictví a personalistiku. Současně je třeba sjednotit i data o neodkladné péči a vytvořit podmínky pro standardizované vyhodnocování efektivity neodkladné péče, která s akutní lůžkovou péčí úzce souvisí; projekt standardizace péče zaměřený na standardy lékařské a ošetrovatelské péče, indikace diagnostických vyšetření, operací a stanovení vstupních a výstupních kritérií pro jednotlivá oddělení;
- projekt restrukturalizace lůžkových oddělení zaměřený na konsolidaci provozů s nízkou výkonností;
- projekt efektivního využití nákladné techniky zaměřený na standardizaci jejího využití a na návrh investic. Tento postup by měl vycházet z vývoje názoru na indikace vyšetření a další zhodnocení jejich reálné potřeby;
- projekt investičních generelů nemocnic zaměřený na dlouhodobou koncepci výstavby a údržby budov a technologií nemocnic;
- projekt zvyšování efektivity péče se zaměřením na vyhodnocování hospodářských ukazatelů jednotlivých oddělení;
- projekt kvality péče na jednotkách intenzivní péče představující audit všech jednotek intenzivní péče posuzující naplnění kritérií European Society of Intensive Care Medicine a záměr centralizace jednotek intenzivní péče;
- projekt „Zavedení národních akreditačních standardů“ ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí ČR a nemocnicemi;
- projekt zaměřený na snížení procenta nedojezdných území a občanů do 15 minut v kraji Vysočina ve smyslu připravovaného zákona;
- projekt zaměřený na aplikaci komunitního modelu paliativní péče.

Ke všem projektům se předpokládá vypracování analýzy politických, sociálních a finančních rizik. Projekty vést standardní metodou.

Za velmi důležité se pokládají intenzivní jednání se zdravotními pojišťovnami, a to především se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, na téma tvorby sítě zdravotnických zařízení a financování zdravotnických služeb.

Ke zlepšení situace v oblasti výchovy praktických lékařů pro dospělé a stomatology nezbyvá kraji než zajistit odpovídající podmínky pro jejich přípravu. Znamená to, že kromě organizačních opatření je třeba plánovat v rozpočtu kraje prostředky pro pracoviště, kde se tyto lékaři budou vzdělávat a tyto finanční prostředky využívat.

Závěr

Hodnocení materiálu z hlediska struktury

Autoři textu zvolili na rozdíl od ostatních krajů zcela odlišnou strukturu a koncepci materiálu. Ze samotného plánu odňali rozsáhlou **socioekonomickou analýzu**, která je přiložena jako jedna z příloh. Výstupy z této analýzy jsou shrnuty v samotném dokumentu na pěti stranách, což činí materiál velice rychle dostupným a čitelným. Následuje SWOT analýza 4 základních pilířů systému – lidských zdrojů, procesů zdravotnického systému, ekonomiky zdravotnických zařízení a kvality služeb.

Druhá část materiálu je již strategická – je zde jasná vize toho, kam by aktivity krajské správy měly směřovat a jasné 4 priority odpovídající výše zmíněným pilířům systému. Celý systém má nicméně spíše charakter strategický – nesetkáváme se zde v jednotlivých bodech s návrhy konkrétních doporučení – ty jsou uvedeny až v závěrečné části pro všechny priority dohromady a vazba k těmto jednotlivým prioritám je tedy velmi vágní. U celé řady priorit v důsledku není jasné, jakými opatřeními by měly být realizovány.

Slabou stránkou materiálu je také absence ukazatelů, které by mohly vést k přehledné monitoraci plnění jednotlivých cílů, absence stanovení časových horizontů, v jakých by mělo být cílů dosaženo, a v neposlední řadě také pojmenování aktérů, kteří budou za plnění cílů zodpovědní. Z pojetí materiálu je jasné, že zodpovědnost za realizaci na sebe přebírá především Krajský úřad jako autor materiálu). Tím se tento materiál odlišuje od metodiky zpracování programu Zdraví 21, kde jsou u každého cíle tyto tři body jasně popsány.

Hledisko věcné

Materiál je vytvořen z pohledu krajského úřadu, který má zřizovatelskou zodpovědnost za pět krajských nemocnic a hlavní důraz je tedy kladen na všechny aspekty kvality péče poskytované těmito zařízeními. Je to oblast, kde má krajská samospráva nejvíce kompetencí, přesto se v koncepci objevuje zájem o zajištění dostupnosti ostatních zdravotních služeb než pouze lůžkové akutní – například snaha o podporu vzdělávání praktických lékařů, zajištění lidských zdrojů ve zdravotnictví všeobecně.

Materiál vyčerpávajícím způsobem analyzuje všechny aspekty, které zřizovatel potřebuje k výkonu své funkce. Zvláštní pozornost si zaslouží příloha číslo 4, která je strukturovaná nikoliv podle zdravotnických zařízení, ale podle medicínských oborů, což dává velice jasný obraz o tom, jak si vedou jednotlivá oddělení stejného oboru v různých krajských zařízeních. Je zde uvedeno jejich vybavení personální a přístrojové, provozované odborné ambulance, spolupráce s pracovišti vyššího typu, slabé a silné stránky a především cíle vývoje daného oddělení. Takto pojatá oborová analýza nemá v ostatních plánech obdobu. Je to dáno mimo jiné tím, že všechny nemocnice kraje mají velmi podobnou strukturu a velikost, což vybízí k jejich srovnávání po všech stránkách a kraj tedy této možnosti beze zbytku využívá.

Aspekty stárnutí populace ve zdravotním plánu KVV

Jak již bylo zmíněno výše, materiál je zaměřen na aspekty kvality poskytované péče (dostupnost, efektivita, bezpečnost) a neobsahuje širší pohled na potřeby populace, která jistě kvalitní zdravotní péči vyžaduje, ale přitom není jediným parametrem, který zdraví obyvatel ovlivňuje.

V koncepci není problematika stárnutí populace (s výjimkou stručných zmínek v socioekonomické analýze) vůbec řešena. Ani ve výše zmíněné koncepci oboru, jako jsou oddělení následné péče a rehabilitační péče, nejsou plánována žádná opatření, která by speciálně péči o seniory nějakým způsobem rozvíjela.

Za povšimnutí v rámci socioekonomické analýzy stojí jiný bod, který je spojen mj. právě se stárnutím populace a který se týká zvyšující se úmrtnosti na nádorová onemocnění. V tomto ukazateli je kraj Vysočina u mužů nad celorepublikovým průměrem. Jako zajímavá se může jevit konfrontace těchto ukazatelů s objemem a kvalitou zdravotní péče o onkologicky nemocné pacienty, která je samozřejmě do značné míry vázaná na komplexní onkologická centra – a právě Komplexní onkologické centrum Vysočina se podle informací v jiné části materiálu potýká s problémy a hrozí mu odnětí licence od Onkologické společnosti ČLS JEP. Kraj zde uvažuje možné příčiny stavu (neprovázanost s kvalitní chirurgickou léčbou nádorů), ale nikde dále nenaznačuje, jaká by byla možná zásadnější opatření v této oblasti.

D5.2 Zdravotní plán JČK

Plán JČK je z roku 2003 a žádným způsobem se nevymyká ostatním plánům z tohoto roku.

Prvním bodem této koncepce je hodnocení demografického a populačního vývoje, který popisuje dobře známý nepříznivý trend stárnutí populace.

Po krátkém zhodnocení stavu populace pomocí několika málo snadno dostupných ukazatelů následuje podrobný přehled lůžkových zdravotnických zařízení v kraji. V celém materiálu chybí jakýkoliv pohled do budoucnosti s výjimkou závěru, který je formulován takto: *“Jak nejen z tabulek č.11 a č.12 vyplývá, podstatná restrukturalizace akutního lůžkového fondu v nemocnicích na území Jihočeského kraje již proběhla v letech 1992-2002, proto nedoporučujeme další snižování lůžkového fondu, ale pouze drobné úpravy stávajícího stavu.”*

Název dokumentu tedy neodpovídá obsahu a není tedy možné ho dále analyzovat.

Odbor zdravotnictví KÚ mě také odkázal na Akční plán rozvoje Jihočeského kraje, kde jsou dvě strany tohoto dokumentu věnované přehledu grantových programů v sociálních službách a zdravotnictví.

D5.3 Liberecký kraj – Krajský zdravotní plán Libereckého kraje

Liberecký kraj disponuje dvěma koncepčními materiály. Krajská implementace programu Zdraví 21 je analyzována v příslušné kapitole (kap. D4). Dalším dokumentem je Zdravotní plán LIK z roku 2003, kdy budu analyzovat jeho aktualizaci z roku 2004.

Krajský zdravotní plán LIK je dokumentem, který se soustřeďuje na zřizovatelskou funkci krajské samosprávy - věnuje se hodnocení různých parametrů, které může kraj využít při správě svých zařízení, ale zdaleka se neblíží takovému komplexnímu hodnocení, jako například v případě kraje Vysočina – analyzované parametry dávají pouze velice omezený obraz o stavu poskytované péče a nemohou bez dalších analýz sloužit jako podklad pro rozhodování – více v následující kapitole.

Dále je možno odhalit velký nesoulad mezi tímto dokumentem a programem Zdraví 21 LIK, což se nutně musí promítnout v celkovém hodnocení těchto materiálů (viz. níže kapitola *Problematika stárnutí populace v plánu LIK*).

Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu

V dokumentu je nejdříve **v bodu 2** (Ekonomické ukazatele) pečlivě hodnocena celá řada ekonomických ukazatelů pro lůžková zdravotnická zařízení zřizovaná krajem.

V 3. bodě nacházíme analýzu péče na jednotlivých odděleních nemocnic vycházející z deseti ukazatelů (viz tab. D5.3.1), která v porovnání s ekonomickými ukazateli nemocnic vyúsťuje v konkrétní návrhy restrukturalizace oddělení. Tyto restrukturalizační návrhy nejsou podloženy žádnou analýzou měnící se poptávky po zdravotních službách – jsou založeny na předpokladu, že zvýšená poptávka po službě se projeví větším tlakem na obsazení lůžek v daném oboru a naopak, což je předpoklad velmi zavádějící.

Samotní autoři toto omezení sami uvádějí: „Ukazatele jsou orientovány především na zjištění, zda dané provozní jednotky (a nemocnice jako celek) vykazují dostatečnou úroveň výkonnosti k dosažení bodu zvratu v systému úhrady za klinický případ (za produkt, DRG). Vychází oproti metodě analýzy hospitalizovanosti a migrace z faktu, že rozhodující je podíl nemocnice na trhu, tedy poptávka po službách dané nemocnice v daných podmínkách (v dané oblasti), a pak skutečný výkon dané nemocnice a jejích jednotlivých provozních jednotek. ... Metoda vyhledává provozy s nízkou výkonností, a pomáhá tak vedení nemocnice rozhodnout o možné redukci, nebo sloučení kapacit lůžkového fondu. Nejlepším řešením pro nemocnici je ovšem zvýšení jejího podílu na trhu, pokud je to možné.“ A v bodě 3.5 potom autoři zdůrazňují, že tato strukturální analýza vyžaduje ještě celou řadu doplnění (rozbor trhu, analýzu rizik atd., str. 135), aby mohla být nějaká konkrétní opatření realizována.

tab. D5.3.1
/Krajský zdravotní plán Libereckého kraje (2004), str. 49 /

...

Ukazatele celé nemocnice

1. Počet lůžek akutní standardní péče
2. Počet a podíl lůžek intenzivní péče
3. Počet operací na jeden operační sál za rok
4. Počet operací na jednu hospitalizaci

Ukazatele jednotlivých oddělení

1. Počet lůžek standardní lůžkové péče
2. Podíl lůžek intenzivní péče ze všech akutních lůžek
3. Průměrná ošetrovací doba dle oboru
4. Využití lůžek
5. Počet ukončení za měsíc na stanici standardní lůžka
7. Počet ošetrovacích dnů za měsíc na stanici
9. Počet operací za rok na jeden operační sál
10. Počet operací na jednu hospitalizaci (u chirurgických oborů)

V oblasti realizace takovýchto opatření bychom mohli očekávat provázání s programem Zdraví 21, což se skutečně děje v bodě 4.3, který vychází z materiálu „Zdravotní politika Libereckého kraje - dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel“ nebo jej spíše rozšiřuje o úkoly č. 16.1.1, 16.1.2 a 16.1.3 zaměřené na měřitelné výsledky zdravotní péče. (CÍL 16: Řízení v zájmu kvality péče: Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví, zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek.

Dílčí úkol č. 16. 1.: Účinnost hlavních zdravotních programů hodnotit podle dosaženého zdravotního přínosu. Výběr postupů ke zvládnutí individuálních zdravotních problémů se bude opírat o porovnání zdravotních výsledků a nákladů).

V bodě 4, který má obsahovat návrhy konkrétních řešení, se setkáváme spíše s návrhem, jaké další kroky jsou potřebné k provádění dalších změn – zejména potřeba dalších analýz a sledování. Dále jsou zde navrženy určité manažerské nástroje pro řízení nemocnic a sledování kvality péče.

/Struktura krajského zdravotního plánu Libereckého kraje (2004)/

Obsah

1. Úvod
2. Ekonomické ukazatele
3. Návrh sítě služeb podle jednotlivých druhů
 - 3.1 Přehled zdravotnických zařízení
 - 3.3 Funkční stav kritických oblastí činnosti nemocnic
 - 3.4 Strukturální analýza lůžkových zařízení
 - 3.5 Změna struktury (restrukturalizace)
4. Návrh konkrétních opatření
 - 4.1 Úvod
 - 4.2 Shrnutí
 - 4.2.1 Připomínkování a upřesnění závěrů strukturální analýzy
 - 4.2.2 Zahájení realizace Plánu restrukturalizace akutní zdravotní péče
 - 4.2.3 Zahájení řešení problematiky klíčových procesů zdravotní péče.
 - 4.2.4 Zavedení monitorovacího a benchmarkingového systému
 - 4.2.5 Zúčtovací centrum a centrum DRG
 - 4.2.6 Implementace modelu EFQM ve zdravotnictví
 - 4.2.7 Navržení a realizace změny hospodářsko-právní formy
 - 4.3 Zlepšování stavu obyvatelstva

Problematika stárnutí populace v plánu LIK

Jak již bylo zmíněno výše, strukturální a ekonomická analýza, která je předmětem tohoto dokumentu má svá omezení a paradoxně může teoreticky vyznívat proti opatřením, která by odpovídala na zvyšující se potřeby stárnoucí populace. Pokud se například jedná o lůžka následné péče, je v rámci všech zdravotnických zařízení kraje pouze několik málo oddělení využívaných především staršími nesoběstačnými občany. Tato oddělení mají často poměrně dobrou obloženost a ostatní výkonnostní parametry (s výjimkou nemocnice Frýdlant), a tím jsou ponechána mimo plán restrukturalizace,

nejsou tedy zahrnuty do procesu přehodnocování jejich kapacity (viz str. 106 plánu LIK), i když může být jejich potencionálně dobrá obloženost způsobena velmi vysokou poptávkou po těchto lůžkách a jejich nedostatečnou nabídkou v rámci kraje.

Jak jsem již uvedl v kapitole D4, stejného problému se týká krajská implementace Zdraví 21 z roku 2006 v bodě 5.2.5 (str. 27) – zde se uvádí, cituji: „V roce 2006 8 nemocnic provozuje 426 geriatrických a následných lůžek, samostatná LDN v Lomnici nad Popelkou 59 lůžek. Tato zařízení a **oddělení nemají ekonomické problémy, souvisí se skladbou pacientů (kategorie) a vysokou obložeností....**“

A mezi cíle kraje se uvádí: „**nezvyšovat počty lůžek geriatrických a následných**, nezvyšovat počet lůžek v domovech důchodců, spíše snižovat (1 lůžkové pokoje), zlepšit koordinaci domácí péče jak zdravotní, tak sociální – ekonomizovat tyto služby, zvyšovat kapacitu Home care, zvyšovat zájem měst a obcí na péči o seniory – komunitní plánování.“

Přičemž se ve stejném materiálu konstatuje nedostatečná kapacita - saturace poptávky po službách home care a dalších bez naděje na zlepšení.

Není tedy zde vůbec jasné, na základě čeho došel kraj k závěru, že není třeba zvyšovat kapacitu lůžek následné péče, pokud nefunguje jiná péče o seniory. Ani v jednom materiálu se totiž nehodnotí poptávka po těchto službách, ale pouze obloženost oddělení následné péče, která je vysoká, což nepřímo naznačuje, že poptávka po nich je vysoká. Pokud bychom se pustili na půdu čistě hypotetickou, můžeme uvažovat tak, že kraj nechce zvyšovat počet následných lůžek, aby se nezhoršili výsledky oddělení následné péče v jimi zřizovaných odděleních (což může vyplývat ze strukturální analýzy, která je součástí Zdravotního plánu kraje). To, opět hypoteticky, může znamenat, že kraj upřednostňuje ekonomické výsledky svých zařízení před skutečnými potřebami obyvatel.

Připouštím, že tato úvaha může být mylná, ale myslím, že dobře vystihuje důsledky, které mohou všeobecně z nedostatečně propracovaných materiálů vyplynout.

Při následné analýze dalších částí plánu Zdraví 21 v LIK však najdeme část, kde jsou naše pochybnosti o nekonzistenci koncepčních materiálů potvrzeny – znění dílčího úkolu 15.2.2: „V RÁMCI RESTRUKTURALIZACE FONDU AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE VYTVOŘIT DOSTATEČNÝ POČET LŮŽEK NÁSLEDNÉ PÉČE S KOORDINOVANÝM PŘECHODEM PACIENTA DO DOMÁČÍHO PROSTŘEDÍ, POPŘÍPADĚ DO ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍHO SOCIÁLNÍ SLUŽBY“ – Čili je zde jasný rozpor s tvrzením v bodě 5.2.5.

Jiným způsobem se žádná opatření, která by bylo možné zařadit do kolonky „stárnutí populace“ ve zdravotním plánu nevyskytují.

D5.4 Koncepce zdravotnictví Středočeského kraje

Obsah

1. Úvod
 - 1.2 Demografická situace
 - 1.3 Statistické informace o obyvatelstvu Středočeského kraje
- I. kapitola - Zdravotní péče**
2. Druhy zdravotnických zařízení
3. Právní prostředí ve zdravotnictví
4. Teze zdravotní politiky Středočeského kraje
5. Síť lůžkové péče ve SČK
 - 5.1 Struktura lůžkové péče
 - 5.2 Dostupnost a dosažitelnost zdravotní péče
 - 5.3 Základní parametry pro tvorbu sítě nemocnic
6. Přednemocniční neodkladná péče
7. Ambulantní péče
8. Lůžková péče
 - 8.1 Popis stávajícího stavu zdravotnických zařízení
 - 8.1.1 Zdravotnická zařízení zřizovaná Středočeským krajem
 - 8.1.2 Zdravotnická zařízení nezřizovaná Středočeským krajem
 - 8.2 Analýza a transformace lůžkové péče
 - 8.2.2 Současný stav
 - 8.2.3 Hlavní problémy současného stavu
 - 8.2.4 Stanovení doporučeného indexu lůžek
 - 8.2.5 Hlavní směry transformace lůžkové péče
 - 8.2.6 Analýza oblastí
 - 8.2.7 Kroky a postup transformace péče
9. Jiná zdravotnická zařízení
10. Krizové řízení ve zdravotnictví
 - 10.1 Traumatologický plán kraje
- II. kapitola - Ekonomika a právní formy zdravotnických zařízení**

Koncepce SČK vznikla v období před velkou privatizací nemocnic kraje a jeho dominantním tématem (ne však jediným) je tedy plán, jak organizovat zdravotní péči na svém území. Dává na stůl poměrně jasnou představu o budoucí podobě sítě zdravotnických zařízení. Z našeho pohledu je důležité, že koncepce odpovídá na jasné varovné volání demografických údajů, a to formou rozšiřování kapacit oddělení následné lůžkové péče.

V bodě 4 jsou vytyčeny základní body krajské zdravotní politiky (viz příložená citace ze str.16), přičemž cíle jsou koncipovány velmi široce – kraj si klade za cíl nejen zprostředkovat kvalitní a dostupnou zdravotní péči, ale má i ambici celkově zlepšit zdravotní stav obyvatelstva. Nicméně samotná koncepce se soustřeďuje v následujících kapitolách právě na zajištění samotné zdravotní péče a další problémové okruhy jsou předmětem Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva (program Zdraví 21), kterému je věnován prostor výše (kapitola D4).

/Koncepce zdravotnictví SČK, str. 16/

4. Teze zdravotní politiky Středočeského kraje

Cíle zdravotní politiky SČK:

- kvalitní a dostupná zdravotní péče, srovnatelně dostupná pro všechny obyvatele kraje
- efektivní využití veřejných prostředků (z rozpočtu kraje, státní dotace i prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale i prostředky obecní a soukromé)
- zlepšování zdravotního stavu obyvatel (snižování morbidit a mortality)

Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu

V 1. bodě, který hodnotí demografickou situaci, je opět zmíněna problematika stárnutí populace a kromě toho také migrační problematika, která je ve SČK specifická tím, že je zde výrazný přesun obyvatelstva do okresů nejbližší Praze, zatímco v ostatních okresech se setkáváme s úbytkem obyvatel.

Mezi důležitý bod patří určitě i relativně krátká kapitolka, kde kraj přikládá přehled svých kompetencí v oblasti zdravotní politiky.

Plán se v dalších bodech zabývá postupně problematikou přednemocniční péče, poté ambulantní péče a nakonec péče lůžkové – akutní a chronické. Právě chronická péče je z pohledu demografického vývoje nejzajímavější, a proto si zaslouží podrobnější pohled (viz níže).

V SČK je díky jeho velikosti nutná analýza dostupnosti péče podle jednotlivých oblastí, což je předmětem bodu 8.2.6. Organizace zdravotní péče je zde značně odlišná od ostatních krajů v tom, že krajské nemocnice poskytující akutní zdravotní péči jsou rozdělena na nemocnice oblastní (nemocnice poskytující specializovanou péči, t.č. vlastněné krajem) a nemocnice základní (t.č. privatizované).

II. kapitola se již zabývá problematikou řízení nemocnic a to velmi stručně a okrajově.

Podstatně větší prostor je věnován problematice tolik diskutované právní formy nemocnic, kde jsou shrnuty výhody formy akciové společnosti – je označena za nejvhodnější formu společnosti.

Stárnutí populace v koncepci SČK

Na rozdíl od Libereckého kraje chce SČK kraj navyšovat počty lůžek následných (jedná se povětšinou o lůžka specializované následné péče – rehabilitace), a to především transformací z lůžek akutních. Důležitý je také požadavek lůžek hospicových, která poskytují zcela specifický typ péče a v kraji nedostupný.

Kraj si je vědom specifické situace v tom smyslu, že Praha s obrovskými kapacitami akutní lůžkové péče trpí, na druhé straně, nedostatkem lůžek následné péče, a proto je až 60% kapacity krajských zdravotnických zařízení obsazeno pacienty z těchto pražských nemocnic. Nicméně není zřejmé, v jakém bodě se tento aspekt zohledňuje – níže zmíněné indexy převzaté z MZČR evidentně ne. Indexy by totiž musely být významně navýšeny o procenta blízká oněm šedesáti procentům zmíněným výše.

Podle autorů samotné indexy doporučeného počtu lůžek údajně *“vycházely z indexu doporučeného ministerstvem zdravotnictví s přihlédnutím mj. k demografickým údajům – indexu stáří (zvýšení oproti roku 2001 z 87,2 na 89,2), věkovému složení populace, porodnosti, k nadále pokračujícímu trendu stárnutí populace, prodlužování střední délky života, zvyšující se úrovni poskytované zdravotní péče a dalším parametrům uvedeným dále.”*

Koncepce SČK je tedy prvním plánem, kde je deklarována transformace zdravotní péče na základě demografických údajů, a to formou rozšiřování kapacit oddělení následné lůžkové péče.

V textu, kde se shrnují směry transformace lůžkové péče, je také záměr zajistit i lůžka v oboru geriatry, což je obor, který v ostatních plánech bývá často opomíjen a přitom může být z hlediska populačního do značné míry perspektivní. O několik stránek níže (str. 183 plánu) však zjistíme skutečný význam těchto slov – citují: *„Geriatrická akutní lůžka v počtu 34 ponechat bez navyšování (jsou v současnosti v Nemocnici Kolín).”* Podle vypočteného indexu je právě těchto 34 lůžek optimální pro více než milion obyvatel SČK. Samozřejmě zde vzniká otázka, zda dvě malé stanice v nejvýhodnější části kraje mohou zajistit dostupnost geriatrické péče na území SČK.

/Koncepce zdravotnictví SČK, str. 80/

8.2.5 Hlavní směry transformace lůžkové péče:

...

zajištění optimálního počtu akutních lůžek ve 13 základních oborech – snížení současného stavu

zajištění optimálního počtu lůžek včasné léčebné rehabilitace – transformací nadbytečných akutních lůžek 13 základních oborů

zajištění optimálního počtu lůžek specializovaných (onkologie, OCHRIP a geriatry) a superspecializovaných – smluvní zajištění stávajících kapacit pražských klinik či jiných zdravotnických zařízení okolních krajů schopných tuto péči zabezpečit)

zajištění optimálního počtu lůžek následných (dlouhodobá rehabilitace, LDN, ošetřovatelská) – transformací z lůžek akutních

podpora rozvoje hospicové péče ve Středočeském kraji

...

D5.5 Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji

Tato koncepce byla vytvořena v roce 2003 a od ostatních plánů z tohoto roku se liší především rozsahem, nikoliv však příliš obsahem.

V této koncepci nacházíme celou řadu témat týkajících se stárnutí populace – koncepce má občas i přesah do oblastí, které jsou u ostatních krajů spíše obsaženy v implementacích programu Zdraví 21. V těchto kapitolách se nám sice dostává souhrnného hodnocení situace, ale chybí zde popis kroků, které by měly být podniknuty k nápravě situace. S tím souvisí chybění stanovení zodpovědných osob, časový harmonogram a vybrání ukazatelů plnění. Více v komentáři k příslušným kapitolám.

Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu

1. část je věnována popisu demografického vývoje (zmiňuje problematiku stárnutí populace), dopravní obslužnosti a zdravotního stavu populace.

2. část se zabývá strukturou zdravotní péče, stejně jako následující rozsáhlá kapitola 3.

Z těchto kapitol vybírám problematiku následné péče, domácí a hospicové péče, které bezprostředně souvisí se stárnutím populace.

Až ve 4. kapitole kraj vybírá problematické oblasti a návrhy řešení.

Stárnutí populace v koncepci MSK

3.5.2 Následná lůžková péče

Kraj analyzuje situaci pomocí SWOT analýzy a poté se domnívá, že by mělo dojít ke zvyšování počtu následných lůžek – zodpovědnost za takováto opatření nechává na pojišťovnách, MZČR a poskytovatelích zdravotní péče. Není zde jasný harmonogram, ani konkrétní představa cílového stavu a způsobu, jakým k takovému stavu dospět s výjimkou zařízení zřizovaných krajem - jaká lůžka by se měla reprofilovat na lůžka následné péče je přiblíženo v předchozí kapitole na str. 46 plánu MSK (*Ve zdravotnických zařízeních zřizovaných krajem probíhá v současném období optimalizace lůžkového fondu. Při rozhodování o lůžkových kapacitách byla zohledňována především obloženost lůžek, délka průměrné ošetrovací doby, kvalita poskytované péče atd. Veškeré návrhy byly projednány a odsouhlaseny řediteli příslušných zdravotnických zařízení. Konkrétním výsledkem je návrh na reprofilizaci 373 akutních lůžek na lůžka následné péče, ke které by mělo dojít v horizontu 1–2let. Další etapa reprofilizace 68 akutních lůžek by měla proběhnout do 5 let.*)

/Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji, str.21/

...

kap. 3.5.2. Následná lůžková péče

SWOT analýza

a) Silné stránky

- kvalitní lékařské a ošetrovatelské týmy
- výše úhrad od zdravotních pojišťoven

b) Slabé stránky

- nevhodné využívání lůžek následné péče, časté hospitalizace ze sociálních důvodů
- nejednotnost přístupu k řešení problematiky lůžek následné péče ze strany Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven
- chybí jednoznačná a závazná pravidla pro celou oblast ústavní následné zdravotní péče
- nízká průměrná doba denní odborné ošetrovatelské péče
- vysoká průměrná ošetrovací doba
- zastaralé přístrojové vybavení pro poskytování určitého standardu péče

c) Příležitosti

- využití potencionálních nadbytečných kapacit k rozšíření ústavní sociální péče
- stárnutí populace, nárůst civilizačních chorob a těžkých úrazů
- finanční spoluúčast pacientů na poskytované zdravotní péči na ošetrovatelských lůžkách
- rozšíření kapacit o chronická resuscitační lůžka, rehabilitační lůžka a lůžka následné péče o imobilní pacienty

d) Ohrožení

- vysoké provozní náklady
- zastaralý stavebně-technický stav nemovitého majetku
- finanční podhodnocení psychiatrických lůžek
- delší čekací doby k přijetí na lůžko následné péče

Popis stávající situace

...

Směry budoucího vývoje

Vlivem stárnoucí populace a v důsledku nárůstu civilizačních chorob by mělo postupně docházet k nárůstu lůžek následné péče, a to ve prospěch lůžek geriatrických, psychiatrických a rehabilitačních. Pracoviště následné lůžkové péče by měla mít odpovídající věcné, technické a personální vybavení, a to diferencovaně dle převažujících zdravotnických činností ve vazbě na zdravotní potřeby pacientů. Postupně by mělo docházet k propojení následné a ošetrovatelské péče.

Shrnutí

Postupně by mělo docházet k rozšiřování lůžkového fondu, zejména ve prospěch lůžek geriatrických a rehabilitačních. Za současného stavu legislativy může krajský úřad provádět optimalizaci lůžek pouze ve vlastních zdravotnických zařízeních. Zbývající lůžkové kapacity mohou být ovlivňovány pouze Ministerstvem zdravotnictví, jednotlivými zdravotními pojišťovnami a vlastníky zařízení. V blízké budoucnosti bude nezbytné legislativně problematiku neakutních lůžek jednotně upravit, aby nedocházelo ke kolizím údajů vykazovaných Ministerstvem zdravotnictví a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.

3.6.3 Zařízení domácí zdravotní péče

Již to, že se v této koncepci objevuje problematika domácí zdravotní péče, je jistě pozitivní.

Prakticky jako jediný kraj udává MSK v určitých oblastech (Nový Jičín) nadměrný objem úvazků pracovníků domácí péče na počet obyvatel než je doporučen EU. V ostatních krajích je hodnocena nabídka těchto služeb jako nedostačující.

Nicméně MSK dále udává nerovnoměrnost této péče a deficit v celé řadě podoblastí kraje.

/Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji, str.61/

3.6.3 Zařízení domácí zdravotní péče

Stručný popis zdravotní služby

...

SWOT analýza

a) Silné stránky

- dostupnost zdravotní služby 24 hodin denně, 365 dnů v roce
- denní dostupnost na ošetřujícího lékaře klienta či jeho sociální pracovníci
- poměrně vysoký podíl poskytované odborné zdravotní péče

b) Slabé stránky

- nerovnoměrně rozložená síť této zdravotní služby v kraji
- nedostatečný počet rehabilitačních pracovníků v terénu
- samostatně podnikající zdravotní sestry nemohou poskytovat nepřetržitou zdravotní péči
- neexistence kontroly přístrojového a personálního vybavení
- nedostatek nižších zdravotnických pracovníků a s nimi spojená potřeba vícezdrojového financování

c) Příležitosti

- podpora vzniku větších domácích agentur sdružujících samostatně pracující sestry nebo přímo zaměstnávajících zdravotní sestry
- stanovit pravidla měřitelnosti kvality poskytované péče
- spolupráce se subjekty poskytujícími sociální péči
- znalost zdravotních rizik, které ohrožují obyvatele kraje

d) Ohrožení

- nízká motivace zdravotnických pracovníků ke kontinuálnímu vzdělávání
- nevhodný management agentur domácí péče
- nízký stupeň spolupráce se subjekty primární péče a lůžkovými zařízeními

Popis stávající situace

....

V průběhu let dochází k postupnému nárůstu poskytované domácí zdravotní péče.

...

K datu 31.12.2002 žilo v Moravskoslezském kraji 1 262 660 obyvatel. Doporučený optimální počet jednotlivých úvazků poskytovatelů domácí péče se pohybuje v rozmezí od 25 – 30 na 100 000 obyvatel (parametr je doporučen v rámci projektu EU - PHARE – „Podpora rozvoje primární péče“).

Přebytek poskytovatelů domácí péče je patrný v regionu Nový Jičín, kde je i nejvyšší počet subjektů poskytujících nepřetržitou péči. Značně nevyhovující se naopak jeví situace v regionu Ostrava, kde se zároveň nachází i nejnižší počet poskytovatelů 24 hodinové péče.

Směry budoucího vývoje

Demografický, geografický i epidemiologický vývoj napovídá, že dojde k radikálnímu rozšíření působnosti systému domácí péče jak v oblasti zdravotní péče, tak zejména v oblasti sociální péče a pomoci. V oblasti systému zdravotní péče dojde převážně k rozvoji domácí péče poskytované klientům v aktuálním stavu, klientům po jednodenních zákrocích a podpoře rozvoje domácí péče pro umírající. V oblasti sociální péče budou agentury domácí péče zajišťovat širší rozsah péče a pomoci, zejména v oblasti resocializace a adaptace, osobní asistence atp.

Shrnutí

Stávající situace v oblasti poskytované domácí péče není uspokojivá. V Moravskoslezském kraji existuje značně nerovnoměrná síť. Zcela nevyhovující je síť v regionu Frýdek–Místek, Karviná a Ostrava, kde je pocíťován akutní nedostatek subjektů poskytujících 24hodinovou péči. Při výběrových řízeních na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami v oblasti poskytování domácí péče, jejichž vyhlášovatelem je krajský úřad, by měl být podporován vznik agentur, které jsou schopny zajistit klientům péči po 24 hodin denně. V budoucnu se očekává výrazná podpora této formy zdravotní péče, s ohledem na předpokládaný nárůst klientů, a dále se jeví jako nezbytná potřeba vícezdrojového financování.

3.6.7 Hospicová péče

Kraj hodnotí oblast hospicové péče jako nedostatečně zajištěnou, avšak nenabízí v této oblasti cestu ke zlepšení. Přitom v jedné části konstatuje, že se v budoucnu bude poptávka po těchto službách zvyšovat.

Stejně jako v předchozí kapitole se nám sice dostává souhrnného hodnocení situace, ale chybí zde popis kroků, které by měly být podniknuty k nápravě situace – k rozšíření hospicové péče. S tím souvisí chybné stanovení zodpovědných osob, časový harmonogram a vybrání ukazatelů plnění.

/Koncepte zdravotní péče v Moravskoslezském kraji, str. 69/

....

3.6.7 Hospicová péče

Popis stávající situace

V současném období chybí v Moravskoslezském kraji fungující zařízení hospicového typu. Od roku 2001 však existuje v Moravskoslezském kraji projekt dobrovolného hospicového hnutí, který vznikl ve spolupráci Charity Ostrava a Biskupství Graz v Rakousku.

Směry budoucího vývoje

V horizontu 5–10 let se předpokládá zvýšený počet pacientů s onkologickou a neztížitelnou bolestí. Další skupinu pacientů budou tvořit nemocní v pokročilých a terminálních stádiích onemocnění virem lidské imunodeficiencie. S rozvojem intenzivní medicíny lze očekávat i vyšší počet pacientů s těžkými inkurabilními deficity, zejména neurologické povahy, které mohou vyústit v neztížitelné bolesti, či perzistující vegetativní stavy, u kterých často připadá v úvahu pouze symptomatická nebo paliativní léčba.

V souladu s uvedeným bude potřeba vytvořit zařízení hospicového typu, denní stacionáře hospicové péče a vytvořit prostor pro vznik agentur domácí hospicové péče.

Shrnutí

V současném období v Moravskoslezském kraji neexistuje zařízení lůžkové hospicové péče. Domácí hospicová péče funguje pouze na základě dobrovolnosti a je zřízena při Charitě Ostrava. Jako nezbytné se jeví vybudování lůžkových zařízení hospicového typu, a to v souladu s doporučenými parametry. Podporován by měl být také vznik agentur domácí hospicové péče a denních stacionářů hospicové péče, a to vzhledem k předpokládanému nárůstu pacientů s onkologickou a neztížitelnou bolestí.

4. Specifikace problémových oblastí a návrhy řešení

Kraj v této části vyjmenovává několik problematických oblastí, které podle něj brzdí rozvoj zdravotnictví v kraji, často jsou však mimo samotné kompetence kraje (nedostatečná legislativa, financování péče). Navrhuje dokonce řešení, ale bohužel často nechává zodpovědnost za jejich realizaci na jiných aktérech zdravotní politiky (nejčastěji MZČR) – je zde vidět pouze malá snaha o výběr oblastí, které může kraj ze své kompetence ovlivňovat nejvíce.

Například v bodě 4.5 se hovoří o zavedení akreditačních a certifikačních standardů do praxe, ale chybí zde vize, jak toho dosáhnout. Očekávali bychom od takového koncepčního materiálu odpovědi například na tyto otázky:

Uvažuje kraj o akreditaci a certifikaci jím zřizovaných zdravotnických zařízení? V jakém horizontu? Jakým způsobem by chtěl vedoucí pracovníky motivovat ke „kontinuálnímu vzdělávání v oblasti řízení kvality zdravotní péče“?

/Koncepte zdravotní péče v Moravskoslezském kraji, str. 76-78/

4. Specifikace problémových oblastí a návrhy řešení

- Optimalizace sítě zdravotnických zařízení
- Nedostatečná legislativa v oblasti zdravotnictví
- Financování zdravotní péče a zadluženost zdravotnických zařízení
- Nevyhovující stavebně technický stav budov a přístrojového vybavení
- Kvalita poskytované zdravotní péče
- Neexistence jednotného kontrolního systému
- Nízká motivace zdravotnických pracovníků ke kontinuálnímu vzdělávání
- Personální zabezpečení služeb zdravotnické záchranné služby a lékařských služeb první pomoci
- Komunikace mezi jednotlivými subjekty systému zdravotní péče
- Racionální propojení zdravotní a sociální péče
- Individuální koncepte jednotlivých druhů zdravotních služeb

...

4.5 Kvalita poskytované zdravotní péče

Vymezení problému:

Kvalita zdravotnické péče může být definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konsistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků. Mezi hlavní ukazatele při měření kvality zdravotní péče patří dostupnost, účinnost, efektivita, bezpečnost, humánnost, spravedlnost a trvalá udržitelnost. Koncepte kvality zdravotní péče v České republice by měla být ve shodě s obdobnými programy zemí Evropské unie a programy Světové zdravotnické organizace, a to s ohledem na možnost srovnávání klíčových parametrů poskytované zdravotní péče. V současném období neexistuje systém hodnocení kvality poskytované zdravotní péče. Občané jsou v podstatě odkázáni na subjektivní reference.

Pro resort zdravotnictví je v oblasti kvality poskytované péče klíčová návaznost na aktivity Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví a její akreditační program. Akreditace zdravotnických zařízení by měla v budoucnu každému občanovi umožnit ověřit si úroveň a kvalitu poskytované zdravotní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení, a to na základě objektivních a vzájemně srovnatelných kritérií.

Návrh řešení

- kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti řízení kvality zdravotní péče
- tvorba jednotné metodiky implementace měření výkonnosti a kvality zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních včetně vzniku centra pro nezávislé vyhodnocování dat
- zavedení akreditačních a certifikačních programů do zdravotnické praxe

D5.6 Krajský zdravotní plán Olomouckého kraje

Krajský zdravotní plán byl vypracován v roce 2003 a jeho posláním není nic jiného než navrhnout změny ve struktuře lůžek ve zdravotnických zařízeních prakticky pouze na základě srovnání indexů počtu lůžek na 100tis. obyvatel.

V závěrečné kapitole "Péče o zdraví obyvatel Olomouckého kraje" se setkáváme pouze s odkazem na to, že kraj má v plánu vypracovat *"jednotný materiál pro Olomoucký kraj, kde budou zapracovány jednotlivé úkoly postupně v souladu s plněním každého z 21 cílů „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva - Zdraví pro všechny v 21. století“*. Do období 5/2008 však nebyl žádný takový koncepční materiál na stránkách krajského úřadu zveřejněn.

Hodnocení materiálu z hlediska struktury a obsahu

Opravená verze z listopadu 2003 uvádí v prvních dvou částech základní demografické údaje a poté základní zdravotnické statistické ukazatele, většinou pouze formou grafů a tabulek s absencí prakticky jakéhokoliv komentáře. Následně formou mapy seznamuje se sítí zdravotnických zařízení a počtem lůžek v daných oborech.

Dále je zde soustředěna pozornost na plán redukce akutních lůžek.

Stárnutí populace v koncepci OLK

V koncepci jsou kalkulovány i počty lůžek následné péče, kde je zjištěna velká nerovnoměrnost mezi jednotlivými oblastmi, ale kraj má v případě snahy o jejich reprofilaci ztíženou pozici v tom smyslu, že v kraji je 46% lůžek v zařízeních zřizovaných MZČR a mají tedy často nadregionální charakter. Dokument neobsahuje žádná konkrétní opatření, která by měla být podniknuta.

D5.7 Krajské zdravotní koncepce Ústeckého kraje

Zdravotní plán ÚSK	8 stránek, hl. struktura zařízení	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
“Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj”	90 stran, Realizace programu „Zdraví 21“ v Ústeckém kraji	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
Zdravotnictví na území Ústeckého kraje 2005, 2006	60 resp. 50 stran, 2 dokumenty informují o poskytování zdravotní péče lůžkovými a vybranými ambulantními zdravotnickými zařízeními.	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
Optimalizace lůžkové péče na území ÚSK	148 stran	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/

ÚSK disponuje rovnou několika dokumenty, a proto zde porušují obvyklou strukturu hodnocení a budu hodnotit spíše jednotlivé dokumenty se zaměřením na oblasti, které se týkají stárnutí populace.

Zdravotní plán ÚSK

Je dokumentem z roku 2003, který má pouze 8stran, na kterých uvádí přehled zařízení na území kraje a poté načrtává jejich možnou restrukturalizaci. Tuto problematiku zcela vyčerpávajícím způsobem řeší následující novější dokument, proto by jeho analýza byla bezdůvodná.

Optimalizace lůžkové péče na území ÚSK

Obsah

1. Úvod
2. Změny a vývojové trendy v lůžkové péči
3. Dosavadní vývoj zdravotní péče v ČR
4. Analýza současného lůžkového fondu v rámci kraje
5. Analýza poskytované zdravotní péče v lůžkových zařízeních v rámci kraje
6. Analýza financování zdravotní péče v lůžkových zařízeních v rámci kraje
7. Analýza postavení Ústeckého kraje v rámci lůžkové péče ČR
8. Možnosti a předpoklady restrukturalizace lůžkového fondu v rámci kraje
9. Závěr

Dokument, který byl schválen v červnu roku 2007, je spíše studií než koncepčním materiálem, jejímž závěrem je několik bodů hodnotících situaci lůžkové péče v kraji a směry, kterými by se měla dále vydat bez návrhu konkrétních kroků.

Kromě problematiky uvedené v jeho názvu v úvodních kapitolách seznamuje se současným právním rámcem ve zdravotnictví, jeho financováním a uvádí zde také trendy vývoje struktury zdravotní péče v rámci celé republiky (kap. 2), což je téma, které v jiných plánech v takovéto míře nikde nenacházíme. Vývoj v ČR je podle autora charakterizován prakticky kontinuálním snižováním počtu akutních lůžek od roku 1990 s výjimkou roku 2004 a 2005, zkracováním doby hospitalizace, zvyšováním počtu hospitalizací a naopak velice mírným vzestupem lůžek následné péče. Neopomíjí ani problematiku věkové struktury obyvatelstva a námi sledovanou problematiku stárnutí populace.

V další části nás autor seznamuje se strukturou a dostupností lůžkové péče formou celé řady tabulek opatřených jen velice spornými komentáři. Nejdříve na republikové úrovni (kap. 3), poté na úrovni krajské (kap. 4).

kap. 4 Analýza současného lůžkového fondu v rámci kraje

...

Závěry analýzy v kap.4:

Z uvedené analýzy vyplývají tyto závěry:

- současný počet lůžek následné péče je nižší oproti doporučeným hodnotám indexu o 332 lůžek
- to představuje potenciál k dalšímu nárůstu lůžek následné péče v objemu cca 25% jejich celkové stávající kapacity
- značné rozdíly existují z hlediska rozložení lůžkové kapacity v rámci okresů, značný deficit lůžek je v okresech Ústí nad Labem a Teplice, naopak mírný přebytek lůžek je v okresech Louny, Litoměřice a Děčín
- celkový deficit lůžek následné péče se ve značném rozsahu shoduje s přebytkem akutních lůžek. Tento stav umožňuje postupnou restrukturalizaci přebytečných akutních lůžek na nedostatková lůžka následné péče optimalizovat celkovou síť lůžkových zdravotních zařízení.

Další sada tabulek v kap. 5 uvádí výkonové parametry oddělení podle odborností: počet a délku hospitalizací, délku hospitalizací u vybraných diagnóz. Tentokrát schází komentář a závěry zcela.

V kap. 6 následuje obsáhlejší analýza způsobu financování zdravotnictví v ČR.

V kap. 7 je uvedena analýza postavení Ústeckého kraje v rámci lůžkové péče ČR. Nejdříve opět formou tabulek a grafů, které srovnávají různé parametry počínaje počtem obyvatel krajů až po hrubý domácí produkt na obyvatele a samozřejmě věkovou strukturu obyvatel. Konečně v podkapitole 7.3 nacházíme srovnání fondu zdravotních lůžek mezi jednotlivými kraji a různých podílů na výdajích ze zdravotního pojištění VZP.

Z tohoto srovnání autor předkládá podklady (podkap. 7.5), které by měly sloužit pro jednání se zdravotními pojišťovnami a ve kterých se objevují zajímavé údaje:

Z analýzy podílu Ústeckého kraje na celkových výdajích ze zdravotního pojištění VZP provedené v předchozí části 7.4 vyplývá zajímavý poznatek, že náklady na ústavní zdravotní péči vynaložené v roce 2006 VZP na 1 pojištěnce v Ústeckém kraji jsou o cca 950 Kč (o 16,5%) nižší než průměrné náklady vynakládané na ústavní péči v rámci ČR. A navíc celkové náklady na zdravotní péči v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje vynakládané VZP jsou tak o cca 800 mil. Kč nižší než průměrné náklady vynakládané na tuto péči v rámci ČR. Tyto údaje však autor nedoplňuje dalším komentářem a lze tedy následně pouze spekulovat, jakými faktory je toto zapříčiněno (je to způsobeno menším podílem superspecializovaných výkonů nebo nízkou výkonností zdejších zdravotnických zařízení? Nebo výškou migrací pacientů do okolních krajů?).

Kap. 8 Možnosti a předpoklady restrukturalizace lůžkového fondu v rámci kraje

Autor zde popisuje způsob, jakým způsobem lze dosáhnout optimalizace počtu lůžek. Odhad potřebného počtu lůžek je čistě na statistickém srovnání doporučeného a reálného počtu lůžek na obyvatele, samozřejmě s rozdělením na jednotlivé obory.

V dalších kapitolách se popisuje způsob, jak se změni způsobu financování zdravotnických zařízení kraje po jejich sloučení do jedné akciové společnosti v průběhu transformace do jedné akciové společnosti (Krajská zdravotní a.s.). Dále jsou zde popsány možnosti efektivnějšího využívání zdrojů v rámci této společnosti, samozřejmě včetně přesunu lůžkové kapacity.

Závěry studie jsou uvedeny v kapitole 9 (citace v následující příloze – s označením těch bodů, které jsou s námi zvláště sledovaných oblastech stárnutí populace – tento způsob byl zvolen pro větší přehlednost).

kap 9 Závěr

Cílem této studie bylo shromáždit a analyzovat dostupné podklady a data nezbytná k návrhu optimalizace sítě lůžkových zdravotnických zařízení Ústeckého kraje. Doporučujeme, aby se výsledky této analýzy staly základem projektu restrukturalizace lůžkové sítě Ústeckého kraje. Bude nezbytně nutné na tuto analýzu navázat dalšími kroky, které zajistí vlastní realizaci projektu.

Dále je provedena rekapitulace nejvýznamnějších závěrů a doporučení.

a) V oblasti lůžkové péče se v rámci celé EU projevují tyto hlavní trendy:

- snižování počtu nemocnic
- snižování počtu lůžek
- zkracování průměrné doby hospitalizace
- zvyšování počtu přijatých pacientů
- stabilizace ukazatele obloženosti v úrovni 75% celkové lůžkové kapacity

b) Uvedené trendy vývoje lůžkové péče jsou platné i pro Českou republiku...

c) Významný demografický problém, který bude mít značný dopad i do oblasti zdravotnictví představuje **stárnutí populace**. Z prognózy demografického vývoje vyplývá, že by se průměrný věk naší populace měl postupně zvýšit z 39,1 roku v roce 2002 na 41,1 roku v roce 2010 a následně až na 47,7 roku v roce 2065.

Nejvýraznějšími změnami projdou nejstarší věkové skupiny. Počet obyvatel ve věku 75 a více let bude v horizontu prognózy více než trojnásobný a nejstarších seniorů by mělo být dokonce osmkrát více než v roce 2002.

d) V oblasti akutní lůžkové péče tak lze předpokládat další snižování počtu lůžek. Naopak v oblasti následné péče **prognózaný problém demografického stárnutí české populace signalizuje zvyšující se potřebu lůžek následné ošetrovatelské péče**. Jako poměrně závažný problém se však jeví zajištění financování těchto zařízení.

e) **Z demografického hlediska i z hlediska zdravotního stavu patří Ústecký kraj mezi nejhorší kraje v rámci ČR s jednou z nejkratších středních délek života a nejvyšší úmrtností**. Tomu odpovídá i pozice kraje z hlediska počtu hospitalizovaných pacientů na 10.000 obyvatel, kde mezi kraji ČR zaujímá Ústecký kraj třetí místo.

f) V současné době působí na území Ústeckého kraje 21 zdravotnických zařízení poskytujících akutní a následnou lůžkovou péči s celkovou lůžkovou kapacitou 4.565 lůžek akutní péče a 1.263 lůžek následné péče. Z hlediska celkového počtu lůžek je Ústecký kraj na 4. místě v pořadí krajů v rámci ČR.

g)...

h) Značné rozdíly existují z hlediska rozložení lůžkové kapacity v rámci okresů,...

i) Významné rozdíly jsou i v rámci oborové struktury lůžek...

j) Současný **počet lůžek následné péče je nižší oproti doporučeným hodnotám indexu o 332 lůžek**, to představuje potenciál k dalšímu nárůstu lůžek následné péče v objemu cca 25% jejich celkové stávající kapacity.

k) **Značné rozdíly** existují z hlediska rozložení lůžkové kapacity **v rámci okresů**, značný deficit lůžek je v okresech Ústí nad Labem a Teplice, naopak mírný přebytek lůžek je v okresech Louny, Litoměřice a Děčín.

l) Celkový **deficit lůžek následné péče se ve významné míře shoduje s přebytkem akutních lůžek**. Tento stav umožňuje postupnou restrukturalizaci přebytečných akutních lůžek na nedostatková lůžka následné péče optimalizovat celkovou síť lůžkových zdravotních zařízení.

m) Mezi jednotlivými nemocnicemi Ústeckého kraje existují významné rozdíly z hlediska struktury poskytované péče i délky hospitalizací v rámci jednotlivých diagnóz...

n) Náklady na ústavní zdravotní péči vynaložené v roce 2006 VZP na 1 pojištěnce v Ústeckém kraji jsou o cca 950 Kč (o 16,5%) nižší než průměrné náklady vynakládané na ústavní péči v rámci ČR. Celkové náklady na zdravotní péči v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje vynakládané VZP jsou tak o cca 800 mil. Kč nižší než průměrné náklady vynakládané na tuto péči v rámci ČR.

Nad soupisem těchto závěrů zjišťujeme, že téměř polovina závěrů studie se nějakým způsobem týká problematiky stárnutí populace, což je dokladem toho, že jde o problematiku silně provázanou s poskytováním zdravotní péče jako takové.

Zdravotnictví na území Ústeckého kraje v roce 2006

Tato zpráva se také řadí mezi dokumenty věnující se v dlouhodobém horizontu problematice koncepce zdravotnictví a zdravotní politiky ÚSK. Materiál v jednotlivých kapitolách stejně jako předchozí materiál popisuje zdravotní stav obyvatel kraje, opět pomocí celé řady tabulek a grafů bez větších komentářů, většinou rozřazených podle nejčastějších diagnóz.

Ve druhé části informuje o realizovaných projektech v nemocnicích zřizovaných ÚSK (související především s jejich transformací do jedné a.s.) a v závěru se věnuje stručnému přehledu vybraných ekonomických údajů o provozu zdravotnických zařízení (ZZ), poskytujících lůžkovou zdravotní péči na území kraje.

S tématy týkajícími se stárnutí populace se zde nesetkáváme.

D6. Celkové hodnocení plánů

V této kapitole budou hodnoceny plány tak, jak splnily má očekávání uvedená v úvodu - pro přehlednost jejich rekapitulace:

Kraj, který chce pečovat o zdraví svých občanů, by měl:
A) mít jasnou koncepci zlepšování zdravotního stavu obyvatel
B) koncepce by měla obsahovat v jakékoliv formě:
1. Hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů
2. Výběr oblastí, kde je třeba dosáhnout zlepšení
3. Analýzu kompetencí, nástrojů a dílčích aktivit, kterými lze zlepšení realizovat
4. Stanovení cílů, kterých je třeba dosáhnout
5. Časový harmonogram plnění cílů
6. Určení zodpovědných osob a institucí, které jsou za plnění cílů zodpovědné
7. Výběr ukazatelů, které budou nejlépe vypovídat o stavu plnění cílů
C) tuto koncepci pravidelně aktualizovat a vydávat zprávy o průběžném plnění koncepce
D) koncepci zpřístupnit nejširší veřejnosti – nejlépe na internetu
E) do tvorby a plnění koncepce by mělo být zahrnuto co největší spektrum aktérů (zdravotní a sociální odbory krajského úřadu, krajské hygienické stanice, jednotliví poskytovatelé zdravotní péče, MZČR a MPSV, zdravotní pojišťovny, obce a města kraje)

Tab. 6-2: Orientační hodnotící tabulka (0-5 bodů, 0 nejhorší):

	J	L	S	M	O	Ú	P	K	Z			
	C	I	C	S	L	S	D	V	L			
	K	K	K	K	K	K	K	Y	K			
		Z	Z			Z	Z		Z			
		2	2			2	2		2			
		1	1			1	1		1			
Kraj, který chce pečovat o zdraví svých občanů, by měl:												
A) mít jasnou koncepci zlepšování zdravotního stavu obyvatel	0	3	3	4	3	3	2	2	2	3	5	2
B) koncepce by měla obsahovat v jakékoliv formě:												
1. Hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů	1	3	2	2	4	3	2	2	3	1	5	2
2. Výběr oblastí, kde je třeba dosáhnout zlepšení	0	2	2	2	3	2	0	2	2	2	3	2
3. Přehled dílčích aktivit, kterými lze zlepšení realizovat	0	3	2	2	5	1	1	2	1	1	4	1
4. Stanovení cílů, kterých je třeba dosáhnout	0	2	1	2	2	1	1	1	1	1	4	2
5. Časový harmonogram plnění cílů	0	2	0	2	2	0	1	0	1	0	1	2
6. Určení zodpovědných osob a institucí, které jsou za plnění cílů zodpovědné (čím větší spektrum, tím lepší hodnocení)	1	1	1	3	1	0	1	3	0	4	2	1
7. Výběr ukazatelů, které budou nejlépe vypovídat o stavu plnění cílů	0	2	2	3	1	0	0	2	0	5	0	0
C) tuto koncepci pravidelně aktualizovat a vydávat zprávy o průběžném plnění koncepce.	0	5	0	0	0	0	0	0	4	1	?	3
D) koncepci zpřístupnit nejširší veřejnosti – nejlépe na internetu	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5
E) do tvorby a plnění koncepce by mělo být zahrnuto co největší spektrum aktérů	0	4	1	4	1	2	0	4	1	4	1	2

A) Mají kraje jasnou koncepci zlepšování zdravotního stavu obyvatel?

Odpověď na tuto otázku je předmětem závěrečného hodnocení v kapitole D7.

Nicméně již na tomto místě lze konstatovat, že přibližně 6 krajů disponuje koncepčními materiály v horší či lepší kvalitě a mohou v omezené míře sloužit jako podklady pro rozhodování.

C) Aktualizují kraje tyto koncepce a vydávají zprávy o průběžném plnění?

Prakticky jediným krajem, který má stanovena jasná pravidla pro aktualizaci plánu je LIK, který každoročně vydává aktualizaci své verze programu Z21, v které hodnotí stav plnění programu a zároveň je koncepcí pro následující rok.

Každoroční reporty o zdravotnictví na území kraje vydává také MSK, které jsou přes svůj název ale značně koncentrované na hospodaření zřizovaných nemocnic a jejich význam je tedy velmi omezen.

Ostatní kraje vydávají zpravidla své plány na 4-5leté období, většinou však ani toto období není specifikováno, takže se předpokládá, že aktuální plán bude platit jednoduše do doby, než vznikne z nějakého důvodu plán nový.

D) Zpřístupňují kraje koncepce veřejnosti – zveřejňují je na internetu?

Ano, skutečně až na dvě výjimky, všechny kraje zveřejnily svoje koncepce na internetových stránkách - to ukazuje, kam se posouvá vývoj v oblasti internetu. Webové stránky nejsou pro úřady jenom jakousi nadstavbou nad jejich běžnou činnost, ale integrálním komunikačním kanálem, kdy není už pouze na uvážení, zda se vytvořené materiály vyvěsí – je to do určité míry samozřejmost. Ostatně, není taky důvod koncepční materiály nezveřejňovat – takto může alespoň kraj svým občanům viditelně demonstrovat svůj zájem o zdraví a celkové zlepšení kvality života v kraji.

Mezi první výjimku patří Zlínský kraj, jehož koncepce je podle určitých zdrojů zřejmě poměrně kvalitním dokumentem, avšak ukázalo se, že materiál z nějakého důvodu již není dostupný ani v elektronické podobě. Vzhledem k problémům s jeho zpřístupněním nebyl v této práci jako jediný analyzován.

Další výjimkou byl Olomoucký kraj, kde byl materiál získán elektronickou cestou a jeho nezveřejnění na internetu dávám do souvislosti s velmi nekvalitními stránkami odboru zdravotnictví kraje.

E) Je do tvorby a plnění koncepcí zahrnuto co největší spektrum aktérů?

Ne vždy. Opět je zde velký rozdíl mezi implementacemi Z21 a koncepcemi typu non-Z21.

U koncepcí **non-Z21** se často setkáváme s vypracováním práce na zakázku od soukromých firem. Nejdále v tomto zachází LIK, který si od soukromé společnosti objednal aktualizaci celého plánu. Materiál však není rozhodně komplexní a je podle autorů spíše podkladem pro další koncepční materiály. Od stejné firmy si nechal zpracovat analýzu i KVV s názvem "Analýza výkonnosti nemocnic pro zdravotní plán Kraje Vysočina" - ta slouží jako příloha plánu a je tedy brána jako jeden pohled na věc v kontextu ostatních materiálů koncepce.

U **implementací Z21** je situace zcela rozdílná. Autorem samotných dokumentů jsou mnohdy velké pracovní skupiny složené ze zástupců mnoha institucí. Zpravidla vždy v takové skupině bývají zastoupeni zástupci tří institucí, které mají ke zdravotně-preventivním činnostem ze své podstaty nejbližší. Jsou to zástupci odboru zdravotnictví, krajské hygienické stanice a místního zdravotního ústavu. Dále zde bývají různí členové – od jednotlivých lékařů (např. ZLK) až po zástupce různých nevládních organizací.

Druhá věc však je, do jaké míry jsou v plánech jmenovány zodpovědné instituce za provedení daných úkolů – tam už je častým jevem, že se na celé řadě projektů podílí jedna a ta samá instituce, ne náhodně zastoupená autorem dané kapitoly. V tabulce č. 6-2 jsou plány mj. orientačně ohodnoceny na základě toho, kolik institucí se podílelo na realizaci daných projektů. Mezi takové patří kromě

vyjmenovaných i jednotliví poskytovatelé zdravotní péče, MZČR a MPSV, zdravotní pojišťovny, obce a města kraje.

Z celé řady institucí, které se podílely na tvorbě plánů, mě zvláště zaujaly preventivní projekty zaměřené na seniory v plánu PDK, kde je hlavním koordinátorem projektu Městská policie Pardubice. V implementaci Z21 zase ÚSK jmenuje přímo tým odborníků z řady nemocnic, kteří by měli vést semináře s mottem “Stáří je přirozenou součástí života”, což je tedy také nad rámec plánů jiných krajů.

B-1) Obsahují koncepce hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů?

Ano. Zde je však třeba rozlišovat oba typy koncepcí. Prakticky u všech koncepcí typu non-Z21 je v první části mnohdy značně rozsáhlá analýza stavu.

Tab. 6-3: Orientační hodnotící tabulka (0-5bodů, 0 nejhorší):

Vzhledem k vybrané problematice stárnutí populace bychom od kraje očekávaly v koncepčním materiálu:												
	J	L	S	M	O	Ú	P	K	Z			
	C	I	C	S	L	S	D	V	L			
	K	K	K	K	K	K	K	Y	K			
		Z	Z			Z	Z		Z		Z	
		2	2			2	2		2		2	
		1	1			1	1		1		1	
1. Hodnocení současného stavu pomocí širokého spektra ukazatelů												
demografické hodnocení věkové struktury obyvatelstva kraje	3	1	0	0	3	3	3	2	4	1	5	0
hodnocení nejčastějších zdravotních a sociálních obtíží starších občanů	1	2	0	0	0	1	1	2	2	2	1	3
přehled aktuálně dostupné zdravotní péče, dalších zdravotních a sociálních služeb	2	2	3	1	4	3	2	1	3	1	2	1
ekonomické a výkonnostní ukazatele zdravotnických zařízení	1	1	3	0	2	2	1	0	1	0	5	0
...												

Zde hodnocení začíná popisem **demografických ukazatelů** (vycházející většinou z údajů vydávaných ve sbornících Českého statistického úřadu) se závěrečným konstatováním faktu stárnutí populace, které se v nějaké formě objevuje u všech koncepcí včetně Z21. Právě proto je zajímavé srovnávat, zda berou autoři koncepce tento jev v potaz i v následujících kapitolách koncepcí. Zpravidla hned v následující kapitole, která hodnotí obvykle **zdravotní stav obyvatel**, zjistíme, že tomu tak není. Zdrojem dat v tomto případě bývají často snadno dostupné ročenky ÚZIS, které však mají celou řadu omezení. Kraje často přirozeně nechávají tyto části plánů zpracovat místní KHS, které shromažďují údaje ze svých blíže nespecifikovaných zdrojů (případ ÚSK). Většinou však marně nacházíme v komentářích k tabulkám, jak se na incidenci daného onemocnění změny struktury obyvatel projevují.

Téměř ve všech plánech kraje dokazují, že mají **přehled o zdravotnických zařízeních** na svém území, což ostatně vyplývá z jejich zákonných povinností a bylo by alarmující, kdyby tomu tak nebylo. Co koncepce, to prakticky jiný přístup, jak seznámit se strukturou péče – nejčastěji podle oblastí, jednotlivých nemocnic a hlavních oborů. Většinou rovnou s hodnocením její kapacity – nejčastěji se používá srovnání indexů vydaných MZČR, kde je uveden doporučený počet lůžek daného oboru na 100tis. obyvatel.

Zdaleka ne všechny kraje však hodnotí **výkonnostní parametry nemocnic a oddělení**, kterých by šla nalézt celá řada - obložnost lůžek nebo délka hospitalizace se často v plánech uvádí, ale hůře dostupné parametry jako je např. délka čekání na výkon se prakticky nikde nevyskytují. Poměrně sofistikovanou metodu stanovení výkonnosti a struktury oddělení představuje autor studie připravené pro LIK – polemiku k této metodě uvádím v kap. D5.

Liší se také přístup krajů v tom, zda v plánu uvést rychle se měnící ekonomické ukazatele zřizovaných zařízení.

Na závěr lze říci, že vzorovým materiálem, který nejlépe mapuje situaci zdravotnictví na svém území je jednoznačně Zdravotní plán Kraje Vysočina, který to činí zcela vyčerpávajícím způsobem. Socioekonomická analýza, která slouží jako příloha samotného plánu má celkem 225 stran a zabývá se i celou řadou dalších oblastí, které nebyly jmenovány (např. kvalita zařízení s popisem průběhu akreditací, migrace pacientů). Tato analýza je velice dobře zpracována do 5 stránkového souhrnu, který je již přímou součástí samotného Zdravotního plánu. Jediným bodem, který bychom mohli v této analýze postrádat, je větší zaměření na ukazatele spojené se stárnutím populace.

Jako spíše negativní příklad zpracování analýzy stavu lze uvést studii s názvem "Optimalizace lůžkové péče na území Ústeckého kraje", která nás na desítkách stránek zahlcuje tabulkami a grafy často bez sebemenšího komentáře. Nicméně kraj ještě disponuje jiným materiálem s názvem "Zdravotní péče v ÚSK", který je již podstatně kvalitnější.

Naopak je tomu u krajských implementací Z21. Ty jsou koncipovány jako kompaktní a komplexní materiál, kde není zřejmě vhodné zařazovat rozsáhlejší analýzy stavu. Nicméně bych přesto na úvodu kapitoly (v našem případě "Zdravé stárnutí") očekával souhrn nejdůležitějších ukazatelů zdravotního stavu a demografického vývoje (jako je např. uvedeno v plánu PDK a ÚSK).

B-2) Jsou kraje schopny specifikovat problematické oblasti, kde je možné a potřebné dosáhnout zlepšení? Snaží se kraje analyzovat svoje kompetence a nástroje, kterými lze dosáhnout řešení?

Bohužel, tento bod je velkou slabinou většiny koncepcí. Autoři jsou často schopni v úvodu kapitol o stárnutí vyjmenovávat celou řadu věcí, které jsou špatně, ale málo z nich má schopnost pojmenovat a analyzovat, co je příčinou neutěšeného stavu a co důsledkem. Teprve taková vyjádření nejsou pouhým slohovým cvičením, ale skutečným odrazovým můstkem pro tvorbu opatření.

Za zcela nepřijatelná a nevhodná považuji vyjádření, která se objevila v jedné koncepci v úvodu kapitoly věnující se problematice stárnutí. 2stránkový úvod obsahuje tučným písmem zvýrazněné formulace jako „*Mladí musí vědět, že ohled na starší členy společnosti a péče o ně jsou hodnoty lidské kultury všude na světě*“, „*Zdá se, že se (střední generace) zatím chová, jakoby se jí to netýkalo, a že stará nikdy nebude!*“ nebo „*Senioři musí přijmout odpovědný přístup k vlastnímu životu se zájmem a zřetelem o rozvoj společnosti*“. V koncepčních materiálech bych očekával jiné, pozitivněji formulované myšlenky. Např. „Je třeba v mladých lidech rozvíjet povědomí o tom, že ohled na starší členy

společnosti a péče o ně jsou hodnoty lidské kultury všude ve světě“. Tak se autor alespoň nestaví do pozice karatele shazujícího odpovědnost za realizaci myšlenky na, v tomto případě, všechny mladé lidi, ale vyjadřují svůj zájem být minimálně podporovatelem změny myšlení mladých lidí.

Tento úvod navíc ani nenaznačuje, co konkrétně je příčinou toho, že mladí lidé zmíněné povědomí významu péče o staré občany nemají. Autoři by mohli například dojít k tomu, že jednou z mnoha příčin může být i přílišná institucionalizace péče, v jejímž důsledku jsou nemožoucí a umírající občané odsouváni do ústavů mimo zorný úhel mladých lidí. A příčina přílišné institucionalizace? Špatné terénní služby? Rozkrýváním takového příčinného řetězce můžeme získat podklady pro celou řadu možných opatření, v opačném případě často zůstává u pouhých slov bez činů. A obdobně můžeme zauvažovat také u ostatních formulací.

Důležitým předpokladem pro účast kraje na zlepšování zdravotního stavu obyvatel je, aby kraj měl představu, jaké je jeho místo v oblasti zdravotní a sociální péče o občany mezi všemi ostatními aktéry, kteří se v této oblasti angažují.

Zřejmě nejkomplexnější analýzu kompetencí krajů v oblasti zdravotní politiky má ve svém plánu SČK, kdy na relativně malém prostoru získáváme celkový přehled o většině těchto kompetencí. Na prvním místě se setkáváme s výčtem nejdůležitějších souvisejících právních předpisů, potom odpovědnost kraje v činnostech, které kraj vykonává v přenesené působnosti a v samostatné působnosti. Je zde zmíněna i úloha obcí a MZČR a shrnuty jsou také změny v nové právní úpravě plánované MZČR.

S podobně obsáhlou analýzou se setkáváme v koncepci MSK a v omezené míře u KVV. S žádnou alespoň přibližně obsáhlou analýzou kompetencí se ve zbylých plánech bohužel nesetkáváme.

Tab. 6-4 Obsahují plány analýzu kompetencí kraje?

	JCK	LIK		SCK		MSK	OLK	ÚSK		PDK	KVV	ZLK
		Z 21		Z 21				Z21		Z21		Z21
analýza kompetencí	1	0	0	0	5	4	0	0	1	0	3	1

B-3) Specifikují kraje dostatečně jednotlivé dílčí aktivity, kterými lze zlepšení realizovat?

Nejdůležitější a klíčovou kapitolou každého plánu jsou konkrétní opatření, kterými chce kraj dosáhnout zlepšení. Cíle ztrácí svůj poslední význam, pokud nejsou sledovány aktivitou, která má vést k jejich splnění.

V tabulce 6-5 jsem se snažil vyjmenovat oblasti aktivit, které se v koncepcích objevovaly. Není to seznam zcela vyčerpávající a číselné hodnoty jsou značně orientační. Některé aktivity také například spadají do více oblastí, některé ojedinělé aktivity nepatří zcela jednoznačně do žádné. Aktivity nebyly brány v potaz, pokud byly popsány příliš obecně nebo byly mimo kompetence kraje a institucí, které byly jmenovány zodpovědnými za jeho realizaci. Samozřejmě je zde opět velký rozdíl mezi plány typu non-Z21 a implementacemi Z21. Program Z21 vychází z předpokladu, že zdraví člověka není hodnotou, která se s trochou nadsázky “vytváří v nemocnici”, ale kromě zdravotní péče je zde celá řada faktorů, které zdraví ovlivňují. Tak jsou plány Z21 většinou koncipovány – mají všechny přesah hlavně do oblasti sociálních služeb.

Tab. 6-5

	JC	L	S	M	O	U	P	K	Z			
	K	I	C	S	L	S	D	V	L			
		K	K	K	K	K	K	Y	K			
		Z	Z			Z	Z		Z			
		2	2			2	2		2			
		1	1			1	1		1			
3. Přehled dílčích aktivit, kterými lze zlepšení realizovat:												
ovlivňování struktury poskytované zdravotní péči na území kraje s rozšiřováním kapacit pro zdravotní péči o starší občany	1	3	3	2	4	3	2	1	3	1	4	2
prevence nežádoucích činitelů snižujících kvalitu života (např. prevence úrazů seniorů, léčba mozkových příhod apod.)	0	4	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1
dobré spravování zdravotnických zařízení zřizovaných krajem	0	0	4	0	4	2	2	1	4	0	5	0
podpora vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků pečujících o seniory	0	3	0	4	0	1	0	1	0	1	3	1
grantová politika podporující projekty v sociální oblasti	0	3	0	4	0	0	0	0	0	2	0	2
podpora komunitního plánování obcí a měst	0	3	0	4	0	0	0	1	0	1	0	2
podpora přesunu péče o seniory z ústavního do domácího prostředí	0	4	0	3	0	1	0	2	0	3	0	2
podpora rodin pečujících o seniory	0	3	0	0?	0	0	0	2	0	2	0	2
jiné...												

Plány non-Z21 se naopak zcela všechny soustřeďují na oblast zdravotnických služeb, což však neznamená, že to je jednoznačně nedostatek. Je totiž důležité respektovat rozdělení kompetencí v rámci jednotlivých složek krajské správy a abychom mohli říci, že kraje nerespektují význam sociální péče na zdraví obyvatelstva, museli bychom prostudovat minimálně koncepce sociální péče krajů. Právě implementace Z21 tyto hranice překračují a poskytují krajům, které je vypracovaly, ucelenější, problémově orientovaný pohled na svoji činnost.

Vzhledem k zaměření práce na prevenci jsem před započítáním práce očekával, že minimálně v rámci programu Z21 budou kraje předkládat celou řadu preventivních opatření ve spolupráci s odborníky z oborů, které se vyznačují největší morbiditou a mortalitou (kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění a další). Skutečně v případě mozkových příhod, které jsou specifickým u mnou sledovaných starších občanů, jsem našel určité programy na podporu prevence hypertenze, což je jeden ze základních faktorů ovlivňujících incidenci CMP, a poté určitá jednotlivá opatření, která by měla přispět k co největší prevenci následků po CMP, aby došlo k obnově co největšího počtu mozkových funkcí, a tím nedošlo k ztrátě samostatnosti a soběstačnosti seniorů, což je zcela klíčovou záležitostí v rámci cíle 5 programu Z21. Nejpropracovanější a téměř vzorově popsaný projekt k této problematice má uveden LK ve své implementaci Z21.

Stejně tak klíčovou oblastí, která je příčinou ztráty soběstačnosti seniorů, jsou úrazy a jejich následky. Zatímco se plány Z21 jenom hemží nápady na to, jak snížit různými programy na školách třeba nehodovost na silnicích, nenajdeme nikde program, který by byl zaměřen na skupinu seniorů. Velmi zářnou výjimkou je v tomto PDK, který ve své implementaci díky iniciativě městské policie předkládá celou řadu nápadů, jak seniory chránit nejen před útoky násilníků (jak bychom od policie mohli očekávat), ale třeba díky projektu signál v tísni i zabránit těm nejhorším důsledkům úrazů v domácnosti. Zde se nedá očekávat teoreticky pouze zmenšení počtu úmrtí v důsledku zlomeniny krčku, ale takový projekt může vést i k tolik potřebné větší deinstitucionalizaci péče o občany, kteří

díky projektu zjistí, že se bezpečně mohou cítit i ve své domácnosti a ne pouze třeba v domově důchodců.

Předchozí kapitoly v nás mohly vyvolat dojem, že jsou kraje zcela zahlceny svými povinnostmi v rámci správy svých zdravotnických zařízení. I když toto budeme respektovat, je zajímavý pohled, zda má péče o nejčastější onemocnění seniorů místo v takto zaměřených koncepcích. Zmínil jsem se již v předchozím textu k projektu LIK (snížení incidence cévní mozkové příhody a jejich následků u geograficky definované populace Železného Brodu). Marně hledáme podobné projekty v plánech ostatních krajů. V žádném jiném plánu není zmíněn naléhavý požadavek odborných společností na koncentraci péče o pacienty s CMP, která zdaleka není na takové úrovni jako péče o pacienty s infarktem myokardu. Přitom v takovýchto opatřeních hrají kraje jako zřizovatelé většiny krajských specializovaných pracovišť (společně s pojišťovnami a MZČR) důležitou roli a mají zde jednoznačné kompetence.

Naopak téměř ve všech koncepcích non-Z21 se setkáváme s mnohdy propracovanými plány na reorganizaci lůžkového fondu – konkrétně transformaci nadbytečných lůžek akutní péče na lůžka následné péče, což jsou samozřejmě opatření reagující na zvyšující se poptávku stárnoucí populace po tomto druhu služeb a měla by vést za určitých dalších okolností ke zvýšení kvality péče zvláště o starší občany. S tím souvisí i z pohledu demografického vývoje nezbytná postupná deinstitucionalizace péče o občany – více k tomuto tématu v kapitolách týkajících se koncepcí LIK, který ukazuje, jak je nutné mít v této oblasti připravený jasný plán a koncepci, aby nedošlo k závažným negativním sociálním důsledkům jednorázových opatření.

B-4,5) Mají kraje jednoznačně stanoveny cíle, kterých chtějí dosáhnout? Mají kraje časový harmonogram plnění cílů?

Jak je naznačeno v tabulce 6-2, není možné na tuto otázku odpovědět pozitivně. Nejde o to, že by kraje cíle ve svých koncepcích neměly, ale o to, že zpravidla nedokážou napsat do svých koncepcí jednoznačné stanovisko – cíle se utápí neuspořádaně v textu a jsou navíc velmi nejasně až pokrytecky formulovány. Není zde schopnost vyjádřit se ve smyslu „naším cílem je dosáhnout cíle XY do roku 20.. a uděláme pro to opatření A a B, pokusíme se o C “. Tak činí WHO (a je to obsaženo i v celostátní implementaci Z21) ve svém přístupu k řešení problémů, který je zaměřen na výsledek. Není to přístup ve smyslu „budeme dělat, co můžeme“, ale spíše ve smyslu “je třeba dosáhnout tohoto“. Konkrétně: „(Je třeba) nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.“

Tab. 6-6 (tabulka má velmi malou výpovědní hodnotu, protože kraje většinou své cíle jasně nestanovují – cíle bylo nutné vydedukovat z textu)

	J C K	L I K	S C K	M S K	O L K	U S K	P D K	K V Y	Z L K			
		Z 2 1	Z 2 1			Z 2 1	Z 2 1	Z 2 1				
4. Stanovení cílů, kterých je třeba dosáhnout(výběr):												
zvýšení soběstačnosti, sebeúcty a celkové kvality života seniorů	0	3	0	1	0	0	0	3	0	3	0	3
uspokojení poptávky seniorů po službách všeho druhu a zvýšení jejich kvality	0	3	0	3	0	1	1	2	1	3	1	2
snížovat například počet úrazů, mozkových příhod	0	3	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1
zvýšení efektivity a kvality zařízení všeho typu pečujících o seniory	0	3	3	0	4	2	1	0	2	0	3	0
integrování péče zdravotní a sociální do jednoho celku, kdy je v centru klient s potřebami obojího	0	4	0	2	1	1	0	1	0	2	0	2
jiné...												

V plánech typu **Z21** do určité míry ani kraje nemusí stanovovat vlastní cíle, protože mohou v podstatě přebrat cíle stanovené v celonárodní implementaci Z21. Málokdy však využívají své možnosti stanovit si svoje vlastní dílčí cíle.

Co se týče krajských zdravotních koncepcí **non-Z21**, zde je absence cílů zřejmá ještě více. Ač všechny koncepce směřují k tomu, aby dosáhli co nejlepšího hospodaření svých nemocnic, v žádné koncepci nenajdeme vyjádření ve smyslu: “Do roku 2010 chceme dosáhnout vyrovnaného hospodaření všech nemocnic kraje”. Jedním z vysvětlení tohoto jevu je možná obava mezi autory, že ke splnění cíle nedojde a oni budou muset takzvaně “skládat účty”. Můžeme to chápat jako projev určité politické “prohnanosti”, ale určitě by z hlediska transparentnosti bylo mnohem vhodnější takovéto jasné cíle si stanovit a po určitém daném čase říci, zda bylo cílů dosaženo. Pokud jich dosaženo nebylo, tak otevřeně říci, že cíle nebyly splněny, a specifikovat, proč tomu tak bylo. Pokud se tedy hypoteticky stane, že některá z našich imaginárních nemocnic se propadne do ztráty –10mil. Kč, neměl by být problém, aby kraj výsledky zveřejnil společně s komentářem, že ztráta se objevila jako důsledek stěhování nemocnice do nového areálu a novým cílem je, aby v příštím roce již ztrátu nevykazovala.

V tomto bodě nelze vybrat jeden plán, který by stanovoval ve většině svých bodů jasné cíle a časový harmonogram jejich plnění, ale lze pouze jmenovat jednotlivé části plánů nebo konkrétní projekty, které mají všechny tyto náležitosti.

Přesto by se našlo několik krajů, které poměrně jasně stanovené cíle mají. Ze všech jmenujme třeba PDK a nebo KVY, který sice ve své vlastní koncepci má cíle poměrně všeobecné, ale v příloze nacházíme zajímavý materiál, který srovnává oddělení v krajem zřizovaných nemocnicích podle odpovídající odbornosti. V tomto srovnání je taktéž kolonka cíle, kde má každé oddělení své cíle jasně specifikované a to nejen v rámci nemocnice, ale s ohledem na zdravotnictví v celém kraji. Chybí zde však opět časový údaj, do kdy má být cíl splněn.

B-6) Určily kraje ke každé aktivitě zodpovědné osoby a instituce, které jsou za plnění cílů zodpovědné?

Odpověď viz bod E)

B-7) Vybraly kraje dobré ukazatele, které budou dobře vypovídat o stavu plnění cílů?

Výběr ukazatelů kraje obecně dosti podceňují, nevěnovali jí příliš pozornosti a mnohdy volili ukazatele podle mého soudu nevhodné. Pokud je v metodice ke zpracování Z21 doporučena položka „ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu“, považoval bych za vhodné kromě ukazatelů obecných přidat i ukazatele, které jsou přímo ovlivněny jednotlivými aktivitami. Pokud se například v jednom nejmenovaném krajském plánu autoři rozhodli, že dosáhnou dílčího úkolu č. 5.2 (Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých alespoň o 20%) přednáškovou činností, bylo by lépe kromě 2 ukazatelů, které obsahuje národní implementace Z21 (střední délka života prožitého ve zdraví (HALE) a počty hospitalizovaných na vybrané choroby), přidat i třeba ukazatel „počty přednášek“, aby kraj mohl v nějakém svém budoucím hodnocení říci, nakolik svoje předsevzetí pořádat přednášky splnil.

Přesně takto postupoval PDK, který ve svém plánu Z21 má prakticky ke každé své aktivitě přiřazeny vypovídající ukazatele – je však jediným takto pozitivním příkladem.

D7. Závěr

Základním zadáním této práce bylo odpovědět na následující otázky:

A) Kolik krajů má zdravotní plány a koncepce? Jakou mají úroveň?

9 ze 14 krajů disponuje koncepčním materiálem, z čehož jeden kraj koncepci neposkytl a jeden kraj disponuje materiálem, který nelze označit za koncepci, i když se tak nazývá.

Úroveň koncepčních materiálů je velmi rozdílná mj. z důvodu neustálých změn ve směřování českého zdravotnictví a následné nejasnosti ohledně kompetencí, které kraje mají. Některé kraje nemají žádnou koncepci - tuto povinnost nemají.

Kvalita je všeobecně velmi nízká u plánů vzniklých v roce 2003, kdy byly podmínkou k oddlužení nemocnic. Pro vytvoření plánů byl omezený časový prostor, motivace krajů nebyla příliš vhodná a některé kraje pravděpodobně i z tohoto důvodu materiály k analýze neposkytly.

Novější plány jsou většinou již kvalitnější.

K datu 6/2008 bylo dostupných 5 krajských implementací programu Zdraví 21. 4 z nich lze označit za zdařilé (PDK, LIK, SČK, ÚSK), u některých však s velkými výhradami.

Ze zdravotních plánů (bez zahrnutí implementací Z21) nelze vybrat materiál, který by byl pro ostatní vzorem – obsahoval by všechny podstatné části, které bychom od plánu očekávali. Určitě by však mohl být inspirací pro ostatní kraje Zdravotní plán kraje Vysočina, který je v současné době plánem nejnovějším a určitě i nejkompaktnějším. Další plány mají také své silné stránky – jsou popsány v kapitole D5.

B) Jaké jsou mezi plány rozdíly – jsou srovnatelné z formálního a obsahového hlediska?

Z důvodu neexistující jednotné metodiky ze strany MZČR mají plány zcela odlišnou strukturu (s výjimkou v roce 2003). Jak bylo uvedeno výše, existují zde velké kvalitativní rozdíly a plány jsou obsahově zcela nesrovnatelné.

Pokud se týče krajských implementací Z21, je zde jasná metodika ze strany WHO. Přesto ji některé kraje nerespektovaly a podepsalo se to zpravidla na jejich kvalitě.

C) Dominují v plánech nějaká témata na úkor jiných?

V plánech jednoznačně dominují témata spjatá se zřizovatelskou zodpovědností krajů za provoz nemocnic (hospodaření krajských nemocnic, restrukturalizace lůžkové péče, prodej nemocnic apod.), protože zde má kraj nejvíce kompetencí a tím i zodpovědnosti. Jsou to témata politicky nejcitlivější.

D) Jsou si kraje vědomi problémů spojených se stárnutím populace? Mají v plánech zahrnuta opatření, která zvyšují kvalitu života seniorů v současnosti i budoucnosti? Je v plánech věnována dostatečná pozornost těmto tématům ve srovnání s ostatními cíly?

Kraje si jsou vědomy problémů spojených se stárnutím populace, ale většinu zodpovědnosti za kroky nutné k jejímu zvládnutí delegují obvykle na úroveň vyšších státních orgánů (reforma důchodového systému apod.). Ve všech plánech je více méně deklarována potřeba zvyšovat kapacitu lůžek následné péče, ale jinak zde zcela chybí ucelený přehled problémových oblastí, které tento fenomén přináší a v kterých je potřeba včasná intervence. Různá jednotlivá opatření a vylepšení jsou obsažena zvláště v

krajských implementacích programu Z21, které jsou charakteristické svým přesahem do sociální problematiky.

Plány rozhodně nevěnují tématům souvisejícím se zvýšením kvality života seniorů větší prostor, než tématům ostatním. Ač víme, že srovnání toho, jak se věnují kraje v rámci jednoho plánu péči o novorozence je značně omezené, lze konstatovat, že kvalita a rozsah kapitoly věnující se “Zdravému startu do života” není nikdy menší a neobsahuje méně aktivit než je tomu ve stejných plánech kapitoly “Zdravé stárnutí”. To může být z celé řady důvodů souvisejících mimo jiné se společenským klimatem nebo třeba se schopností jasně definovat strukturu zdravotní péče o novorozence a relativně úzkým okruhem potřeb typických pro novorozence. Péče o seniory je naproti tomu velmi komplikovanou oblastí, a právě proto by měla být velkou výzvou pro všechny zodpovědné, kteří mají její směřování ve své kompetenci.

D8. Souhrn

Práce analyzuje všechny dostupné koncepční materiály krajů v ČR formou odpovědí na systematicky kladené otázky: Kolik krajů má zdravotní plány a koncepce? Jakou mají úroveň? Jaké jsou mezi plány rozdíly – jsou srovnatelné z formálního a obsahového hlediska? Dominují v plánech nějaká témata na úkor jiných?

Nejdříve jsou hodnoceny silné a slabé stránky jednotlivých koncepcí a posléze jsou mezi sebou srovnávány plány ve vybraných kapitolách (byla vybrána tematika stárnutí populace).

Závěry: 9 ze 14 krajů disponuje koncepčním materiálem, z čehož jeden kraj koncepci neposkytl a jeden kraj disponuje materiálem, který nelze označit za koncepci. Úroveň koncepčních materiálů je velmi rozdílná mj. z důvodu neustálých změn ve směřování českého zdravotnictví a následné nejasnosti ohledně kompetencí, které kraje mají.

Kvalita je všeobecně velmi nízká u plánů vzniklých v roce 2003, kdy bylo vypracování krajského zdravotního plánu podmínkou k oddlužení nemocnic. Novější plány jsou většinou již kvalitnější.

V plánech jednoznačně dominují témata spjatá se zřizovatelskou zodpovědností krajů za provoz nemocnic (hospodaření krajských nemocnic, restrukturalizace lůžkové péče, prodej nemocnic apod.), protože zde má kraj nejvíce kompetencí a tím i zodpovědnosti. Jsou to témata politicky nejcitlivější.

Kraje si budou vědomy problémů spojených se stárnutím populace, ale většinu zodpovědnosti za kroky nutné k jejímu zvládnutí delegují obvykle na úroveň vyšších státních orgánů.

Summary

In this work, regional strategic documents in the Czech Republic are analysed, by means of responding on systematically chosen questions: How many regions do have a health plan or another regional strategic material? What are their qualities? Are there any differences among the plans - are they comparable in form and content? Are there any of the topics dominating at the expense of the others?

First, the valuation of eminencies and demerits of each material is mentioned, then the comparison of the plans in particular chapters is presented (in this work, the topic of the population ageing was chosen).

Conclusions: 9 of 14 regions have some strategic material, one of them did not provide its plan and one region disposes of some document, which can not be labelled as a strategic. The quality of the materials differs very much. Probably, the main reason is non-existing strategy of the national health politics and frequent changes on the position of the health minister.

The quality of some plans, which were created in 2003, is very low. In this year Ministry of Health CR was prone to discharge regional hospitals from debts, but there was a condition that regions must prepare regional health plans. The newer regional plans are usually of better quality.

In the plans there are dominating topics like regional hospitals economy, bed care restrukturalisation, quality of the hospital care etc. The main reason is that this is an area of the most of the competencies and responsibilities of the region. Since 2003 regions have a position as a founder of their regional hospitals and they are responsible for their results. From the political point of view, these topics are the most sensitive.

The regions are conscious of the problems related to the population ageing, but usually, they depute the responsibility for the necessary proceedings to manage this problem to the national government.

D9. Seznam použité literatury

HEALTH 21 – health for all in the 21st century. World Health Organization - Regional Office for Europe: Copenhagen 1998, <http://www.who.int>

Zdraví pro všechny v 21. století. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. MZČR: Praha 2002, <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>

Sbírka zákonů ČR. Ministerstvo vnitra ČR: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/>

kraj	název dokumentu	dostupnost
Jihočeský	Zdravotní plán JČK 2003	http://www.kraj-jihocesky.cz/
	Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU	tamtéž
	Akční plán rozvoje Jihočeského kraje pro rok 2006	tamtéž
Liberecký	Dr. Vachek: Studie koncepce péče o zdraví občanů v Libereckém kraji	http://oz.xf.cz
	Zdravotní plán z r. 2003	tamtéž
	Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel – Zdravotní politika LK 2005, 2006	www.khslbc.cz
Středočeský	Koncepce zdravotnictví ve Středočeském kraji	http://www.kr-stredocesky.cz/
	Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Středočeského kraje – „ZDRAVÍ 21“	tamtéž
Moravskoslezský	Koncepce zdravotní péče v MSK	http://www.kr-moravskoslezsky.cz/zdr_01.html
	Stránky programu Zdraví 21 bez aplikace v MSK	http://www.zdravi21msk.cz
Ústecký	Zdravotní plán ÚSK	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
	Zdravý kraj České republiky – Realizace programu „Zdraví 21“ v Ústeckém kraji	http://zdravotnictvi.kr-ustecky.cz/
	Zdravotnictví na území Ústeckého kraje 2005, 2006	tamtéž
	Optimalizace lůžkové péče na území ÚSK	tamtéž
Pardubický	Dlouhodobá strategie rozvoje péče o zdraví s cílem zlepšování zdravotního stavu obyvatel Pardubického kraje	www.pardubickykraj.cz
Vysočina	Zdravotní plán kraje Vysočina, Socioekonomická analýza ke zdravotnímu plánu	www.kr-vysocina.cz
Zlín	Zdraví 21 ve Zlínském kraji	http://www.khszlin.cz/doc/szs_zdravi21.pdf
	Programy podpory zdraví ve Zlínském kraji	http://www.khszlin.cz

VACHEK, S.: Studie koncepce péče o zdraví občanů v Libereckém kraji, Brno 2004. <http://oz.xf.cz>

GLADKIJ, I., STRNAD, L.: Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. UP v Olomouci, Olomouc 2002

HÁVA, P. : Zdravotní plány krajů. Zdravotnictví v ČR, 2004, č. 2, s. 1-8, <http://www.zcr.cz>

BOULT, C. et al.: Perspective: transforming chronic care for older persons. Academic medicine, 2008, vol. 7, no. 83, p. 627-631

JANEČKOVÁ, H. a MALINA, A.: Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. Zdravotnictví v ČR, 2008, č. 1, str. 26-29, (pokr. v čísle2, str. 64-68), <http://www.zcr.cz>