DEFINICE SÍTĚ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

1. Definice sítě zdravotních služeb poskytujících garantovanou zdravotní péči metodou kriteriálně vyjádřených potřeb a zdrojů (poptávka x nabídka),časové dostupnosti pro jednotlivé typy služeb nebo definice standardy dosažitelnosti. To znamená u lůžkové péče přepočtem lůžek té které odbornosti na populaci nebo na populaci v regionu, v ambulantní péči přepočtem lékařských úvazků na populaci, na populaci v regionu či na populaci v okrese.
2. Zásadou musí být definice sítě služeb bez ohleduna vlastnické vztahy a nasmlouvání této sítě zdravotními pojišťovnami po zhodnocení všech kriterií formou akreditačního řízení.
3. Kriteria sítě by měla vyjadřovat koupěschopnou poptávku, t.j. objem a strukturu sítě, kterou lze zaplatit spolu s hodnocením:

- demografie příslušného regionu
- ekosociální situace příslušného regionu
- objemu disponibilních zdrojů
- potřeby nemocnic určitého typu
- potřeby objemu specifických výkonů a komplexů péče
- minimální dostupnosti

4. Vlastní výběr by neměl probíhat administrativně, ale metodou soutěže, která by na určité časové období naplnila požadovanou síť. Tato metoda by způsobila zvýšení , zefektivnění a zlevnění nabízených služeb a seriosní chování poskytovatelů zdravotní péče k systému veřejného zdravotního pojištění.

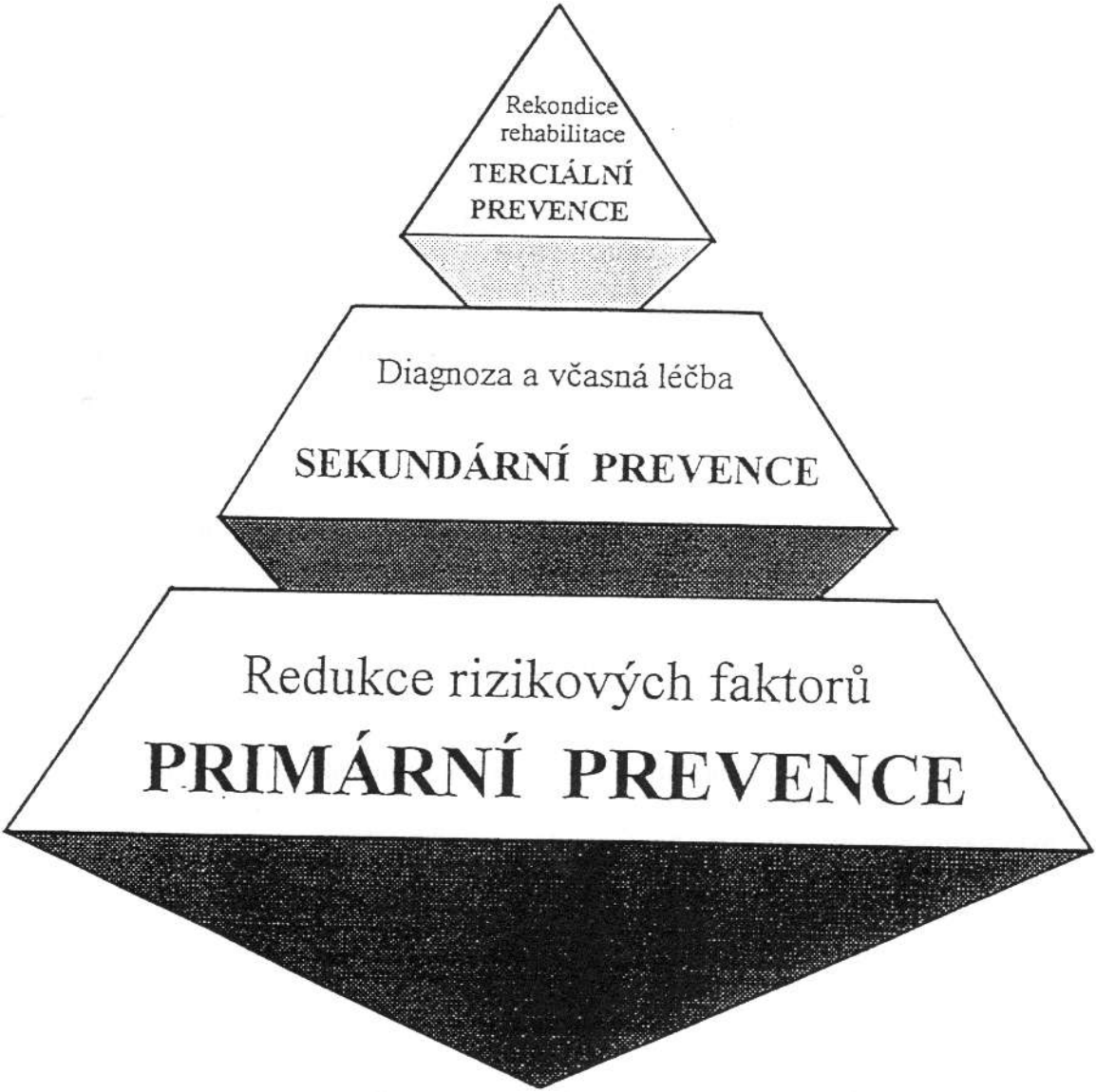
5. Toto řešení si vyžaduje regionální úroveň rozhodování s možností centrální korekce.

6. Cílový stav: zákonem definovaná síť zdravotních služeb poskytovaných ze všeobecného zdravotního pojištění, neboť bez tohoto zákonného stanovení sítě by bylo každé akreditační rozhodnutí soudně napadnutelné.

7. Harmonogram:Je nutno vypracovat jasnou a odborně nenapadnutelnou metodiku definice sítě zdravotních služeb.
Má-li začít platit od 1. ledna 1998 je nutno ji definovat a zákonně připravit během prvního pololetí 1997.

8. Finanční dopad: střednědobé a dlouhodobé úspory regulačním účinkem na straně nabídky a tím i na straně indukované poptávky (možnost zmenšování hustoty sítě u některých služeb a oborů).

9. Politický dopad: při kvalitním public relations s důrazem na zkvalitnění a zefektivnění nabízených služeb může být mírně positivní.


Rekondice
rehabilitace
TERCIÁLNÍ
PREVENCE
Diagnoza a včasná léčba
SEKUNDÁRNÍ PREVENCE
Redukce rizikových faktorů
PRIMÁRNÍ PREVENCE

PRIMÁRNÍ PREVENCE

1. Základy primární prevence musí být postaveny na osobní odpovědnosti a výchově v rodinách a školách.

2. Veškeré vzdělávací a výchovné programy pro dospělé, zaměřené na rodinu i mimo rodinu, by měly být zaměřené převážně na ženy, neboť ty jediné jsou schopny ovlivnit rodinné návyky a rizikové faktory. Možností se nabízí celá řada, vždy by však mělo jít o programy financované z neveřejných zdrojů.

3. Výchovně vzdělávací proces žáků a studentů základních škol a jejich neformálních organisací musí hrát vedle rodiny rozhodující roli v prevenci nežádoucích návyků a zdraví ohrožujícího způsobu života.

4. Výchovně vzdělávací programy by měly být zaměřeny na:

- ozdravění výživy
- boj proti kouření
- zvládání nadměrného stresu
- prevenci užívání drog
- sexuální výchovu včetně prevence AIDS
- pohybovou aktivitu
- zdravotní opatření v režimu škol včetně hygienických návyků
. využívání volného času

5. Vlastní výchovná, vzdělávací a osvětová činnost může být jak formální, t.j. zařazení výše uvedených záměrů do výuky speciálně postaveného předmětu (výchova ke zdravému životnímu stylu), tak neformální, t.j. systematická klubová činnost a pořádání různých vzdělávacích a osvětových akcí.

PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

1. Podmínky výkonu : - trvalá akceschopnost
- profesionální zdatnost
- týmová práce
- materiální vybavení
- možnost vyrozumění příjmového oddělení

Tyto podmínky musí být splněny současně, absence kterékoliv z nich vede ke znehodnocení celého systému.

2.Garance státu v přednemocniční neodkladné péči:

- faktický rozsah péče podléhá vymezení zákonem či podzákonnou normou
- tato norma definuje indikované stavy PNP a určuje dojezdový limit

3. Základní síť: - základem sítě jsou územní operační střediska, akreditována ministerstvem zdravotnictví (včetně letecké záchranné služby) na základě výběrových řízení
- ředitelé jednotlivých středisek odpovídají za zajištění péče na příslušném území
- tato územní střediska jsou jediným uživatelem tísňové linky 155 a výhradními správci zdravotnické radiofonní sítě

4. Financování: - na financování se podílejí pojišťovny (platba za výkony) a stát (dotace na investice)

5. Návrh nezbytných opatření: - dobudovat síť okresních operačních středisek
- zvážit náhradu výkonového systému paušálem
- vypracovat standardy a metodické pokyny
- vypracovat metodiku postgraduálního a kontinuálního vzdělávání

LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI

1. Předpoklady výkonu LSPP: - pohotovostní ordinace
   - telefonické informace
   - dopravní prostředek pro návštěvní službu
   - personál

2. Návrh reformy LSPP:
   - funkci LSPP rozdělit na ambulantní a návštěvní službu

   - chod ambulantní služby ponechat v kompetenci Sdružení praktických lékařů, neboť praktičtí lékaři jsou smluvně zavázáni zajistit nepřetržitou péči o registrované pojištěnce

   - rozpisy služeb a vyrozumívání rozepsaných lékařů by mělo smluvně dělat územní operační středisko

   - lékař by při výkonu návštěv užíval vlastní či smluvně zajištěné vozidlo a provedené výkony přímo účtoval pojišťovnám

   - pohotovostní ordinace přednostně zřizovat při základnách záchranné služby (výhoda nepřetržitého provozu a universálnosti)

   - v pohotovostních ordinacích vydávat i léky, aby pacient nemusel hledat službu konající lékárnu

PRIMÁRNÍ PÉČE

Velký vzrůst výdajů na zdravotnictví nutně vyvolává otázku, nakolik je tento růst objektivně potřebný pro zdraví obyvatel a nakolik je vynucen předimenzovaností zdravotnické soustavy. Současné zdravotnictví nedokáže pružně reagovat na potřeby společnosti a nedokázalo si vybudovat účinný systém řízení, který by dokázal zajistit přiměřené proporce mezi požadavky a možnostmi zdravotnictví.

Ukazuje se, že základním předpokladem reformy zdravotnictví, která by tyto proporce průběžně nastavovala a efektivně využívala limitované množství finančních prostředků, je renesance postavení primární péče.

Prudký růst výdajů na zdravotnictví nebyl způsoben vzrůstem výkonů či vzrůstem počtu zařízení primární péče, ale zejména růstem výdajů na nemocnice a vzrůstem činnosti ambulantních specialistů, přičemž nelze doložit, že by tento vzrůst byl přínosem pro zdravotní stav obyvatelstva. Tím více roste důležitost zavedení jiné organisace primární péče, která by měla mnohem výrazněji ovlivňovat objektivně žádoucí zdravotnické služby.

Pojetí primární péče:

Primární péče je individuální péče, poskytující či zabezpečující komplexní zdravotní služby občanům - na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem
- na základě dlouhodobého kontaktu s pacientem
- koordinací jeho styku s celou zdravotnickou soustavou

Obsah primární péče:

Primární péče poskytuje vlastními silami služby, jejichž smyslem je:
- podpora zdraví
- prevence nemocí
- vyšetřování
- léčení
- rehabilitace
- ošetřování

Primární péče zabezpečuje občanům pomocí jiných zdravotnických zařízení - lékáren, nemocnic, léčebných ústavů, laboratoří, lázní, domácího ošetřování a pod. další zdravotnické služby. Podle zdravotního stavu registrovaného občana lékař primární péče:
- předepisuje v patřičném rozsahu takové služby (v případě potřeby po konsultaci se specialistou)
- koordinuje průběh léčení pacienta a zabezpečuje jeho přijetí v dalších zařízeních
- kontroluje hospodárnost ošetřování a proplácí z disposičního fondu provedení preskribovaných služeb

Garance:

Kvalita primární péče je garantována odpovídajícími odborníky s udělenou licencí (podmínkou jejího udělení je odpovídající vzdělání, odpovídající zázemí technologické i personální) :

péče o dospělé	praktičtí lékaři pro dospělé
péče o děti a dorost	praktičtí lékaři pro děti a dorost
péče o ženy	gynekologové
péče o zuby	stomatologové

Dostupnost:

Primární péče je přizpůsobována místním i časovým potřebám obyvatel a její činnost je poskytována : - co nejblíže bydlišti, případně v domácím prostředí pacienta
- nepřetržitě

K tomu je nutno definovat osoby či orgány odpovědné za přiměřenost zdravotní péče a to nikoliv jen přiměřenost medicinskou, ale i přiměřenost mezi požadavky a možnostmi zdravotní soustavy.

Výchozí situace:

Koncem roku 1995 v České republice pracovalo:

praktičtí lékaři pro dospělé	4999 z toho 90,7% soukromých
praktičtí lékaři pro děti a dorost	2549 z toho 87,3% soukromých
stomatologové	6287 z toho 93,8% soukromých
gynekologové	1255 z toho 82,8% soukromých
agentury domácí péče	538 z toho 89,2% soukromých

Struktura obyvatelstva, zabezpečeného všeobecným zdravotním pojištěním:

věk 0 - 14	1,951.427 obyvatel
věk 15 - 60	6,685.989 obyvatel
věk nad 60	1,915.440 obyvatel

Vybavenost obyvatelstva je tedy následující:

praktičtí lékaři pro dospělé:	1 lékař připadá na 1720 obyvatel
praktičtí lékaři pro děti a dorost	766 dětí a dorostu
stomatologové	1706 obyvatel
gynekologové	4300 žen

Vývoj počtu ošetření:

	1990	1993	1994
praktičtí lékaři	52, 500. 879	51, 677. 473	55, 341. 968
pediatři	19, 149. 836	21, 586. 017	23, 043. 044
stomatologové	22, 071. 145	21, 658. 846	23, 508. 112
gynekologové	7, 673. 230	7, 490. 004	8, 745. 530

Podstatnou skutečností je, že více než 70% všech ošetření se děje v oborech primární péče, relace odměňování ze všeobecného zdravotního pojištění tomu však neodpovídala, neboť 68% všech úhrad plynulo specialistům, zatímco praktickým lékařům pro dospělé jen 8%, pediatrům 3,3%, stomatologům 17,9% a gynekologům 3,2%.

Zatímco tedy souhrnné výdaje na zdravotnictví prudce rostly, celkové výdaje na ambulantní sféru spíše stagnovaly a uvnitř ambulantní sféry klesaly výdaje v typických oborech první linie, přičemž výdaje u ambulantních specialistů, mnohdy ovšem spíše nemocničních, vzrůstaly. Tento vývoj svědčí o zcela nezdravém trendu primární péče, jdoucím proti hlavnímu trendu ve světě.

Index vývoje úhrad v oborech ambulatní péče v létech 1993 -1995

ambulantní sféra	97,74
specialisované obory	111,62
gynekologové	78,36
stomatologové	83,05
pediatři	64,69
lékaři pro dospělé	72,64

Srovná-li se hypotetický náklad na jedno ošetření v oborech primární péče, ukazuje se, že praktičtí lékaři dostávají za svá ošetření cca 1/3 částky, kterou dostávají v průměru všichni lékaři ambulantní sféry a asi desetinu částky ostatních specialistů.

Této situaci se nelze divit, když je velmi obvyklé i časté odesílání pacientů ke specialistům a do nemocnic, a to i v případech, které by měli řešit lékaři primární péče.

Ke změně tohoto stavu je ovšem nutno vytvořit patřičné podmínky : co nejrychleji dovybavit ordinace přístroji pro rychlé laboratorní vyšetření a diagnostiku, co nejrychleji prohloubit znalosti lékařů primární péče a to znalosti ve více oborech a dále změnit způsob honorování.

Vývoj kapacity v primární péči

celkový počet lékařů

1980	1885	1990	1994
28.875	32.614	34.372	35.601

počet ambulantních lékařů v roce 1994

lékaři pro dospělé	4.956
lékaři pro děti a dorost	3.231
stomatologové	6.097
gynekologové	2.035
specialisté	3.030

Neurčitost v kompetencích

Zákon 216 /1992 Sb. vymezuje podmínky hrazené zdravotní péče následovně: "Hrazená péče je pojištěnci poskytována zpravidla na základě doporučení nebo objednání praktickým nebo jiným ošetřujícím lékařem."

Slovo "zpravidla" je vysvětleno v odstavci §15 citovaného zákona a počet výjimek, který je v tomto odstavci uveden v praxi způsobuje, že lékař primární péče

nemá nezbytné informace o zdravotním stavu a způsobu a efektivitě léčení občana, který si ho vyvolil jako svého ošetřujícího lékaře. Ve většině případů praktický lékař tak nemůže koordinovat a zefektivňovat léčbu svých pacientů.

Občan pro udržení či upevňování svého zdraví však nepotřebuje specialisty na jednotlivé obory, ale specialistu na integrované chápání svého zdraví. K tomu účelu je však nutno proměnit mnohé souvislosti v celé soustavě dnešního zdravotnictví.

V této souvislosti je nutno říct, že se zcela zapomnělo na základní a nutný cíl reformy zdravotnictví, a to přenesení léčení z drahých nemocnic do ambulantního a domácího prostředí. Růst ambulantní činnosti nemocnic však signalisuje vytváření nabídkou indukované poptávky nemocničních služeb.

Ekonomická úroveň výdajů

Skutečnost, že při současné výkonnosti ekonomiky (jejímž základním ukazatelem je HDP) základní hranice výdajů na zdravotnictví již dosahuje 8%, ukazuje, že do zdravotnictví plyne více než srovnatelný objem prostředků s vyspělými zeměmi.

Každé další zvyšování výdajů ve zdravotnictví nad dosavadní úroveň by při současné vysoké nehospodárnosti zdravotnictví jen vedlo k jejímu zafixování. Naopak je nutno počítat s tím, že tato hranice se může v budoucnosti z různých vnitřních i vnějších příčin snížit.

Z toho však jednoznačně vyplývá, že je nutno zdroji pro zdravotnictví zcela jinak hospodařit, protože mnoho zdrojů se v důsledku neefektivního systému a postupů proměňuje ve výdaje za drahé léky, provoz zbytečných zařízení, poskytování zbytečných či neefektivních služeb, a.t.d.

Závěr

Je zapotřebí co nejrychleji restrukturalisovat zdravotní péči a zefektivnit chování všech účastníků.

Koncept potřebných změn v primární péči

Při rostoucí specialisaci oborů je racionální koordinovat počet a objem nabízených služeb tak, aby:
- rostla kvalita služeb a nikoliv jejich rozsah a četnost
- má-li růst kvalita služeb, pak je nezbytné, aby se zvyšoval podíl efektivních služeb a omezoval podíl redundantních a nevhodných služeb

Renesance významu praktického lékaře tedy neplyne jen z potřeb zdravotnictví, ale z celospolečenské potřeby udržení hospodárnosti při růstu nových technologií, léčebných postupů a léků. Praktický lékař se musí stát inteligentním průvodcem občana zdravotními službami.

V mnoha zemích se zkouší mnoho řešení, často se v nich však ztrácí organisace primární (i nemocniční) péče jako nástroj ke snižování či regulování úrovně nákladů.

Vývojové tendence primární péče v zahraničí

1. aprobace, tedy povolení k výkonu terapeutické praxe a jeho omezování
2. licencování přístrojů

3. princip honorování
4. závazné léčebné postupy
5. pozitivní seznamy léků
6. sdílení části nákladů pacienty
7. omezování garantované zdravotní péče, hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění

Cílový stav

Reforma primární péče souvisí s reformou celého zdravotnictví a nelze jej proto oddělovat od nové koncepce zdravotnictví.

Moderně pojaté zdravotnictví musí mnohem více využívat znalostí determinant zdraví a to jak jednotlivých, tak v souvislostech a jejich žádoucích i nežádoucích účinků k celkovému ovlivňování zdravotního stavu obyvatel.

Nelze jít dále jen dnešní cestou pasivního zabezpečování zdravotních služeb až v době nemoci či zhoršení zdravotního stavu, ale je nutno přistoupit k co nejefektivnějšímu aktivnímu ovlivňování zdraví obyvatel.

Tento přístup v sobě nese vysokou míru programovosti jak vůči obyvatelstvu jako celku, tak vůči jednotlivým skupinám a musí se dotýkat všech tří složek zdraví,tedy zdraví fyzického, psychického i sociálního.

K tomu je nezbytné pravidelně monitorovat zdravotní stav obyvatel, nově definovat úlohu praktického lékaře a nově definovat úlohu revizního lékaře.

Věcné cíle

1. nové pojetí primární péče, včetně rozšíření geriatrických služeb
2. nové pojetí soustavy veřejného zdravotnictví
3. postupný přenos odpovědnosti za čerpání financí za veškerou garantovanou ambulantní péči na primární lékaře
4. integrovat zdravotní a nemocenské pojištění
5. vyčlenit rozhodování o mimořádně drahých léčebných postupech z kompetence primárních lékařů
6. umožnit lékařům uplatnit se v oblasti manažerské práce v soustavě veřejného zdravotnictví

Harmonogram

1. zavést nový systém od 1. ledna 1998 s postupným "vypínáním" starého systému a "dolaďováním" systému nového
2. nový systém neustále dolaďovat podle měnících se vnitřních a vnějších podmínek

Předpoklady realisace a implementační rizika

Jde o rozsáhlou změnu pojetí zdravotní soustavy, týkající se mnoha zákonů a organisace, činnosti a podmínek jejího fungování.

Bude zapotřebí přehledně a kvalitně uspořádat komplexní právní normu, bude zapotřebí zvýšit požadavky na vzdělání a praxi nejen všeobecného lékařství, bude zapotřebí změnit návyky zdravotníků a to hlavně ve vztahu k pacientům a bude zapotřebí řádově zkvalitnit informatiku a veřejný přístup k informacím.

Implementační rizika je třeba očekávat jak na straně politiků, tak na straně laické i lékařské veřejnosti.

Na straně politiků jde o snadné zpolitisování jakékoliv změny ve zdravotnictví a možnost demagogické argumentace.

Na straně laické veřejnosti jde o setrvačnost jednotlivých návyků a neochotu

ke změně chování.

Na straně odborné veřejnosti jde taktéž o setrvačnost jednotlivých návyků a neochotu ke změně chování, spolu s resistencí zvláště starších lékařů k vyšším nárokům na vzdělávání, mechanismus zainteresovanosti primárních lékařů na efektivitě může způsobovat závist v jiných oblastech zdravotnictví (a proto je záhodno tento způsob odměňování uplatnit všude), zrovna tak může vniknout obava z omezování příjmů a vlivu jednotlivých skupin ve zdravotnictví i mimo něj.

AMBULANTNÍ PÉČE SPECIALISTŮ

1. Tato péče odčerpává v porovnání se světem neúměrněn vysokou část výdajů na zdravotnictví a také počet lékařů je neúměrně vysoký, i když nerovnoměrně dle oborů.

2. Množství problémů, týkajících se lékařů primární péče a popsaných v příslušné kapitole, je společných s ambulantními specialisty a společně by se také měly řešit. Podobně je tomu i u vztahu služeb ambulantních specialistů a služeb nemocničních.

3. Zásadou číslo jedna by měla být postupná redukce počtu ambulatních specialistů a to prostřednictvím kontraktací jejich služeb zdravotními pojiš´tovnami v konkurenčním prostředí terénních a nemocničních ambulancí, což by se mělo příznivě odrazit v poměru cena / rozsah +kvalita u nasmlouvaných služeb.

4. Zásadou číslo dvě by měla být agregace výkonů tam, kde je to možné.

5. Zásadou číslo tři by měla být změna financování ambulantních specialistů prostřednictvím lékařů primární péče, samozřejmě až po splnění nutných předpokladů pro toto řešení

6. Zásadou číslo čtyři by mělo být co nejrychlejší zavedení standardů, metodických pokynů, disease managementu a dalších metod zkvalitňujících a zefektivňujících poskytovanou zdravotní péči

7. Zásadou číslo pět by měl být kvalitní tok informací mezi všemi subjekty zdravotní péče, hlavně však mezi lékaři primární péče, ambulantními specialisty a nemocnicemi

NEMOCNIČNÍ PÉČE

1. Podle rozsahu a kvality poskytovaných služeb a podle kriteria dostupnosti je záhodno rozdělit nemocnice na tři stupně a podle nich též usměrňovat personální a věcné výbavení prostřednictvím investiční politiky.

   Navrhuji rozdělení na nemocnice okresní, regionální a nadregionální, přičemž sídla okresních a regionálních nemocnic se samozřejmě nemusejí krýt se sídly okresních (a v budoucnu regionálních) úřadů, i když tomu tak ve většině případů zřejmě bude. Lze si však představit i dvě okresní či regionální nemocnice v jednom okrese či regionu, v žádném případě však nesmí jít o pouhé zdvojení činností, ale o vhodné a efektivní doplňování nabídky služeb. Restrukturalisace nemocnic by se již měla ubírat tímto směrem od samého počátku.

2. Dalším prvkem zvýšení efektivity je aktivní vytváření afilací , nemocničnich trustů a smluvních vztahů mezi nemocnicemi a praktiky se společnou investiční politikou a společným disease managementem.
   Dnešní "subokresní" nemocnice navrhujeme zrušit, transformovat na léčebně-sociální ústavy či zrušit.

3. Podle způsobu plateb navrhuji rozdělit nemocnice na skupinu nemocnic všeobecných, které poskytují pouze péči hrazenou ze všeobecného zdravotního pojištění, dále skupinu nemocnic poloprivátních, tedy těch, které jsou povinny poskytovat péči hrazenou ze všeobecného zdravotního pojištění, mohou však poskytovat i péči, při níž účtují rozdíl mezi úhradou ze všeobecného zdravotního pojištění a skutečnými náklady, přičemž tento rozdíl hradí pacient přímo nebo z komerčního pojištění a dále skupinu nemocnic privátních, které nejsou povinny poskytovat péči hrazenou ze všeobecného zdravotního pojištění a za své služby vždy účtuje rozdíl mezi úhradou ze všeobecného zdravotního pojištění a skutečnými náklady, přičemž tento rozdíl opět hradí pacient přímo nebo z komerčního pojištění.

4. Zásadou toho dělení musí být, že na základě všeobecného zdravotního pojištění musí být každému občanovi dostupná (dle dostupnosti definované zákonem) nemocniční péče, hrazená z tohoto pojištění.

5. Vlastní způsob platby musí vycházet z co největší agregace výkonů a plateb za diagnosy, přičemž by zdravotní pojišťovny měly získat limitovaný prostor pro experimentování s novými způsoby plateb, které by zvyšovaly efektivní chování poskytovatelů zdravotní péče i pojišťoven.

6. Co se týká vlastnických vztahů, doporučujeme, aby existovalo několik státních nemocnic typu spíše výzkumných a vědeckých ústavů, a dále nadregionální, regionální a okresní nemocnice, které by měly být odstátněny a většina z nich převedena na veřejné organisace.

   (Mnohé studie (Ermann, Gabel 1986,Renn a j. 1985, Ozcan a j. 1992) dokázaly, že snaha zvyšovat zisk bez ohledu na zachování komplexity služeb a veřejný zájem je mnohem menší u nevýdělečných než ziskových organisací.)

   U nemocnic poloprivátních a privátních by vlastnické vztahy měly být lhostejné a zde

by byl největší prostor pro privatizaci.

7. Nejdůležitější úlohou je však zkvalitnit práci managementů nemocnic a zefektivnit zdravotní péči, kterou nemocnice poskytují. K tomu je zapotřebí jednak urychlené zavedení kvalitní informatiky do zdravotnictví, jednak neustálá kultivace jak managerských, tak profesních týmů a jejich vzájemné spolupráce.
Samozřejmou zásadou také musí být veřejnost informací o hospodaření a kvalitě zdravotní péče jednotlivých nemocnic.
Další samozřejmostí by mělo být co nejrychlejší zavedení metod typu řízené péče, efektivní alokace prostředků, standardy a závazné metodické pokyny, pozitivní a negativní listy, posuzování poměru ceny a efektu u jednotlivých typů léčby, a.t.d., a.t.d.

Kriteria pro kategorisaci nemocnic

Základní charakteristika: název nemocnice, zřizovatel, vlastník
počet lůžek, počet oddělení
lokalisace- velikost okresu, velikost regionu
počet dalších nemocnic v okrese a regionu, jejich kapacita a struktura oddělení
roční obrat, výsledky hospodaření, cash flow

Pasportisace zdravotních služeb: struktura oddělení
ambulantní složka
komplement
další zázemí
základní přístrojová technika
personální obsazení jednotlivých oddělení
kvalifikace obsazení
stabilita personálu

Geografická dostupnost: dostupnost silniční - 1, 2, 3 (dobrá, průměrná, slabá)
dostupnost železniční - 1, 2, 3
dostupnost autobusová - 1, 2, 3
heliport ano x ne

Technický stav nemocnice: technický stav lůžkových oddělení - 1, 2, 3
operačních sálů - 1, 2, 3
komplementu - 1, 2, 3
kuchyně - 1, 2, 3
energetické zázemí - 1, 2, 3
hygienický stav dtto

technický stav diagnostické a therapeutické techniky dtto

výše potřebných investic

Výsledky činnosti nemocnice za určité období (2 -3 let):počet hospitalisací
počet operací, komplikací, úmrtí
počet porodů, perinat.úmrtnost
počet rčehospitalisací
ceny základních diagnos
počet výkonů na hospitalisaci
základní úhrada na hospitalisaci
skladba úhrad
efektivita činnosti

Speciální programy: kontinuální sledování kvality péče
pozitivní listy
disease management
odborné programy

Metodika hodnocení: syntetické zhodnocení výše uvedených kriterií

Hodnotitel: v první instanci regionální správa zdravotního pojištění s přihlédnutím k odborným expertisám
v odvolací instanci centrální správa zdravotního pojištění s přihlédnutím k odborným expertisám

Restrukturalizace nemocničních zařízení

1. Záměr: snížit cca o 1/3 kapacity (cca 25.000 lůžek) počet akutních lůžek a tato lůžka restrukturalizovat či zrušit.

Návrh koncepce:

Premisy - naprostá většina pacientů po hospitalizaci na akutních lůžkách chce a může přejít do domácí péče
- převážná většina zdravotně (ne sociálně) postižených pacientů nepotřebuje jen péči léčebnou a ošetřovatelskou, ale i rehabilitační (v původním, širokém slova smyslu) či geriatrickou
- péči je nutno odborně rozdělit na dvě oblasti:
  a) včasnou léčebnou rehabilitaci (v úzké součinnosti s akutní medicínou v nemocnicích) a proto poskytovanou v nemocnicích
  b) léčebnou rehabilitaci, poskytovanou v odborných léčebných ústavech a lázních.

2. **Návrh řešení**

U velkých nemocnic zařídit lůžková ošetřovatelsko-rehabilitační a geriatrická oddělení (pro větší spádovou oblast) vedená specialisty, která se postarají jak o zkvalitnění zdravotní péče a zmenšení následků onemocnění, úrazů či vrozených vad, tak o snížení přímých ekonomických nákladů (léčení na méně nákladných lůžkách). Doba pobytu pacienta na lůžku by neměla přesáhnout 3 měsíce. Za úvahu stojí zavedení hospitalizační taxy za tato lůžka, s možností komerčního pojištění.

V léčebných a geriatrických ústavech by se léčili jak vážně a trvale zdravotně postižení, tak přechodně zdravotně postižení s delší dobou péče. Úspory prostředků by nebyly pouze primární, ale i sekundární (menší sociální dávky po resocialisaci). U těchto lůžek je opět nutno zvážit hospitalisační taxy s možností komerčního pojištění.

Zřídit zdravotnická lůžková zařízení (hospice) pro krátkodobý a dlouhodobý pobyt preterminálně a terminálně nemocných (v situaci, když končí kauzální léčba, ale pokračuje léčba paliativní) a stacionáře pro denní pobyt. Zvážit hospitalisační taxy na těchto lůžkách s možností komerčního pojištění.

3. **Způsob financování**

U lůžkových ošetřovatelsko-rehabilitačních a geriatrických zařízení v nemocnicích ze všeobecného zdravotního pojištění (a hospitalisační taxy), ovšem méně nákladně než u lůžek akutních.

U léčebných a geriatrických ústavů zdravotnické služby hradit po předchozím schválením pojišťovnou ze všeobecného zdravotního pojištění (a hospitalisační taxy).

4. **Provedení**

Objekty a zařízení, která nejsou nedílnou součástí nemocnic či celé „zbytné" nemocnice nabídnout sociálnímu resortu ke zřizování sociálních ústavů, Domovů důchodců a pod.

Některé objekty a zařízení (jak nemocnice tak stávající LDN), jejichž personální a prostorové vybavení odpovídá převážně poskytování léčebné rehabilitace přeměnit na léčebné a geriatrické ústavy.

Lůžkovou kapacitu, která je nedílnou součástí nemocnic přeměnit u velkých nemocnic na lůžková ošetřovatelsko-rehabilitační oddělení, poskytující včasný typ léčebné rehabilitace.

Zbývající lůžkovou kapacitu zrušit.

5. **Nutné podmínky provedení**

Zabezpečení personálu a jeho vzdělávání
Zjistit potřebu uvedených lůžek v resortu sociálním.
Stanovení počtu lůžek pro poskytování obou forem ošetřovatelské rehabilitace a geriatrických lůžek v rámci ČR a stanovit indikace pro umístění na tato lůžka (odborná garance Společnosti rehabilitační a fysikální medicíny ČLS JEP).
Projednání tohoto návrhu se zástupci poskytovatelů, MZd a odbornými společnostmi tak, aby se urychleně mohlo přikročit k rozpracování jednotlivých kroků.
Zajištění souhlasu laické i odborné veřejnosti aktivním public relations.

PALIATIVNÍ MEDICINA

Zdroje, které lze použít ve zdravotnictví vždy byly, jsou a budou omezené a rozdíl mezi ideální a dostupnou medicinou se zásluhou stárnutí populace a explosivního růstu nových technologii, léčebných postupů a léků bude v některých oblastech spíše zvětšovat.

Má -li být starý a nemocný člověk adresátem kvalitní bio - psycho- sociální péče, a má - li společnost mít občanskou odpovědnost za důstojné umírání a důstojnou smrt, a to aniž by alokace nákladů na tuto léčbu znamenala nedostatek finančních prostředků v jiných oblastech mediciny, bude zapotřebí zcela změnit postoj společnosti k řešení těchto problémů.

Při jejich řešení lze očekávat dramatický odborně - etický a eticko- odborný spor o limitech péče a hranici mezi prodlužováním života a prodlužováním umírání, zrovna tak jako zneužívání etických argumentů při lobbyingu jednotlivých oborů při získávání prostředků z vždy limitovaných a tím pádem nedostatečných prostředků.

Základem všech úvah však musí být stanovení limitů aktivní zdravotní péče a to limitů ve smyslu co ano i limitů ve smyslu co už ne.

Základem tedy musí být nalezení a vytvoření standardů obsahujících oba limity a nalezení co nejetičtější a nezneužitelné metodiky jejich uplatnění.

Nedílnou součástí tohoto nalézání a vytváření standardů musí být otevřená společenská diskuse na toto téma, osvěta i výchova.

LÉKOVÁ POLITIKA

Tato problematika je obecně zpracována v kapitole "Jednotlivé prvky strategie". Zde je nutno opět zdůraznit jednak nutnost důslednosti a komplexnosti použitých regulačních prvků a nutnost mnohem transparentnějšího, více kontrolovaného a méně byrokratického postupu, spolu s recentralisací státního vlivu v této oblasti.

Naopak tam, kde je výhodné využít tržních mechanismů a konkurence, např. v prodeji volně prodejných léků mimo lékárny, v reklamě na volně prodejné léky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění a pod. uplatnit co nejliberálnější přístup.

FAKULTNÍ NEMOCNICE

1. Základním organisačním prvkem FN je klinika.

2. Klinika je instituce, která aktivně rozvíjí svůj obor, prostřednictvím diagnostické a léčebné praxe uvádí do praktického života své poznatky a využívá je k pregraduální a postgraduální výchově, výzkumu a publicistické činnosti. Provádí dále specializované výkony ve svém oboru.

3. Všichni pracovníci kliniky podléhají pravomoci přednosty, který určuje jednotlivým členům kliniky jejich pracovní povinnosti.

4. Podle pracovního zařazení a vědeckopedagogického titulu jsou označováni : přednosta, profesor, docent, asistent, klinický lékař.

5. Lékařský kolektiv má dvě části - základní a pohyblivou.

   Základní část tvoří přednosta, profesoři, docenti a asistenti. Přednosta je zaměstnancem lékařské fakulty, ostatní jsou zaměstnanci buď LF nebo fakultní nemocnice. Lékaři základní části jsou přijímáni na základě výběrového řízení na dobu určitou.

   Část pohyblivou tvoří kliničtí lékaři, kteří jsou zaměstnanci fakultní nemocnice a lékaři ve vědecké přípravě, zaměstnaní u lékařské fakulty nebo v odborné přípravě, zaměstnaní buď u FN nebo LF. Tito lékaři jsou přijímáni podle konkursních řádů LF a FN.

6. Všichni pracovníci klinik jsou odměňováni podle jednotných pravidel, bez ohledu na to, jsou-li zaměstnanci LF nebo FN.

7. Předpokladem ekonomicky fungující FN je kvalitní organisační struktura, zajišťující komplexní pedagogickou a zdravotnickou funkci klinik.
   Statut FN zakotvuje konsensuální vedení klinik vedením LF (děkan) a FN (ředitel).

ŠPIČKOVÁ A NÁKLADNÁ MEDICINA

1. Základem by měla být variabilní koncepce špičkové a nákladné mediciny se základnou v jediném klinickém centru s variabilitou uspořádání (nový IKEM), ve kterém by se na základě předpokládaných trendů mediciny zkoušely a na domácí poměry upravovaly a zaváděly nové metody, postupy a léky v medicině. Součástí takového centra přirozeně musí být výkonová část.

   Na toto centrum by navazovala regionální pracoviště (ať už kliniky fakultních nemocnic nebo pracoviště mimo ně), do kterých by směřovaly cílené investice i lidský potenciál. Součástí těchto center by měly být též státní a krajští odborníci, vybavení patřičnými pravomocemi (viz bod 2).

2. Úkolem těchto center by mimo poskytování špičkové a nákladné mediciny byla spolupráce na standardech, závazných metodických pokynech a doporučeních, spoluúčast na tvorbě a zavádění disease managementu , řízené zdravotní péče a pod.

3. Dalším úkolem těchto center by byla postgraduální a kontinuální (celoživotní) výuka zdravotnických pracovníků.

4. Je nutno provázat koncepci těchto center s koncepcemi kardiochirurgickými, úrazových center, transplantačnách center, a.t.d., aby se zbytečně neplýtvalo finančními prostředky a lidským potenciálem.

5. Státní klinické centrum i regionální centra by měla být financována ze státního rozpočtu, přímých plateb za některé (nešpičkové) výkony a sponzoringu.

6. Státní klinické centrum by mělo být institucí státní, řízenou přímo ministerstvem zdravotnictví (aby si stát podržel v rukou koncepci zdravotnictví), u regionálních center, která by měla být nasmlouvána ve výběrovém řízení a takto akreditována, na vlastnických vztazích nezáleží.