

ZDRAVOTNÍ PLÁN KRAJE VYSOČINA

V E R Z E 1 . 2

L I S T O P A D 2 0 0 7

Zpracovatelé:

Ing. Pavel Hájek, náměstek hejtmana pro oblast životního prostředí a zdravotnictví

JUDr. Věra Švarcová, vedoucí odboru sociálních věcí a zdravotnictví

Ing. Dana Buřičová, vedoucí oddělení zdravotní péče

Bc. Radim Hošek, pracovník oddělení zdravotní péče

Ing. Soňa Měrtlová, vedoucí oddělení zdravotní a sociální správy

Roman Sýkora, pracovník oddělení zdravotní péče

Ing. Tomáš Halačka, pracovník oddělení zdravotní péče

Jan Koteš, pracovník oddělení zdravotní péče

Ing. Jana Krbová, externí spolupracovník

MUDr. Miloš Suchý, externí spolupracovník, STAPRO s. r. o.

MUDr. Jiří Běhounek, předseda Zdravotní komise Rady kraje Vysočina

Ing. Jaroslav Veselý, místopředseda Zdravotní komise Rady kraje Vysočina

MUDr. Stanislav Wasserbauer, ředitel Zdravotního ústavu se sídlem v Jihlavě

MUDr. Vít Kaňkovský, ředitel Nemocnice Havlíčkův Brod, p. o.

Ing. Martin Šuma, ředitel Nemocnice Jihlava, p. o.

Ing. Pavel Hrala, ředitel Nemocnice Pelhřimov, p. o.

Ing. Petr Mayer, ředitel Nemocnice Třebíč, p. o.

MUDr. Zdeněk Kadlec, ředitel Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.

MUDr. Lukáš Kettner, ředitel Zdravotnické záchranné služby kraje Vysočina, p. o.

Úvod	4
-------------	----------

ZÁVĚRY SOCIO-EKONOMICKÉ ANALÝZY KE ZDRAVOTNÍMU PLÁNU	6
---	----------

SHRNUTÍ ZÁVĚRŮ	11
----------------	----

SWOT ANALÝZA	12
---------------------	-----------

1 LIDSKÉ ZDROJE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	12
--	-----------

1.1 SILNÉ STRÁNKY	12
1.2 SLABÉ STRÁNKY	12
1.3 PŘÍLEŽITOSTI	12
1.4 OHROŽENÍ	12

2 PROCES (INFRASTRUKTURA, ORGANIZACE A ŘÍZENÍ) ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	13
---	-----------

2.1 SILNÉ STRÁNKY	13
2.2 SLABÉ STRÁNKY	13
2.3 PŘÍLEŽITOSTI	13
2.4 OHROŽENÍ	14

3 EKONOMIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	15
--	-----------

3.1 SILNÉ STRÁNKY	15
3.2 SLABÉ STRÁNKY	15
3.3 PŘÍLEŽITOSTI	15
3.4 OHROŽENÍ	15

4 CÍLOVÁ SKUPINA (KVALITA SLUŽEB) ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	16
--	-----------

4.1 SILNÉ STRÁNKY	16
4.2 SLABÉ STRÁNKY	16
4.3 PŘÍLEŽITOSTI	16
4.4 OHROŽENÍ	16

PROGRAMOVÁ (STRATEGICKÁ) ČÁST ZDRAVOTNÍHO PLÁNU KRAJE VYSOČINA	17
---	-----------

MISE	17
STRATEGICKÁ VIZE	17
STRATEGICKÉ CÍLE	17
PRIORITY KRAJE VYSOČINA V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ	17
5	PRIORITA 1: LIDSKÉ ZDROJE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU
5.1	OPATŘENÍ 1.1: STABILIZACE LIDSKÝCH ZDROJŮ
5.2	OPATŘENÍ 1.2: ZVÝŠENÍ KVALITY ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU
5.3	OPATŘENÍ 1.3: VYTVÁŘENÍ VHODNÝCH PODMÍNEK PRO PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ
6	PRIORITA 2: PROCESY (INFRASTRUKTURA, ORGANIZACE A ŘÍZENÍ) ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU
6.1	OPATŘENÍ 2.1: ZDRAVOTNÍ INFRASTRUKTURA
6.2	OPATŘENÍ 2.2: ORGANIZACE A ŘÍZENÍ
6.3	OPATŘENÍ 2.3: PODPORA PROCESNÍHO ŘÍZENÍ
7	PRIORITA 3: EKONOMIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU
7.1	OPATŘENÍ 3.1: ZAVEDENÍ JEDNOTNÉHO- SYSTÉMU ŘÍZENÍ
7.2	OPATŘENÍ 3.2: EKONOMICKÉ UKAZATELE FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ
7.3	OPATŘENÍ 3.3: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ
8	PRIORITA 4: KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽEB ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU
8.1	OPATŘENÍ 4.1: AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ
8.2	OPATŘENÍ 4.2 DOSTUPNOST SLUŽEB
8.3	OPATŘENÍ 4.3: KVALITA SLUŽEB A SPOKOJENOST KLIENTŮ
	SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ
	SHRNUTÍ
	DOPORUČENÍ
	Z Á V Ě R
	SEZNAM PŘÍLOH

Úvod

Od roku 1990 probíhají v ČR diskuse o různých modelových přístupech k tvorbě zdravotní a sociální politiky. Tyto přístupy lze v zásadě členit do dvou skupin, a to (1) z hlediska liberálního pojetí, **odmítajícího plánování na straně státu či veřejné správy** a vycházejícího z aplikace ekonomického modelu nabídky a poptávky v rámci trhu a (2) přístup založený na **hodnocení potřeb a indikativním plánování** v rámci výkonu veřejné správy, s využitím analýz a predikce vývoje řízených procesů s následným hodnocením dosažených výsledků.

Koncepční práce patří dlouhodobě ke slabým místům české zdravotní politiky. Systém zdravotní péče a veřejného zdravotního pojištění postrádá od svého počátku jasné definovaný koncepční dokument.

Dnem 1. ledna 2003 byly převedeny z vlastnictví České republiky do vlastnictví krajů zdravotnická zařízení, u nichž funkci zřizovatele do té doby plnily okresní úřady. Od tohoto okamžiku se kraje, coby zřizovatelé, snaží hledat vlastní cesty řešení.

Vznikající zdravotní plán kraje a diskuse nad jeho analytickými východisky je projevem odpovědného a uvážlivého přístupu volených představitelů kraje ve spolupráci s pracovníky veřejné správy a dalšími aktéry zdravotní a sociální politiky k nalezení cesty k řešení následujících problémů:

- stanovení optimální struktury zdravotní péče;
- zjištění dostupnosti zdravotní péče;
- dosažení co nejvyšší kvality zdravotní péče;
- řešení ekonomických problémů, především pak způsoby financování zdravotnických zařízení a jejich ekonomickou a provozní stabilitu.

Celý proces přípravy, realizace a hodnocení zdravotního plánu kraje je nutno chápat jako neustále se opakující cyklus kroků, které povedou k zajištění komplexnější a dokonalejší péče o obyvatele kraje.

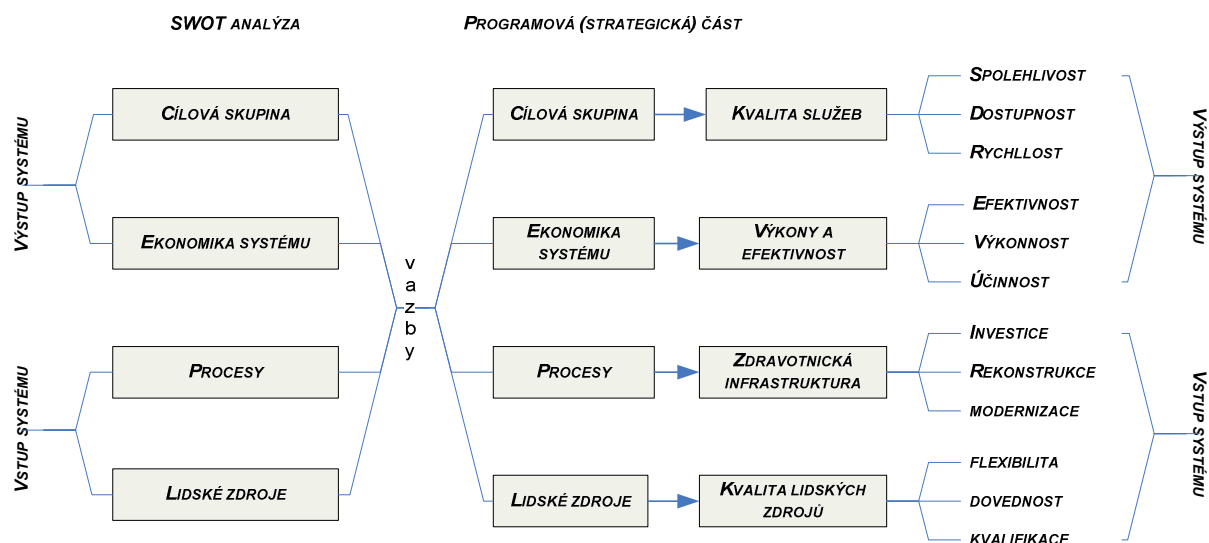
Metodologický přístup

Zpracování části „Závěry socioekonomické analýzy“ a „SWOT analýzy“¹ vychází z popisu a analýzy stávajícího stavu zdravotnictví v kraji Vysočina a analýzy výkonnosti nemocnic. Formulované závěry usnadňují jasné definování vnitřních (silných a slabých) a vnějších (příležitostí a hrozeb) stránek celého systému. Při konstrukci SWOT analýzy bude při podrobnějším rozpracování tohoto materiálu (je plánováno ve 2. pololetí 2007) využito bodovacích metody, pomocí níž lze stanovit jasné priority a následně vazby na programovou (strategickou) část. Programová (strategická) část je pak členěna ve stejné struktuře a navrhuje priority, v rámci nichž jsou specifikována opatření.

Z důvodu provázání vazeb mezi analytickou a programovou částí tohoto dokumentu, byly zvoleny čtyři základní oblasti (viz schéma 1), které byly identifikovány jako nejdůležitější v oblasti zdravotnictví. V programové části jsou označovány jako priority a u každé je formulovaný cíl, kterého by mělo být dosaženo.

¹ SWOT: S – Strengths (silné stránky) – přednosti; W – Weaknesses (slabé stránky) – nedostatky, O – Opportunities (příležitosti); T – Threats (hrozby)

Schéma 1 Oblasti vstupu a výstupu zdravotnického systému



Zpracovaný dokument je prvním návrhem, který bude dle stanoveného harmonogramu dále rozpracován, a to na základě několikaetapového připomínkování a v závěru bude podroben oponentuře významnými odborníky, tak aby odpovídal realitě a potřebám oblasti zdravotnictví v kraji Vysočina.

ZÁVĚRY SOCIO-EKONOMICKÉ ANALÝZY KE ZDRAVOTNÍMU PLÁNU

Ke zmapování výchozí situace oblasti zdravotnictví v kraji Vysočina byl zpracován dokument „**Socio-ekonomická analýza ke zdravotnímu plánu**“ jehož součástí je i „**Analýza výkonnosti nemocnic pro zdravotní plán kraje Vysočina**“, které podrobně popisují danou problematiku a jsou základním podkladovým materiálem pro tyto Závěry.

První z uvedených dokumentů je členěn do jedenácti kapitol a zabývá se všemi oblastmi zdravotnictví v kraji Vysočina.

V **první kapitole** byly na základě analýzy demografického a populačního vývoje kraje Vysočina identifikovány základní faktory ovlivňující nutnost dlouhodobého řešení zdravotnictví kraje. Závěry lze shrnout do následujících bodů.

(1) U mužů i u žen z kraje Vysočina je nejčastější *příčinou úmrtí* onemocnění kardiovaskulárního (oběhového) systému, následují nádorová onemocnění, poranění a otravy, nemoci dýchací soustavy, onemocnění trávicí soustavy a jako šesté v pořadí jsou úmrtí v důsledku dopravních nehod.

Podíl nejčastějších příčin úmrtí je u mužů a žen poněkud odlišný. Zatímco u žen tvoří nemoci oběhové soustavy téměř 60%, u mužů tomu je „pouze“ 54 %. U mužů úmrtnost na tato onemocnění v kraji sice dlouhodobě klesá (podobně jako v jiných krajích ČR), ale v posledních letech je stabilně vyšší než je průměr v ČR. V letech 2003 – 2004 byla úmrtnost vyšší pouze ve 3 krajích. U žen je situace podobná - úmrtnost na onemocnění srdce a cév stabilně klesá, ale je trvale nad republikových průměrem. V letech 2003 – 2004 byla úmrtnost vyšší pouze ve 2 krajích ČR.

Podíl úmrtí na nádorová onemocnění je u mužů vyšší než u žen (27 % x 24 %), podobně je tomu i u poranění a otrav (7 % x 4 %), hodnoty se však nacházejí mírně pod republikovým průměrem. Při hodnocení trendů úmrtnosti na novotvary je samozřejmě nutné mít také na vědomí tu skutečnost, že v posledních letech dochází k výrazně vyšší úspěšnosti při léčbě většiny zhoubných nádorů, což pozitivně ovlivňuje počty zemřelých. Proto vyšší vypovídací hodnotu o výskytu zhoubných nádorů v populaci má incidence, tj. výskyt nových případů jednotlivých novotvarů.

(2) Ve všech okresech kraje došlo v posledních 20 letech poměrně k výraznému nárůstu celkového *výskytu novotvarů*. Platí to jak pro ženy, tak i pro muže, a odpovídá to celorepublikovému trendu, nicméně je výskyt nádorů v kraji Vysočina výrazně pod republikovým průměrem. K nejčastějším a současně k nejzávažnějším novotvarům patří u mužů zejména nádory tlustého střeva, konečníku, plic a prostaty. U žen pak zejména nádory prsu, tlustého střeva, konečníku a dělohy.

Druhá kapitola se zabývá problematikou lidských zdrojů, které patří k základům celého systému. I v této části je konstatováno, vedle toho, že ve zdravotnických zařízeních působí velmi kvalitní lidské zdroje (lékaři, střední zdravotnický a ostatní personál), i to, že se potýká s celou řadou problémů. K nejzávažnějším lze řadit následující problémy:

(1) Věková struktura zdravotnického personálu je z hlediska dlouhodobého vývoje nepříznivá, a to především lékařů, zvláště v primární ambulantní péči.

(2) Není vyřešen systém přípravy praktických lékařů pro dospělé. Z celkového počtu 1 753 lékařů je 179 lékařů ve věkové kategorii nad 60 let. Tato situace je alarmující především

v kategorii praktických lékařů pro dospělé a zubních lékařů. Příprava lékaře probíhá tím způsobem, že nemocnice lékaře zařazeného do specializačního oboru praktické lékařství do dospělé přijme na 15 měsíců do pracovního poměru. Po dobu 15 měsíců probíhá předepsaná praxe v nemocnici. Po této době končí lékař pracovní poměr s nemocnicí a dále se stává zaměstnancem Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze (dále jen IPVZ) – na tento postup však není právní nárok. Finanční prostředky vynakládané nemocnicemi na tuto praxi jsou pro nemocnice zatěžující, nejsou jí v žádné formě vráceny, a nemocnice v podstatě nemají žádný zájem na výchově mladých praktických lékařů.

(3) Na základě získaných informací bylo zjištěno, že je nezbytné další vzdělávání zdravotnického personálu jak ve struktuře akreditovaných odborností (interna, chirurgie, psychiatrie apod.), tak ve struktuře manažerských a řídicích dovedností na všech úrovních řízení.

Třetí kapitola se zabývá analýzou geografické situace a dopravní obslužnosti. Je konstatováno, že v současné době, vzhledem ke specifikám kraje (poloze, přírodním podmínkám a historickému vývoji), je situace vyhovující, avšak s budoucím vývojem péče v nemocnicích kraje bude nutné se zabývat problematikou dopravního propojení kraje (optimalizace připojení měst na D1) a plánováním integrace dopravního systému regionu. Základy zlepšení dostupnosti již byly v souvislosti s rekonstrukcí silnic učiněny.

Čtvrtá kapitola je neobsáhlejší a je zaměřena na podrobné zmapování sítě zdravotnických zařízení a služeb v nich poskytovaných.

Z provedeného šetření lze shrnout nejzávažnější problémy do následujících skupin:

(1) V kraji Vysočina nejsou ukončeny procesy spojené s řešením organizačních a koncepčních problémů, především:

- (i) efektivnější organizace poskytování lékařské služby první pomoci s vazbou na nemocnice;
- (ii) plošné pokrytí stanovišti ZZS;
- (iii) systémový rozvoj paliativní péče.

(2) Existuje dlouhodobě neutěšený stav některých částí nemocničních zařízení, nicméně je zřejmé, že není v možnostech kraje investovat tak vysoké částky na jejich obnovu a modernizaci z vlastních zdrojů. Ani nemocnice samotné nedokáží ze svých prostředků tak finančně náročné akce zvládnout, proto je cestou k řešení např. úvěr u bankovního ústavu, fondy EU, ISPROFIN a další.

(3) Z důvodu dosahování vyšší efektivnosti a snazšího sjednocení postupů je navrhováno:

- (i) pracovat na struktuře společných nákupů zdravotnického materiálu, koordinaci výběrových řízení pro všechny nemocnice a analýzou podloženém umístění nákladné zdravotnické techniky;
- (ii) pracovat na společné politice ve vztahu se zdravotními pojišťovnami.

(4) Dostupnost zdravotní péče je v kraji srovnatelná, nejsou výrazné rozdíly. V *ambulantní péči* přepočtené počty ambulantních lékařů odrážejí velikost daného okresu. Větší vypovídací a srovnávací hodnotu mají relativní údaje vztažené na 100 tis. obyvatel. Z tohoto pohledu má nejlepší pokrytí okres Žďár nad Sázavou a nejslabší okres Havlíčkův Brod a Třebíč. Rozmístění *lůžkových zařízení* je vyhovující. Avšak nedostačující je pokrytí části území zdravotní *záchrannou službou* a nedořešené je rozložení a organizace využívání *lékařské služby první pomoci* (dále jen LSPP).

Pátá kapitola byla zaměřena na problematiku mezikrajové migrace, která úzce souvisí se strukturou poskytované péče. Možné problémy lze shrnout do následujících bodů:

(1) V kraji Vysočina chybí specializovaná a superspecializovaná péče a proto jsou nemocnice nuceny vysílat za tímto druhem péče pacienty do jiných krajů. Jedná se zejména o výkony:

- (i) speciální a náročné ve všech oborech,
- (ii) s malou četností,
- (iii) prováděné v onkologických centrech,
- (iv) z oblasti akutních koronárních příhod, včetně koronarografie,
- (v) specializované intenzivní péče v oblasti novorozenecké, dětské a infekční problematiky,
- (vi) chirurgické výkony v neurochirurgii (diskoidní postižení, cerebrální expanzivní léze, nebo oblast krvácení), hrudní chirurgii a dalších spec. chir. oblastech
- (vii) v oblasti vrozených a vývojových vad a jejich řešení,
- (viii) specializovaná vyšetření jako je MRI, PET, tomografická scintigrafie perfuse mozku, gama nůž a další.

(2) Statistika o zdravotním stavu obyvatelstva potvrzuje, že zejména vybudování fungujících center kardiologie a onkologie bude pro pacienty v kraji Vysočina velkým přínosem.

Šestá kapitola je zaměřena na ekonomické ukazatele zdravotnických zařízení, a to na:

- (i) způsoby financování, které v současné době vychází ze zákona² a výše úhrady ze zdravotního pojištění je dána v současné době paušálem a není pro vedení nemocnit příliš řešitelné získávání dalších finančních prostředků zvyšováním výkonnosti. Hledání jiných cest, např. snižováním nákladů při zachování rozsahu a kvality produkce, je velmi problematické (rozhodující část tvoří mzdové náklady, kde je předpisem stanovena nejen výše platu, ale i minimální personální vybavení pro poskytování péče a další omezující pravidla). Dále velmi nejisté je uchování výše finančních prostředků získaných od pojišťoven v případě změny struktury dosud nasmlouvaných odborností a provozu.
- (ii) ekonomickou situaci pěti nemocnic, kde zřizovatelem je kraj. Je konstatováno, že Nemocnice Nové Město na Moravě a Nemocnice Pelhřimov mají vyrovnané hospodaření, dobré ukazatele likvidity i zadluženosti a jsou schopny dostát svým závazkům. Zlepšují se rovněž i ostatní nemocnice, ale parametry likvidity nejsou prozatím pro Nemocnici Havlíčkův Brod a Nemocnici Jihlava příznivé - obě nemocnice by měly problém při okamžitém splácení svých závazků. Rovněž podíl cizího kapitálu na celkových aktivech je u obou nemocnic vysoký. Nicméně závazky po lhůtě splatnosti mají u všech nemocnic, vyjma Nemocnice Pelhřimov, klesající tendenci. Výrazně této situaci napomohla zlepšená platební morálka zdravotních pojišťoven a oddlužení státu v roce 2003 – 2005.

V této kapitole je dále popsán stav a průběh oddlužení, kterým stát řešil závazky bývalých okresních nemocnic. Zde je nutno konstatovat, že dosavadní oddlužení chápe kraj jako prozatím neukončený proces.

Sedmá kapitola se zabývá analýzou výkonnosti a ze závěrů vyplývá:

(1) v současné době má předložená analýza slabá místa v datech, protože tato byla nemocnicemi poskytována nejednotným způsobem z následujících důvodů:

- (i) využívání různých možností metodiky VZP,

² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

- (ii) nepravdivelné výkaznictví (některé realizované výkony jsou někdy vykazovány až za další období),
- (iii) uvádění různého počtu lůžek (nasmlouvané se zdravotními pojišťovnami a skutečný stav),
- (iv) těžko vysvětlitelné rozdíly ve vykazování kategorie pacienta ošetrovacího dne na standardních lůžkách,
- (v) provozování oddělených provozů různých odborností pod jedním nákladovým střediskem
- (vi) vykazování řádkové odbornosti na hospitalizačním dokladu nedokáže plně identifikovat provádějící pracoviště.

Z uvedených důvodů je navrženo, aby byla vytvořena jednotná metodika evidence výkonů a dalších klinicky důležitých údajů pro všechna lůžková zařízení kraje se zavedením pravidel jejich vykazování a s tím související uspořádání organizační struktury nemocnic.

(2) Nutnost hledání optimálního řešení situace následujících lůžkových oddělení s nízkou výkonností:

- (i) Oční – platí prakticky u všech nemocnic s výjimkou Nemocnice Jihlava, i zde však využívání lůžkového fondu klesá. V některých nemocnicích (Havlíčkův Brod a Nové Město na Moravě) je již situace řešena společným lůžkovým fondem
- (ii) ORL – obraz je obdobný jako u očního. Platí prakticky u všech nemocnic s výjimkou Nemocnice Jihlava, i zde však využívání lůžkového fondu klesá. V některých nemocnicích (Havlíčkův Brod a Nové Město na Moravě) je již situace řešena společným lůžkovým fondem.
- (iii) Infekce - výkonnost je uspokojivá v Nemocnici Havlíčkův Brod a Nemocnici Třebíč. V Nemocnici Nové Město na Moravě je nízká. Je zřejmý meziroční pokles v Nemocnici Jihlava. Doporučuje se zvážit řešení v Nemocnici Nové Město na Moravě, nejlépe využitím společného lůžkového fondu s interním oddělením a nebo konsolidací lůžkového fondu v rámci kraje
- (iv) Kožní - pouze oddělení v Nemocnici Třebíč vykazuje uspokojivou výkonnost, oddělení v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Nové Město na Moravě vykazují výkonnost hraniční. Doporučuje se provést klinické audity těchto dvou oddělení a pokud nebudou indikace k hospitalizaci na kožním oddělení jednoznačné, doporučuje se zvážit restrukturalizaci lůžkového fondu buď zrušením oddělení, nebo využitím společného lůžkového fondu s interními odděleními.
- (v) Rehabilitace - výkonnost všech tří oddělení je uspokojivá, ale hodnoty v jednotlivých měsících vykazují velké rozdíly. To může svědčit o méně efektivním využívání lůžkové kapacity. Relativně nižší výkonnost vykazuje paradoxně největší Nemocnice Jihlava, kde je podíl rehabilitačních lůžek z celkového počtu akutních lůžek nejméně příznivý. Navíc oddělení vykazuje vyšší podíl překladů, jakoby nebylo využíváno především na konci hospitalizace, jak je obvyklé. Doporučuje se auditovat indikace a způsob využívání rehabilitačních lůžek ve všech nemocnicích, především v Nemocnici Jihlava.
- (vi) Urologie - výkonnost je přijatelná pouze v nemocnicích Nové Město na Moravě a Třebíč. Nepříznivý vývoj je v Nemocnici Jihlava, mírně nepříznivý ve zbývajících Nemocnicích Havlíčkův Brod a Pelhřimov. Dle sdělení vedení Nemocnice Havlíčkův Brod využívá jejich urologické oddělení společný lůžkový fond s chirurgickým oddělením. V žádné nemocnici není sice výkonnost kriticky nízká, ale celkové výsledky vedou k doporučení, aby počet samostatných lůžkových oddělení v kraji byl redukován na 3, lépe 2 oddělení. U urologie se nabízí konsolidace lůžkového fondu s chirurgickým oddělením.

(vii) Jednotky intenzivní péče – provést nezávislé audity a optimalizovat jejich fungování.

(3) Vyřešit situaci v nemocnicích s problematickým využíváním lůžkového fondu. Jde o oddělení s nízkým průměrným počtem ošetrovacích dnů na stanici a lůžko za měsíc a nízkým počtem přijetí (pobyků) na stanici a lůžko za měsíc z důvodu nízké výkonnosti celého oddělení, nepřiměřeného počtu lůžkových stanic, prodlužování průměrné ošetrovací doby a snižování počtu hospitalizovaných pacientů. Problematickými obory byly shledány pediatrie a gynekologie a porodnictví.

Osmá kapitola pojednává o důležitých partnerech kraje v oblasti zdravotnictví, kterými jsou zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona odpovědné za zajištění dostupnosti důvodné, kvalitní a efektivně poskytované zdravotní péče pro své pojištěnce, a to prostřednictvím smluvních vztahů uzavřených s poskytovateli zdravotní péče. Jelikož má především VZP zásadní význam při „nákupu“ zdravotní péče a tím i vytváření sítě zdravotnických zařízení, je důležité zohlednit její strategii do příštích let.

Pokud jde o vlastní kroky optimalizace poskytování zdravotní péče, musí VZP vycházet ze zdravotně pojistného plánu. Na jedné straně počítá s novými metodami a specializovanými pracovišti v kraji (onkologické centrum, kardiologie, osteologické centrum), na druhé straně musí mít vyrovnanou bilanci výběru pojistného a nákladů na zdravotní péči. Pojišťovna je při dodržení této podmínky připravena spolupracovat s krajem na racionalizaci poskytování zdravotní péče v tzv. malých oborech.

Devátá kapitola – pojednává o potřebných investicích do nemovitého a movitého majetku. Všechny nemocnice vypracovaly podrobné seznamy investičních akcí na období do roku 2013, které vyjadřují potřeby bez vazby na finanční zdroje. Tyto potřeby jsou neúměrně vysoké a je nutno konstatovat, že není v možnostech kraje investovat tak vysoké částky pouze do zdravotnictví. Bohužel ani nemocnice samotné nedokáží ze svých prostředků tak finančně náročné akce zvládnout a proto je nutné zapojit i jiné zdroje, jako např. úvěr u bankovního ústavu, ISPROFIN, fondy EU, PPP projekty, zatím v současné době málo využívaná sponzorská aktivita a jejich kombinace.

Současné pořadí stavebních investic je následující:

1. interní pavilon v Nemocnici Nové Město na Moravě a rekonstrukce hlavní lůžkové budovy v Pelhřimově;
2. rekonstrukce interního pavilonu v Nemocnici Havlíčkův Brod;
3. rekonstrukce JIP v Nemocnici Jihlava;
4. Pavilon pro matku a dítě v Nemocnici Třebíč; rekonstrukce infekčního pavilonu v Nemocnici Jihlava
5. rekonstrukce chirurgického pavilonu v Nemocnici Třebíč

Desátá kapitola pojednává o kvalitě zdravotní péče.

Poskytování zdravotní péče je zatíženo celosvětově výskytem mnoha chyb, které v některých případech vedou k fatálním následkům. Pro dosažení standardizace a zlepšování kvality péče v rámci zdravotnických institucí a tím i v celém systému zdravotnictví, na základě průkazně ověřených vědeckých poznatků a zkušeností, napomáhá proces akreditace nemocnic. Tento proces stanoví pravidla, umožňuje kontrolu nad jejich dodržováním, směřuje efektivitu sběru důležitých dat, vede k porovnatelnosti jednotlivých dat, chrání pacienta i zdravotnický personál před složitým dokazováním při právních sporech. Je to dobrovolný proces zaměřený na hodnocení kvality pomocí jasně definovaných a měřitelných pravidel. Jak akreditace sama,

tak zejména příprava na ni, má především vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter a měl by výrazně posílit týmové zaměření zdravotnické práce.

Cílem kraje je dosáhnout ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí ČR akreditace u všech svých nemocnic v termínu do 31. 12. 2008.

Jedenáctá kapitola – pojednává o možnostech čerpání finančních prostředků z fondů EU. I když v rámci současného programovacího období na léta 2007 - 2013 nemá Ministerstvo zdravotnictví ČR, na rozdíl od ostatních nových členských zemí (Slovinsko, Maďarsko, Polsko, Slovensko, Litva), samostatný operační program, otevírají se jisté možnosti čerpání finančních prostředků na projektové záměry prostřednictvím jiných operačních programů.

SHRNUTÍ ZÁVĚRŮ

Na základě provedených analýz lze konstatovat, že zdravotnický systém kraje Vysočina se potýká s mnoha problémy, které bude muset do budoucna řešit. K vyhodnocení poznatků je připraven návrh SWOT analýzy, která je uspořádána do čtyř základních oblastí a zahrnuje všechny problémové oblasti, tak aby bylo možné v logické struktuře a vazbě navrhnout programovou část.

Při zpracování tohoto materiálu se napříč jednotlivými oblastmi prolínají některé vnější faktory, neovlivnitelné, které je nutné zahrnout do dalšího rozhodování. Jedná se zejména o to, že:

- (1) neexistuje celostátní koncepce zdravotnictví České republiky, standardy péče a oblasti v nichž si stát chce ponechat trvalý vliv;
- (2) je preferována ze strany ministerstva spíše ovlivňování fungování zdravotnictví prostřednictvím zdravotních pojišťoven jako „nákupcích“ zdravotní péče a ne prostřednictvím „poskytovatelů“ zdravotní péče,
- (3) budoucí rozhodování zřizovatelů zdravotnických zařízení a jejich managementu je ovlivňováno politikou zdravotních pojišťoven,
- (4) je připravována novelizace celé řady zákonů, které můžou ovlivňovat zdravotnický systém a změnit naše současné pohledy a plány.

SWOT ANALÝZA

1 LIDSKÉ ZDROJE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Lidské zdroje patří k základnímu vstupu celého systému, bez nichž by nemohl fungovat, proto je nebytně nutné věnovat této oblasti patřičnou pozornost. Na základě provedené socio-ekonomické analýzy lze identifikovat vnitřní (silné a slabé stránky) a vnější (příležitosti a ohrožení) faktory.

1.1 SILNÉ STRÁNKY

- rovnoměrné rozložení ambulantních lékařů dle oborů;
- uspokojivé složení lékařských týmů v kraji zřizovaných nemocnicích;
- vysoce kvalifikovaný zdravotnický personál;
- stabilizovaná struktura odborného personálu a lékařů;
- dostatečný počet kvalifikovaného personálu.

1.2 SLABÉ STRÁNKY

- nepříznivá věková struktura zdravotnického personálu a především lékařů v primární ambulantní péči;
- v ambulantních zařízeních je při porovnání s normativem nedostatečný přepočtený počet praktických lékařů pro dospělé;
- v ambulantních zařízeních je při porovnání s normativem nedostatečný přepočtený počet praktických lékařů pro děti a dorost;
- v ambulantních zařízeních je při porovnání s normativem nedostatečný přepočtený počet stomatologů;
- nedostatek lékařů s atestací v oboru urgentní medicíny a medicíny katastrof;
- nedostatečné manažerské znalosti středního managementu.

1.3 PŘÍLEŽITOSTI

- možnost čerpání finančních prostředků z fondů EU;
- příprava celorepublikového projektu na vzdělávání praktických lékařů z fondů EU;
- rozvoj podpory kraje při odborném i manažerském vzdělávání pracovníků;
- vznik bakalářského oboru ve specializaci „porodní asistentka“ na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě;
- příprava nového studijního oboru „zdravotnický záchranář“ na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě.

1.4 OHROŽENÍ

- současný stav legislativy;
- nedořešený systém přípravy praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost a stomatologů;
- vzájemně neprovázaný a ekonomicky nepodložený systém přípravy praktického lékaře mezi IPVZ a nemocnicí;
- není právní nárok na zařazení do specializační přípravy u IPVZ (příprava na atestaci);
- neukončený proces odborné akreditace oborů;
- mzdové ohodnocení závislé na zdrojích určených právními předpisy s nízkým podílem hmotné zainteresovanosti.

2 PROCES (INFRASTRUKTURA, ORGANIZACE A ŘÍZENÍ) ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Analýza procesů zahrnuje všechny nezbytné oblasti k fungování systému (bez lidských zdrojů). Jedná se především o zdravotnickou infrastrukturu (budovy a jejich vybavení), systém organizace a informatizace systému.

2.1 SILNÉ STRÁNKY

- dostupnost a srovnatelnost zdravotní péče v základních lůžkových oborech pro všechny obyvatele kraje;
- dostatečné pokrytí sítě odbornými ambulancemi;
- dostatečné pokrytí území lékárnami;
- fungující systém přednemocniční neodkladné péče, vzhledem k transformované centrální Zdravotnické záchranné službě kraje Vysočina ;
- významné postavení kraje v procesu výběrových řízení na poskytování zdravotní péče;
- zavádění moderních informačních a komunikačních technologií;
- zahájena systémová obnova zásahových vozidel a přístrojového vybavení ZZS.

2.2 SLABÉ STRÁNKY

- růst počtu ambulantních specialistů nezlepšuje dostupnost péče, ale zahušťuje síť specializovaných ordinací v lukrativních lokalitách;
- existence oborů s nízkou výkonností a problematickým využíváním lůžkového fondu;
- neodpovídající podmínky pro poskytování zdravotní péče vzhledem k některým zastaralým přístrojům ve vztahu k vývoji medicínských postupů;
- neodpovídající podmínky pro poskytování zdravotní péče vzhledem ke špatnému stavu některých budov;
- nedostatečné materiální a personální vybavení onkologického centra;
- nezajištěné podmínky pro následnou kardiologickou péči;
- chybí systémová diskuse o fungování jednotlivých oborů v kraji i mezi obory navzájem;
- neexistence systému rovnoměrného a účelného rozmíst'ování nákladné přístrojové techniky v rámci nemocnic;
- nedokončený proces modernizace ICT u nemocnic a ZZS;
- subjektivně podmíněná spolupráce s pracovišti vyššího typu
- dosud systémově neřešen hospicový typ péče

2.3 PŘÍLEŽITOSTI

- rozšíření spektra ambulantních a hospitalizačních služeb o dosud nezajištěné obory specializované péče, které dosud v kraji chybí;
- samosprávou podporovaný projekt zavedení akreditačních standardů kvality péče do všech zřizovaných nemocnic;
- možnost čerpání finančních prostředků z fondů EU;
- možnost spolupráce s privátním subjektem – příprava a realizace PPP projektů;
- připravovaná legislativa a záměry Ministerstva zdravotnictví ČR;
- smluvní zajištění spolupráce se specializovanými pracovišti.

2.4 OHROŽENÍ

- neexistence zdravotního plánu České republiky;
- nevyjasněná koncepce oborů;
- legislativou stanovené právo pojišťovny na rozhodovací proces o stavu sítě (možnost neuzavřít smlouvu se zdravotnickým zařízením);
- právní úprava pouze formou vyhlášky;
- neexistující stanovisko zdravotních pojišťoven o představě „nákupu zdravotní péče“;
- odlišný systém financování zdravotní péče pro lůžková a ambulantní zařízení;
- nevyjasněné požadavky na provozování jednodenní chirurgie;
- neexistence legislativy na LSPP;
- nejednotná struktura provozů LSPP;
- chybí povinnost praktických lékařů při zajištění pohotovostní péče.

3 EKONOMIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Z hlediska fungování zdravotnického systému kraje je nezbytné věnovat patřičnou pozornost finančním ukazatelům, jako jednomu z předpokladů výstupu ze systému.

3.1 SILNÉ STRÁNKY

- kraj je jediným zřizovatelem pěti nemocnic;
- po ekonomické stránce stabilizovaná situace nemocnic;
- uspokojivé naplnění ukazatelů lůžkového fondu u většiny oborů;
- relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic;
- přiměřený objem finančních prostředků kraje na provozování LSPP.

3.2 SLABÉ STRÁNKY

- nedořešené „dluhy minulosti“ – dluh státu ve výši 65,5 mil. Kč na oddlužení;
- nejednotnost datových zdrojů, nejednotné dodržování metodiky evidence výkonů a vykazování pro ÚZIS, nejednotné účetní postupy;
- nevyřešený způsob získání finančních prostředků na investiční akce většího rozsahu;
- některé budovy nemocnic v havarijním stavu.
- nevyřešený způsob zajištění finančních prostředků na pravidelnou obnovu a modernizaci přístrojového vybavení;
- neexistence společných nákupů;
- nesystémové rozdělování finančních prostředků na zajištění LSPP.

3.3 PŘÍLEŽITOSTI

- vytvoření jednotného systému sledování efektivnosti;
- zpracování jednotné metodiky vykazování výkonů;
- možnost čerpání finančních prostředků z fondů EU;
- možnost spojení veřejných a soukromých kapitálových zdrojů – PPP projekty.

3.4 OHROŽENÍ

- legislativně podložený systém financování poskytované zdravotní péče;
- finanční politika zdravotních pojišťoven;
- nejasný způsob zajištění finančních prostředků na investiční akce většího rozsahu;
- reakce zdravotnických zařízení na měnící se systém financování s dopadem do plnění základních ukazatelů.

4 CÍLOVÁ SKUPINA (KVALITA SLUŽEB) ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Výstupem zdravotního systému by měl být spokojený klient a proto je tato oblast považována za jednu z nejdůležitějších, ke které směřují ostatní oblasti/perspektivy.

4.1 SILNÉ STRÁNKY

- vysoce erudovaní odborníci;
- vstřícný přístup zdravotnických zařízení k jejich akreditaci;
- certifikace některých částí nemocnic dle norem ISO;
- zavádění certifikace zdravotnické záchranné služby dle ISO norem.

4.2 SLABÉ STRÁNKY

- nedokončená akreditace zdravotnických zařízení;
- nenaplnění dojezdové doby u ZZS na 100 % území, horší dostupnost některých částí kraje;
- neúměrné čekací doby ve zdravotnických zařízeních;
- ochrana majetku pacientů při hospitalizaci.
- občasné selhávání lidského faktoru

4.3 PŘÍLEŽITOSTI

- zajištění konkurenceschopnosti zdravotnických zařízení;
- provázanost jednotlivých složek Integrovaného záchranného systému;
- ochrana pacientů i zdravotnických pracovníků při řešení případných sporů;
- zavádění „elektronického zdravotnictví“ (e-Health);
- možnost čerpání finančních prostředků z fondů EU;
- kroky plynoucí z akreditace kvality zdravotní péče.

4.4 OHROŽENÍ

- finančně a časově náročný proces akreditace;
- chybí povinnost dosažení národních akreditačních standardů;
- migrace kvalifikovaného personálu může ohrozit proces akreditace;
- nejsou stanoveny pravidla spolupráce subjektů dohledu nad kvalitou péče;
- mnohdy neodůvodněné nadužívání zdravotní péče pacienty.

PROGRAMOVÁ (STRATEGICKÁ) ČÁST ZDRAVOTNÍHO PLÁNU KRAJE VYSOČINA

Na základě závěrů socio-ekonomické analýzy zdravotnictví kraje Vysočina a vypracování SWOT analýzy bylo přistoupeno k návrhu programové části, která by měla dát jasnější představu, co by mělo být řešeno, aby byly naplněny cíle strategie.

MISE

Kraji je dána zákonná povinnost pečovat o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů; při výkonu své působnosti musí kraj chránit veřejný zájem; majetek kraje musí být využíván účelně a hospodárně a v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti. Kraj je povinen pečovat o zachování a rozvoj svého majetku.

STRATEGICKÁ VIZE

Kraj Vysočina chce být vyhledávaným regionem nejen s přírodním a kulturním bohatstvím, ale i atraktivním místem poskytujícím plně funkční systém veřejných služeb.

Dbá proto i na zajištění a poskytování širokého spektra kvalitních, dostupných a plnohodnotných zdravotnických služeb na profesionální úrovni, směřujících k naplňování jedné ze základních podmínek spokojeného života svých občanů.

Naplnění této vize v oblasti zdravotnictví by mělo vést k maximálně kvalitnímu a efektivnímu poskytování zdravotní péče v kraji.

STRATEGICKÉ CÍLE

K naplnění strategické vize v oblasti zdravotnictví jsou stanoveny dílčí cíle, kterých chce kraj dosáhnout ve střednědobém horizontu.

- (1) Dosáhnout strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní přednemocniční, lůžkové a ambulantní zdravotní péče v kraji.
- (2) Vytvořit vhodné podmínky pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů a středního zdravotnického personálu), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny v kontextu celospolečenského vývoje.
- (3) Budovat a modernizovat zdravotnická zařízení podle koncepce s ohledem na záměry kraje.
- (4) Rozvíjet předpoklady pro umístění nových zdravotnických oborů k zajištění nezbytné zdravotní péče.

PRIORITY KRAJE VYSOČINA V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ

Z provedených analýz, formulované vize a strategie, vyplývá rozložení základních priorit zdravotního plánu kraje Vysočina a proto jsou vymezeny následovně:

Schéma 2 Priority kraje Vysočina v oblasti zdravotnictví

<i>PRIORITA 1: LIDSKÉ ZDROJE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU</i>
<i>PRIORITA 2: PROCESY - INFRASTRUKTURA ORGANIZACE A ŘÍZENÍ ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU</i>
<i>PRIORITA 3: EKONOMIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU</i>
<i>PRIORITA 4: KVALITA SLUŽEB ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU</i>

5 PRIORITA 1: LIDSKÉ ZDROJE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Cílem je vytvářet vhodné podmínky k udržení kvalifikovaných lékařů a dalšího zdravotnického personálu; nabízet možnost profesního a prohlubujícího (dalšího) vzdělávání a zlepšit věkové složení lékařů.

5.1 OPATŘENÍ 1.1: STABILIZACE LIDSKÝCH ZDROJŮ

Aktivity opatření:

- podpořit systém vzdělávání odborných lékařů a praktických lékařů pro dospělé apod.;
- vytvářet vhodné podmínky pro mladé lékaře;
- uplatňovat finanční i nefinanční motivaci;
- podpořit vzdělávání středního i ostatního zdravotnického personálu.

5.2 OPATŘENÍ 1.2: ZVÝŠENÍ KVALITY ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Aktivity opatření:

- podpořit rozvoj manažerských dovedností (řídící schopnosti a dovednosti, ICT dovednosti apod);
- vytvořit plán odborného rozvoje zaměstnanců;
- výchova zaměstnanců – etický kodex;
- podporovat pořádání odborných seminářů a konferencí;

5.3 OPATŘENÍ 1.3: VYTVÁŘENÍ VHODNÝCH PODMÍNEK PRO PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ

Aktivity opatření:

- podpora vytváření vhodného pracovního prostředí;
- podpora pořizování moderních pracovních pomůcek;
- podpora užívání ICT technologií;
- vytvářet vhodné mechanismy, které minimalizují syndrom vyhoření..

6 PRIORITY 2: PROCESY (INFRASTRUKTURA, ORGANIZACE A ŘÍZENÍ) ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Cílem je podporovat obnovu, modernizaci a rozšiřování zdravotnické infrastruktury, zavádět efektivní systémy řízení zdravotnických zařízení zřizovaných krajem.

6.1 OPATŘENÍ 2.1: ZDRAVOTNÍ INFRASTRUKTURA

Aktivity opatření:

- podpora investiční výstavby, rekonstrukce zastaralé infrastruktury a budování nové;
- modernizace a obnova technického (přístrojového) vybavení a jejich odpovídající umístění;
- sledování a podpora rovnoměrné poskytování zdravotnických služeb.

6.2 OPATŘENÍ 2.2: ORGANIZACE A ŘÍZENÍ

Aktivity opatření:

- zajištění nové organizace poskytování lékařské služby první pomoci;
- prosazování společné politiky ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám;
- podpora a iniciování smluvní spolupráce s vyššími pracovišti;
- systémové zajištění paliativní péče.

6.3 OPATŘENÍ 2.3: PODPORA PROCESNÍHO ŘÍZENÍ

Aktivity opatření:

- zavádění moderních metod řízení celých zdravotnických zařízení i jejich jednotlivých oddělení;
- pokračování v informatizaci zdravotního systému.

7 PRIORITA 3: EKONOMIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Cílem je dosažení efektivního systému financování. Zpracování jednotného systému vykazování výkonů, který umožní vzájemné srovnání a vyhodnocení jednotlivých zařízení a dosahování pozitivních ekonomických ukazatelů.

7.1 OPATŘENÍ 3.1: ZAVEDENÍ JEDNOTNÉHO- SYSTÉMU ŘÍZENÍ

Aktivity opatření:

- zavedení jednotné metodiky sledování evidence výkonů a dalších klinicky důležitých údajů, zavedení pravidel jejich vykazování;
- zavedení pravidel uspořádání organizační struktury nemocnic;
- zavedení jednotné metodiky účetních postupů.

7.2 OPATŘENÍ 3.2: EKONOMICKÉ UKAZATELE FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Aktivity opatření:

- podpora a vytváření podmínek k efektivní správě a využívání majetku;
- vytvoření vhodného modelu sledování alokace nákladů a jeho implementace;
- zavedení společných nákupů a výběrových řízení pro všechny nemocnice.

7.3 OPATŘENÍ 3.3: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Aktivity opatření:

- podpora systému vícezdrojového financování;
- vhodnými formami podporovat čerpání finančních prostředků z fondů EU na navržené projekty;
- rozvíjet projekty na hledání nových forem vícezdrojového financování.

8 PRIORITA 4: KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽEB ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Cílem je spokojenost klientů s poskytovanými službami ve zdravotnických zařízeních a zajištění bezpečného prostředí, jak pro pacienty, tak i personál.

8.1 OPATŘENÍ 4.1: AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Aktivity opatření:

- ve spolupráci se SAK ČR získání akreditace všech nemocnic zřizovaných krajem;
- získání certifikace Zdravotnické záchranné služby kraje Vysočina;
- v budoucnu vytváření podmínek pro reakreditace;
- podpora při získávání prostředků na proces přípravy k akreditaci a následné reakreditaci;
- podpora v pořízení materiálně technického vybavení a získání potřebných odborných předpokladů pro získání akreditace.

8.2 OPATŘENÍ 4.2 DOSTUPNOST SLUŽEB

Aktivity opatření:

- podpora lepší dostupnosti zdravotnických zařízení jak v dopravní obslužnosti tak v dostupnosti parkování;
- podpora snahy o vytváření vhodných objednávkových systémů (včasnost služeb), uvažovat o časových posunech poskytování ambulantních služeb;
- zajištění dostupnosti pro handicapované.

8.3 OPATŘENÍ 4.3: KVALITA SLUŽEB A SPOKOJENOST KLIENTŮ

Aktivity opatření:

- podpora projektů vhodného a vlídného prostředí ve všech prostorách zdrav. provozů;
- podpora projektů parkových úprav areálů zdravotnických zařízení;
- iniciování projektů na doprovodné služby pro klienty;
- podpora vytváření systému zpětnovazebního hodnocení kvality poskytovaných služeb (ankety mezi klienty), sbírat doporučení a náměty a provádět jejich vyhodnocení;
- podpora zavádění moderních postupů a přístupů práce s klienty a komunikační strategie ve zdravotnických zařízeních.

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

SHRNUTÍ

Již z této předkládané struktury návrhu SWOT analýzy a programové části je patrné, že v rámci zdravotního systému je mnoho oblastí, které si zasluhují velkou pozornost. S tím ovšem souvisí potřeba dostatku disponibilních zdrojů na realizaci navrhovaných aktivit. Jednou z možností je tzv. vícezdrojové financování. Zde by měly sehrát významnou roli především strukturální fondy EU, kde sice v ČR neexistuje speciální operační program (dále jen OP) pro zdravotnictví, ale některé potřeby bude možné realizovat prostřednictvím některých OP, např. Integrovaný OP, Regionální OP Jihovýchod, OP Životní prostředí apod. Další možností získání finančních prostředků na realizaci zdravotního plánu kraje lze spatřovat v programech státního rozpočtu a v neposlední řadě i ve vlastních zdrojích kraje, byť s přechodnou bankovní výpomocí. Z neveřejných zdrojů je příležitostí realizace PPP projektů a zatím v současné době málo využívaná, sponzorské aktivita.

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.

Z Á V Ě R

Předkládaný materiál je první pracovní verzi, vycházející ze zpracované socio-ekonomické analýzy (viz první část „Závěry socioekonomické analýzy“) a navrhuje strukturu dokumentu, která je předmětem připomínkování a následného rozpracování.

Z předběžných výsledků zachycených ve SWOT analýze, která bude, vedle podrobnějšího rozpracování, obsahovat i vyjádření důležitosti jednotlivých faktorů (využití bodovací metody a vah významnosti), byly navrženy čtyři základní priority, které jsou členěny do opatření, respektující v každé oblasti nejzávažnější skutečnosti. I tato programová část bude předmětem dalšího rozpracování a sladění vazeb mezi SWOT analýzou a programovou částí.

Na základě prvního zhodnocení vazeb mezi SWOT analýzou a programovou částí, lze usuzovat, že kraj by měl v oblasti zdravotnictví volit zpočátku strategii méně razantní, aby překonal velké množství slabých stránek a čelil možným ohrožením, tak jak jsou popsány v tomto dokumentu, aby zvolil strategii WT (mini-mini) – viz následující schéma. Odpovědné doporučení bude možné navrhnout až po finálním zpracování tohoto dokumentu.

Schéma 3 Volba strategie z hlediska vazeb mezi SWOT analýzou a programovou částí

VNĚJŠÍ STRÁNKY	VNITŘNÍ STRÁNKY		
	VOLBA STRATEGIE VE VAZBĚ NA SWOT ANALÝZU	SILNÉ STRÁNKY (S)	SLABÉ STRÁNKY (W)
	PŘÍLEŽITOSTI (O)	SO MAXI - MAXI	WO MINI - MAXI
	OHROŽENÍ (T)	ST MAXI - MINI	WT MINI - MINI

Na základě dalšího vývoje a úspěšnosti realizace tohoto dokumentu bude v budoucnu docházet ke změnám a lze předpokládat, že kraj bude usilovat o strategii, která bude založena především na silných stránkách a příležitostech.

SEZNAM PŘÍLOH

Socio-ekonomická analýza ke zdravotnímu plánu. Verze 1. 2. Kraj Vysočina: listopad 2007