

Základní analýza zdravotnictví jihočeského regionu a síť lůžkových zdravotnických zařízení kraje

Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha

SRPEN 2000

MUDr. JIŘÍ BOUZEK

Souhrn

Práce obsahuje nástin analýzy zdravotnictví České republiky a pokus o vymezení hlavních problémů českého zdravotnictví v roce 2000 (II.). Stručně posuzuje problémy zdravotnictví současného jihočeského regionu a pokouší se určit hlavní příležitosti a rizika budoucího krajského uspořádání zdravotnictví (III.). Práce navrhuje rozšíření regionální statistiky, na základě dobrovolně poskytovaných informací, o další data potřebná k analýze a plánování (IV.). Práce odkazuje na data o současných zdravotnických kapacitách kraje (V, VI). Navrhuje i možná opatření k odstranění některých rizik v regionu (VII.). Zabývá se možnostmi plánování kapacit lůžkových zdravotnických zařízení, variantami jejich spolupráce, možnostmi vytvoření vazeb na přednemocniční a následnou zdravotní péči, mírou krajské centralizace a otázkou budoucích zřizovatelů lůžkových zdravotnických zařízení v krajském uspořádání (VII.). Upozorňuje na krajské problémy lůžek následné péče, odborných léčebných ústavů a lázeňských kapacit (VI). Dotýká se styčné plochy se sociální oblastí v této lůžkové kategorii. V závěru se snaží shrnout především příležitosti a očekávané výhody krajského uspořádání zdravotnictví především z hlediska sítě lůžkových zdravotnických zařízení (IX).

Osnova

- I. Cíl práce
- II. Charakteristika vnějšího prostředí
- III. Současný profil zdravotnictví jihočeského regionu
- IV. Podmínky vytvoření optimálního modelu lůžkových zdravotnických zařízení kraje
- V. Akutní lůžka zdravotnických zařízení kraje
- VI. Kapacita lůžek následné péče, odborných léčebných ústavů a sociálních lůžek v kraji
- VII. Možnosti realizace změn v programech a kapacitách zdravotnictví kraje
- VIII. Vzdělávání zdravotníků v kraji
- IX. Závěr

I. Cíl práce

Cílem práce je posoudit současný stav zdravotnictví v jihočeském regionu. Dále odhadnout výhody i rizika budoucího krajského uspořádání zdravotnictví. Popsat možnosti pozitivních změn v jednotlivých oblastech zdravotní péče v kraji a regionu. Termín „kraj“ je užíván pro správní oblast (VÚSC - Budějovický kraj), zatímco termín „region“ pro spádovou oblast poskytované zdravotní péče, která se ani v budoucnosti nebude zcela kryt se správním územím. Záměrem práce je i vytvoření podkladů pro možné úpravy kapacit lůžkových zdravotnických zařízení v kraji.

II. Charakteristika vnějšího prostředí

Práce odkazuje na známá a dostupná demografická data, jako jsou kojenecká a novorozenecká úmrtnost, příčiny úmrtí, úrazovost, průměrná délka života atd. Dále odkazuje na známé faktory modifikující zdravotní stav obyvatelstva, jako jsou sociální skladba obyvatelstva s ohledem na hospodářský charakter a historii regionu, stav životního prostředí, všeobecně nízkou míru vlastního zájmu o zdraví a škodlivé návyky. Na celková data nákladů na zdravotní péči (procento HDP) a současné mezinárodní hodnocení zdravotnictví ČR. Data jsou k dispozici v materiálech ÚZIS, data o síti v materiálech zdravotních pojišťoven o smluvních zdravotnických zařízeních, především u Všeobecné zdravotní pojišťovny. K dispozici jsou validní data o počtech lékařů a zdravotnického personálu jednotlivých kategorií až po úroveň okresu v lůžkových zdravotnických zařízeních, naopak validita personálních údajů o terénu je problematická. **Nejsou k dispozici data** o kvalitě zdravotní péče a její dostupnosti v jednotlivých oborech, ani jejich srovnání se zeměmi Evropské unie.

V celostátním měřítku nejsou k dispozici ani základní a jednoduchá data o kvalitě, jako je např. čekací doba. Stejně tak nejsou k dispozici údaje o struktuře nákladů na poskytovanou péči v jednotlivých oborech, ani nebyl učiněn pokus o kontrolu nákladů formou srovnání. Neexistují tedy žádné podklady pro hodnocení efektivity zdravotnických zařízení. Jsou utajována data, jejichž utajování nemá smysl (výstupy z programu Medicon, základní data o zdravotnických zařízeních atd.). Chybí kvalitní údaje o potřebě stavebních investic ve zdravotnictví. Údaje o přístrojovém vybavení jsou obsaženy v přílohách smluv jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami, ale mají velmi nízkou validitu. Na problém chybějících informací o skutečném stavu vybavení zdravotnických zařízení radiodiagnostickou technikou naráží v současnosti investiční podprogram Ministerstva zdravotnictví „řešení problémů atomového zákona“. Neexistuje závazný standard k posuzování stavebních a přístrojových investic z veřejných prostředků ani nezávislá instituce k takovému posuzování (např. holandský National Board for Hospital Facilities). Nadbytek poskytovatelů a duplicity nebo dokonce vícenásobné opakování především v diagnostice, ale i v léčbě způsobuje, že jsou neúčelně a plošně vynakládány prostředky, které v části systému chybí. Prostředí je charakterizováno i zanedbáním preventivních programů v osvětě i depistáži.

III/A SWOT analýza vnějšího prostředí z hlediska zdravotnictví v roce 2000

1. Vysoká míra vnímání solidarity v úhradě a poskytování zdravotní péče ve společnosti. Umožňuje přerozdělení prostředků pro všechny ohrožené skupiny, ale naopak straní nezájmu v zodpovědnosti o vlastní zdraví. Pozitivní je aspekt využití společenského klimatu k financování zdravotní péče z hlediska plošných potřeb, negativní je aspekt umožňující rozdrobení financí do nadbytku poskytovatelů a škůdců zdravotního systému.

2. Vysoká míra garance státu za provoz stávajících zdravotnických zařízení.

V pozitivním smyslu přináší stabilitu, v negativním neefektivitu a plýtvání prostředky vynakládanými na zdravotnictví.

1. Chybí cílový model zdravotnického systému.

V případě zdravotnictví není dodržena zásada volby jednoho z víceméně fungujících modelů zdravotnictví, např. ze zemí Evropské unie. Volba cílového systému musí vycházet ze současné situace. Fungující systémy, kdy neexistuje ideální, se kultivovaly dlouhou dobu. Státní systémy (Dánsko) mají velmi odlišnou strukturu lůžek (velká kapacita ústavů), vysoce centralizovanou specializovanou a vysoce specializovanou péči a poněkud jiné nároky svých pacientů. Na rozdíl od České republiky má většina systémů **výrazně posílenou roli praktických lékařů (ve znalostech, dovednostech i pravomocích)**. Cílový systém by nejspíše měl odpovídat střední Evropě (Německo, Rakousko), tíhne však spíše k státnímu modelu. Navíc jsou finanční prostředky paradoxně distribuovány skupinou pojišťoven. Pravidla pro toto rozdělování jsou vcelku shodná. Skutečné kompetence a pravomoci k nasmlouvání zdravotní péče jsou u stávajících plátců zdravotní péče poměrně nízké. Výběr systému je úzce svázán se způsobem financování, který je největším mechanismem tvorby sítě kromě vyložení direktivních modelů. Přijímaná legislativa musí být přizpůsobena cílovému modelu.

2. Není definován pojem státem garantované sítě zdravotnických zařízení.

Chybí metodika k tvorbě tohoto důležitého plánu a zpracování se trvale odkládá. Chybí alternativa možností financování zdravotnických zařízení stojících event. mimo státem garantovanou síť. Otázka nutnosti zpracovat státem garantovanou síť souvisí s předchozím bodem - definováním cílového systému zdravotnictví. Byl užíván termín minimální státem garantované sítě, který předpokládal větší rozsah

vícezdrojového financování. Dále se užívalo tzv. pojetí optimální sítě, tedy výrazná korektura nadbytku některých poskytovatelů a doplnění jiných. V současnosti zahrnuje pojem síť všechna zdravotnická zařízení. Z hlediska financování není rozdíl mezi zařízeními, jejichž zřizovatelem je stát a poskytovateli soukromými. Finančními zdroji jsou platby zdravotních pojišťoven. Jednotlivá zařízení se liší jen objemem investičních dotací z veřejných prostředků a provozním příspěvkem některým státním nebo komunálním zařízením. Síťotvorným činitelem byl po rozpadu OÚNZů a KÚNZů výhradně výkonový systém. V současnosti je počet poskytovatelů zdravotní péče poměrně zakonzervován. Konečným stavem je, bohužel, značně nerovnoměrná hustota zdravotnických zařízení.

3. **Současný stav zdravotnické legislativy.** Současné změny se opírají především o kosmetické úpravy zákona č. 20/1966 Sb.
4. **Současný stav alokace finančních zdrojů.** Podporuje nízkou efektivitu ambulantních zdravotnických zařízení. U lůžkových zařízení umožňuje např. preference rozvoje oborů, a to i těch, kde již existují dostatečné kapacity. Tato nežádoucí podpora může vést k odkládání naopak potřebných a finančně náročných výkonů (náhrady kloubů, oční čočky ...). Krach výkonové platby byl způsoben chybením věcné kontroly ze strany revizních lékařů pojišťoven. Nebyla provedena analýza krachu systému Fee For Service. V době zadluženosti systému byl nastolen systém regulace a paušálu. Teprve v poslední době byla provedena korektura paušálů nejjednodušším, ale i nejprimitivnějším způsobem, tedy výkonovou cenou bodu. V globálním měřítku má korektura racionální dopad na financování lůžkových zdravotnických zařízení. Limitace v ambulantní péči vedou k omezování péče, odmítání pacientů a k nežádoucímu přesunu ambulantní činnosti do lůžkových zdravotnických zařízení. Nejsou profesionálně zpracovány alternativy financování zdravotní péče (vzhledem k současnému stavu), které musí vycházet ze zkušeností ostatních užívaných systémů. Jedním z hlavních problémů financování je současná ekonomická situace plátců zdravotní péče (Všeobecná zdravotní pojišťovna versus oborové pojišťovny). V současnosti jsou zdravotní pojišťovny redukovány na zprostředkovatele platby poskytovatelům a neplní skutečnou úlohu objednatele zdravotní péče pro své klienty. Je nutno nalézt politickou odvahu k řešení. To znamená buď vytvoření jedné pojišťovny nebo naopak posílení pravomocí plátců pojištění jako skutečného objednatele péče pro své pojištěnce. Nejsou zpracovány možné varianty **zvýšení finančních zdrojů** s ohledem na další vývoj systému. Je to např. forma komerčního připojištění (za přímý přístup ke specialistům, za úhradu další péče při definovaném rozsahu péče hrazené z povinného pojištění, za péči ve zdravotnických zařízeních bez smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami).
5. **Stav akreditace zdravotnických zařízení.** Při současném stavu sítě (všechna registrovaná zdravotnická zařízení) není možné, aby akreditace představovala jen „jméno - image“ zdravotnického zařízení. Musí znamenat i profit pro akreditované zařízení, např. akreditace jako podmínka k přístupu k veřejným prostředkům - dotacím.
6. **Přístup ke standardům zdravotní péče.** Nelze je pojmout jako minimální léčebný postup. Jde totiž o současné postupy lege artis, které se rychle mění. Z tohoto hlediska je význam standardů přeceňován. Už sám pojem minimálního standardu je nesprávný. Je třeba mapovat dostupnost zdravotní péče v jednotlivých oborech a v každém kraji, přesněji i uvnitř každého kraje a hledat cesty ke zlepšení stavu.
7. **Stav hodnocení kvality zdravotní péče.** Téměř neexistuje. Pravidelně nejsou sledovány ani nejjednodušší ukazatele kvality. Přínosem může být plošné zavedení DRG i ke kontrole nákladů v jednotlivých skupinách, bez ohledu na jeho využití v rozdělení finančních prostředků. V současnosti nelze vytvořit **okresní a**

krajské odborníky s výkonnými pravomocemi. Závazné metodické pokyny lze zajistit jen direktivou zřizovatelů nebo konsenzem v jednotlivých sdruženích poskytovatelů zdravotní péče. Pro spolupráci s terénem při úsilí o metodické vedení bude nezbytné posílit výkonnou pravomoc zdravotních radů a ČLK. Komora se může výrazně podílet na organizaci klinických dnů (hodnocených v postgraduálu anebo povinných) a tím přiblížit izolovaný terén lůžkovým zdravotnickým zařízením. Jedním z kritérií kvality zdravotní péče je její dostupnost. Směšuje se dopravní dostupnost s možností včasného poskytnutí typu výkonu nebo s čekacími dobami. Pojem je ale širší. Nízká dostupnost může být způsobena i malým počtem indikujících lékařů nebo jejich nedostatečnou erudicí. Směřovat směrodatné v hodnocení dostupnosti by měly být regionální ukazatele rozptylu četnosti provedených výkonů při stejné incidenci typu onemocnění. Příkladem jsou počty indikací k endoprotézám kloubů, ke koronarografiím a k operacím katarakt. Je třeba postupně převzít **všechny používané ukazatele kvality** v cizích systémech. Od základních k nejsložitějším. Zpracování plánů průběžného zvyšování kvality zdravotní péče (CQI) by mělo být povinností managementu zdravotnických zařízení. V současnosti by vedlo alespoň k zamyšlení a úvahám v této oblasti. Už nyní lze orientačně měřit produktivitu zdravotnických zařízení, ale hodnocení efektivity bez kvalitativních ukazatelů není možné.

8. **Stav primární prevence, osvěty a depistážních programů.** Jsou spíše v zajetí finančního profitu skupin poskytovatelů péče než plošné a programové aplikace v systému.
9. **Stav péče o sociální případy a dlouhodobě handicapované.** Jde o styčný problém zdravotnických zařízení, ústavů sociální péče a domácí péče. Podíl této péče ve zdravotnictví a sociální oblasti je nerovnoměrný, stejně jako kvalita poskytované péče a lůžkové kapacity. Nejsou realizována systémová opatření k posílení domácí péče (např. posouzení stupně bezmocnosti s finančním příspěvkem na zajištění domácí péče jako je tomu např. v Rakousku a dalších zemích).
10. **Současný stav kapacit odborných léčebných ústavů a lázeňských zařízení.** Současná síť odborných léčebných ústavů zakonzervovala dávno minulost, v některých oborech až Rakousko - Uhersko. V lázeňství, které má vazbu na přírodní zdroje, historii vzniku a tradici, je to pozitivní. Navíc lázeňství plní hlavně úlohu rehabilitační a nepředstavuje velkou finanční zátěž systému. V České republice je na vysoké úrovni a podíl přímých plateb klientů může být zvýšen. Negativní je zakonzervování stavu např. u psychiatrických léčeben. Současný stav centralizace pacientů do rakousko - uherských ústavů (Dobřany, Bohnice) je problematický. Nevyhovuje ani potřebám pacientů a jejich blízkých, ani odborným trendům v psychiatrii. Změna bohužel není možná, i když zřizovatelem těchto ústavů je vesměs ministerstvo. Zatím není možná ani při doložení kapacit uvolněných při restrukturalizaci s možností využití těchto objektů pro regionální rozložení specializované ústavní péče. Je faktem, že navrhovaná řešení by často podstatně snížila požadované investice z veřejných prostředků na rekonstrukci stávajících historických kapacit.
11. **Léková politika.** Týká se povinnosti a kontroly kusové evidence v lékárnách. Dále nahrazení primitivní objemové regulace v preskripcích i věcnou revizí ze strany revizních lékařů pojišťoven. To je možné jen posílením jejich pravomocí a zlepšením kvality jejich práce. Rezervy jsou i v objemu hrazených léčiv a prostředků.

12. Stav vzdělávání zdravotnických manažerů.

- 1. Zvýšení finančních zdrojů pro zdravotnictví.** Záleží na hospodářské výkonnosti země a politickém klimatu. Zatím nelze očekávat změnu během nejbližších let.
- 2. Postupné, ale urychlené zavedení hodnocení efektivity lůžkových zdravotnických zařízení.** Znamená to plošný monitoring objemu a kvality poskytované péče a vynaložených nákladů. Pak následnou podporu potřebných rozvojových programů v kvalitních lůžkových zdravotnických zařízeních. Vzniká potřeba vytvoření krizového managementu pro problémová státní, krajská, okresní i městská lůžková zdravotnická zařízení. Je potřebné eliminovat opakované oddlužování bez záruky změny hospodaření. Měření efektivity vyžaduje vytvoření a dodržování exaktních pravidel bez ohledu na zájmové skupiny ve zdravotnictví a politický lobing.
- 3. Změna způsobu financování přednemocniční péče.** Problémy praktických lékařů a ambulantních specialistů jsou v systému nejnaléhavější z hlediska nízké efektivity poskytované péče. Historický trend lékařů - distributorů se zájmem především o poměrně zdravého pacienta bohužel pokračuje. Variantou řešení je výkonový nebo kombinovaný výkonový a kapitální platební systém pro tento okruh poskytovatelů. Nutnou podmínkou je jiná kvalita revizní činnosti lékařů pojištěn. Tedy provádění skutečné věcné revize nejen vykázané péče, ale i její kvality. Systémy, které fungují v cizině, vycházejí z tvrdých sankcí (ukončení smluvního vztahu) při falešném vykazování poskytnuté péče. Vedou tedy k autocenzuře poskytovatelů při vykazování. Bohužel, výchova revizních lékařů s podstatně jinou náplní práce je záležitostí nejméně pěti let. Příkladem jiné extrémní možnosti řešení ambulantní péče může být rozhodnutí o zajištění veškeré této péče v ambulancích nemocnic.

Ohrožení

- 1. Pokračující plošné rozdělování finančních zdrojů do nadbytku poskytovatelů ve všech oblastech.** Znamenalo by prohlubování neefektivity, nivelizaci a konečně ztrátu dosažené úrovně v diagnostice i léčbě. Neuvážené oddlužování zdravotnických zařízení bez vymezení programů poskytované péče a bez záruk změny hospodaření.
- 2. Prodlužování reformy středního zdravotnického školství a neuvážené změny v postgraduálním vzdělávání zdravotníků .** V současnosti není stanoven termín, od kterého bude požadováno nižší vysokoškolské vzdělání k plné kvalifikaci středního zdravotnického personálu. Nejsou ani zajištěny odborné kapacity na toto vzdělávání a jejich plán. Úroveň absolventů středních škol rapidně klesá, protože již byla výrazně potlačena praktická výuka na těchto školách (limitace výuky u lůžka věkem 17 let podle zásad Evropské unie). Na druhé straně zatím neexistuje prezenční studium vyššího typu nahrazující tuto výuku. Na krajské úrovni pravděpodobně dojde k centralizaci bakalářského vzdělání sester do jednoho zařízení, které by mělo nahradit i pět středních zdravotních škol. Dvoustupňový systém atestací v základních oborech v postgraduálním vzdělávání lékařů je jednou z výhod současného stavu a neměl by být zrušen. Sjednocení atestací lze dělat postupně a zatím jen v některých oborech. Centrální způsob doškolování lékařů lze zlepšit jednoduchým způsobem, a to bez nároků na finanční prostředky. Stávající centrální instituce postgraduálu mohou akreditovat a kontrolovat řadu kvalitních regionálních pracovišť k provádění této výuky. Rovněž budoucnost postgraduálního vzdělávání středního zdravotnického personálu je provázena rozpaky. Musí být řešena v souvislosti s novými požadavky na kvalifikaci

všeobecné zdravotní sestry bakalářky, porodní asistentky a vymezení právě pregraduálních studijních oborů.

3. **Nízký podíl osobních nákladů na provozu lůžkových zdravotnických zařízení.** Současné ocenění práce zdravotnických pracovníků, i všech ostatních pracovníků ve zdravotnictví, je kritickým problémem. Kvalita poskytované péče záleží především na kvalitě lidských zdrojů. Nízké o cenění práce snižuje kvalitu personálu i společenskou prestiž práce ve zdravotnictví. Tento fakt není řešitelný zvyšováním mezd na úkor hlavní činnosti, tedy poskytování zdravotní péče. Rezervy se týkají jen jednotlivých zdravotnických zařízení. V současnosti je nedostatek středního zdravotnického personálu i kvalitních lékařů. Dílčí řešení jsou možná v měnou managementu zdravotnických zařízení, je však otázka, zda je v současnosti dostatek kvalifikovaných a profesionálně vzdělaných pracovníků k řízení zdravotnictví. Další finanční zdroje jsou možné správnou redukcí sítě poskytovatelů (vyřazení škůdců systému). Ostatní je čistě záležitostí celkového navýšení finančních zdrojů pro zdravotnictví.
4. **Hlavním ohrožením je, bohužel, teoretická možnost podcenění problému zdravotnictví ze strany ministerstva, budoucích krajských orgánů a dalších zřizovatelů.** Vzhledem k limitaci finančních zdrojů pro zdravotnictví nelze zohledňovat názory populistických a zájmových skupin.

II/B Souhrn analýzy

Klíčové problémy jsou volba cílového systému a vytváření odpovídající legislativy. S tím souvisí i rozhodnutí o perspektivní možnosti dalších finančních zdrojů pro zdravotnictví. Prioritou je ocenění práce všech pracovníků ve zdravotnictví. Dochází k nedostatku pracovníků ve zdravotnictví, snižování jejich kvality a jejich společenské prestiže. Plošné rozdělování financí do nadbytku poskytovatelů může vést ke snížení dosažené úrovně péče.

II/C Prognóza

Je optimistická, silné stránky jsou rozhodující. Je však skutečností, že i při současných finančních zdrojích, mohla být situace ve zdravotnictví lepší.

III. Současný profil zdravotnictví jihočeského regionu

Současný stav zdravotnictví Budějovického kraje je charakterizován **poměrně racionální sítí poskytovatelů zdravotní péče**, hlavně lůžkových zdravotnických zařízení. To znamená, že v kraji nejsou problémová lůžková zařízení, která by měla být kompletně vyřazena ze sítě. Neplatí to o všech poskytovatelích zdravotní péče. Okresní nemocnice jsou přibližně stejně vzdáleny od přirozeného centra - Českých Budějovic. Dopravní dostupnost se pohybuje v rozsahu 30 - 50 minut sanitním vozem. Kraj je dále charakterizován **poměrně velkou rozlohou** s řidším osídlením. Takový fakt bývá v řadě zemí (Velká Británie atd.) zohledněn zvýšením finančních zdrojů. Lůžková zdravotnická zařízení kraje jsou **poměrně hospodářsky stabilní**. Kraj je handicapován objemem investičních dotací ze státního rozpočtu do lůžkových zdravotnických zařízení a pravděpodobně i nižšími provozními finančními zdroji. Data plátců zdravotní péče nejsou k dispozici, jsou utajována. Určitou míru ohrožení kraje představuje současné pregraduální vzdělání středního zdravotnického personálu v kraji.

III/A SWOT analýza zdravotnictví Budějovického kraje 1.

Racionální stav sítě všech zdravotnických zařízení v kraji.

2. Racionální plány lůžkových zdravotnických zařízení na rozsah poskytované zdravotní péče.
3. Pokročilý stupeň transformace akutních lůžek nemocnic.
4. Realizovaná dělba práce mezi nemocnicemi v kraji (Písek - Strakonice, Jindřichův Hradec - Pelhřimov, ...).
5. Současná spolupráce vedení všech nemocnic kraje (Sdružení jihočeských nemocnic).
6. Poměrný dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.
7. Poměrně dobrá dostupnost přednemocniční péče a základní lůžkové péče.
8. Relativně dobrá ekonomická situace nemocnic.
9. Umístění lůžkových zdravotnických zařízení v kraji z hlediska dopravní dostupnosti.
10. Lázeňské kapacity regionu a ochota jejich zřizovatelů ke krajské spolupráci.
11. Atraktivita jižních Čech a stav životního prostředí.

1. Stav primární prevence, preventivních, depistážních programů a osvěty (obdobně jako v celém systému).
2. Nerovnoměrné zabezpečení přednemocniční péče, především LSPP v kraji, dále nerovnoměrná síť praktických lékařů a ambulantních specialistů v některých oborech.
3. Nerovnoměrné zabezpečení rychlé záchranné pomoci a problémy integrovaného záchranného systému (okres Český Krumlov a Tábor).
4. Izolace lůžkových zdravotnických zařízení a začleněných ambulancí od terénních lékařů (obdobně jako v celém systému).
5. Nerovnoměrně stavebně technický stav objektů a přístrojového vybavení nemocnic.
6. Nerovnoměrná kapacita následné péče, sociálních lůžek a domácí péče.
7. Řídké osídlení kraje.
8. Poměrně nízká dostupnost vysoce specializované péče.
9. Nedostatek psychiatrických lůžek pro dospělé v odborných léčebných ústavech v kraji.
10. Stav plánování investičních záměrů zdravotnických zařízení (jako v celém systému).
11. Ekonomické problémy jednotlivých nemocnic (ON Tábor).
12. Nízký objem investičních dotací ve srovnání s jinými kraji.
13. Pravděpodobně nízký podíl finančních provozních prostředků ze strany plátců.
14. Radonové riziko.
15. Nízký podíl zdravotnictví na výzkumu.
16. Nízký podíl nemocnic na postgraduálním vzdělávání zdravotnických pracovníků.
17. Stav budování krajského transfúzního zpracovatelského centra (horší situace než v jiných regionech).

Příležitosti

1. **Krajské uspořádání.** Teoreticky může umožnit zavedení sběru dat potřebných k analýze nad rámec možností celého systému. Může umožnit vytvoření závazných plánů zdravotních programů (rozsahu základní specializované péče) pro jednotlivá lůžková zdravotnická zařízení a realizovat změny cestou zřizovatelů. Je to nejnáročnější úkol. Představuje úzkou spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a odbornými společnostmi. V otázce vzdělávání se stávajícími institucemi a Českou lékařskou komorou. Krajské plánování může lépe reagovat na investiční záměry, plány rozvoje a plány lidských zdrojů. Může vzniknout „modelová oblast jižní Čechy pro krajské řešení problému zdravotnictví“.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- 2. Regionalizace plátců - objednatelů zdravotní péče.** Je to podmínka k posouzení celkové výše provozních finančních zdrojů a ke zprůhlednění řádného rozdělení financí uvnitř kraje.
- 3. Spolupráce se sousedními kraji.** Především ve specializované péči musí docházet ke vzájemné nabídce těchto služeb podle kapacit a kvality poskytované péče v jednotlivých oborech. Představa, že každý kraj „si kompletně zabezpečí svoji péči včetně specializované“, je samozřejmě nesprávná.

Ohrožení

- 1. Podcenění problematiky zdravotnictví krajskými orgány.** Izolace krajského zdravotnictví od systému.
- 2. Regionální situace v pregraduálním vzdělávání středního zdravotnického personálu.** Systémový problém je v kraji výraznější než jinde.
- 3. JETE.**

III/B Souhrn analýzy

Převažují silné stránky. Je to jednoduchá síť a poměrná stabilita zařízení v kraji.

Systémové problémy se samozřejmě týkají i kraje, ale v mnoha směrech je zde

situace jednodušší. Příležitostí, ale současně i možným ohrožením, je krajské uspořádání

III/C Prognóza

Je silně optimistická. První, převažující krajské uspořádání zdravotnictví, musí být úspěšné.

IV. Podmínky vytvoření optimálního modelu lůžkových zdravotnických zařízení kraje

Nutnou podmínkou je vytvoření **platformy k projednání současného stavu, potřeb a plánů zdravotnických zařízení.** V krajském uspořádání bude existovat **referát nebo odbor krajského zdravotního rady.** V současnosti nejsou dosud zcela jasné pravomoci, rozsah povinností a pracovní kapacita tohoto odboru. Význam tohoto krajského orgánu bude stoupat s určením jeho pravomocí (krajské ministerstvo). Vznikne potřeba plně kvalifikovaných, tedy profesionálně vzdělaných zdravotnických manažerů na tomto odboru. Další platformou se může stát Sdružení jihočeských nemocnic. Cíl tohoto sdružení je zaměřen právě na zpracování názorů na optimální model lůžkové sítě kraje. Může zajistit vzájemné poskytování dat potřebných pro analýzu, posuzovat vlastní plány základní péče, navrhnout dělbou práce a vymezovat potřebu specializované a vysoce specializované péče v kraji. Sdružení může vytvářet vlastní odborné komise k projednání společné problematiky. Důležitým úkolem sdružení bude i zpracování názoru na budoucího zřizovatele současných okresních nemocnic a posouzení forem spolupráce nad rámec dohod o dělbě práce. Tedy tvorba aliancí nebo dokonce holdingových zařízení. Sdružení jihočeských nemocnic musí být konzultačním orgánem pro krajské orgány. Na úrovni kraje je potřebné získat data, provést jejich rozbor a zavést plánování potřeb poskytované péče. Tomu podřídit plány rozvoje (s hospodářskými aspekty) jednotlivých zdravotnických zařízení.

IV/A Sběr dat

V prvé řadě je třeba zajistit **dostupnost současných dat.** Především jde o regionální

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

data ÚZISu. Na základě souhlasu jednotlivých subjektů i uvolnění dat zdravotních pojišťoven. Konečně jde i o určitá data státní správy týkající se zdravotnictví. Sdružení nemocnic zajistí konsenzuální souhlas se spektrem vzájemného poskytování dat pro potřebu členů. Předávání základních dat by mělo probíhat v měsíčních řadách,

speciální data pro potřeby plánování v ročních intervalech. Je to analogie předávání dat ve Sdružení fakultních nemocnic.

Týká se počtu lůžek po oborech, struktury lůžek, jejich využití, ošetrovací doby, počtu ambulantních vyšetření, výkonů v komplementu, počtu zaměstnanců, průměrných mezd, celkových nákladů, perspektivně nákladů jednotlivých oborů, výnosů, pohledávek, závazků a dalších odvozených dat.

Bude potřebné **rozšiřovat sběr dat souvisejících se zdravotní péčí**. Jde o strukturu

výkonů, výstupy z DRG systému a především kvalitativní údaje. Jsou to čekací doby na plánované operační výkony, v ambulancích, spotřebu antibiotik v jednotlivých definovaných diagnostických skupinách, počty komplikací vázané na typ výkonu. Důležitým faktorem budou „migrační data“ hospitalizovaných pacientů uvnitř kraje i mimo kraj. Část těchto dat bude možno získat vlastní aktivitou členů sdružení nemocnic, další ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami.

Dalším okruhem jsou **speciální ekonomická data** u lůžkových zařízení, která se dostávají do hospodářských problémů. Na úrovni kraje může jistě dojít (ve spolupráci s orgány kraje a státní správou) i k vytvoření krizového managementu pro problémová zdravotnická zařízení.

V krajském měřítku je nezbytné zmapování stavebně technického stavu objektů nemocnic a dále **stav vybavení zdravotnickou technikou** a potřebou její obnovy.

IV/B Analýza dat a plánování

Rozbor a celkové posouzení jednotlivých zdravotnických zařízení bude jistě úkolem zřizovatelů a krajského odboru. V první řadě je však tento rozbor v zájmu všech členů Sdružení jihočeských nemocnic. Vedení nemocnic bude zpracovávat roční a pětileté plány, které budou průběžně aktualizovány. U hospodářsky problémových zařízení musí být krátkodobý plán zaměřen k řešení ekonomické nestability. Tedy k ověření rozsahu poskytované zdravotní péče, nákladů na režii, posouzení zdrojů vzhledem k výkonnosti a k možnosti pozastavení investic z vlastních zdrojů při platební neschopnosti.

Základem plánů lůžkových zdravotnických zařízení je část plánu vymezující rozsah poskytované zdravotní péče. Musí se týkat jednotlivých oborů, spádu a nasmlouvaného spektra výkonů. Musí obsahovat samostatné vyjádření k objemu a spektru výkonů v komplementu a začleněných ambulancích. Jednotlivé části plánů v oblasti zdravotní péče:

- 1. Program poskytované základní péče v oborech k zabezpečení stávající spádové oblasti** (podle migračních dat) a rozsahu činnosti začleněných ambulancí (bude se lišit podle stavu sítě terénních lékařů v části regionu).
- 2. Dělbá práce** v základní a specializované péči mezi nemocnicemi.
- 3. Zajištění dopravní dostupnosti** při dělbě práce.
- 4. Programy specializované péče** poskytované nemocnicí a **programy center**, pokud existují.
- 5. Požadavky na zabezpečení základní péče** v sousedních mimokrajských zařízeních (migrační data) a specializované péče, kterou nelze zajistit v kraji.
- 6. Nabídka služeb** pro ostatní zařízení uvnitř i mimo kraj.
- 7. Plán následné péče** a eventuelních začleněných **odborných léčebných ústavů**.

Součástí ročního plánu je plán **investičních záměrů**, do pětiletého plánu jsou zahrnuty větší investiční akce s orientačním předpokladem realizace z vlastních prostředků nebo dotací. Plány investic se týkají stavebních akcí i technologií. Musí obsahovat obvyklé náležitosti: Zdůvodnění potřeby při vzniku nové kapacity, prostou obnovu, modernizaci, řešení havarijního stavu. **Investiční plány jednotlivých zařízení musí vycházet a odpovídat plánům zabezpečení zdravotní péče.**

Zdravotnická zařízení zpracovávají obvyklé roční **finanční plány**. Součástí ročních plánů by se měly stát **plány lidských zdrojů**.

V. Akutní lůžka zdravotnických zařízení v kraji

Viz současná data ÚZIS o lůžkových zdravotnických zařízeních kraje. Cestou sdružení nemocnic dojde k verifikaci těchto dat. Budou porovnány s údaji stanovenými ve výběrových řízeních na obory základní a specializované péče (orientační porovnání). V případě akutních lůžek dojde k rozboru spektra hospitalizovaných pacientů, jejichž ošetrovací doba přesahuje průměrnou ošetrovací dobu v oborech v kraji. Je to důležité pro posouzení kapacity lůžek následné péče.

VI. Kapacita lůžek následné péče, odborných léčebných ústavů a sociálních lůžek v kraji

Viz data ÚZIS o těchto lůžkových kapacitách kraje. Následná péče je v kraji nerovnoměrná. Některá zařízení stále hospitalizují tyto nemocné na akutních lůžkách. Ústavní pobyty dlouhodobě nemocných jsou jinde řešeny v sociálních kapacitách a domovech důchodců. Rozdílná je i situace v zajištění domácí péče, která omezuje potřebu lůžek následné péče. V současnosti se počty lůžek následné péče v jednotlivých okresech pohybují od 0,3 - 1,5 lůžka na 1.000 obyvatel okresu. Je nutno posoudit okresní a komunální **kapacity domovů důchodců** a alespoň orientačně posoudit spektrum jejich klientů (trvale upoutaní na lůžko). Na území kraje je dostatečná kapacita plicní léčebny, nedostatek lůžek psychiatrických ústavů. Dětská psychiatrická léčebna, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví, není zcela využita.

VII. Možnosti realizace změny sítě a zdravotnických programů v kraji

V minulých letech byl podniknut pokus o korekturu sítě poskytovatelů zdravotní péče, podle platné legislativy, cestou **výběrových řízení**.

U ambulantních zdravotnických zařízení - výběrová řízení plošně neproběhla. Nyní jsou realizována „na jednotlivá uvolněná místa v systému“. Plán ambulantní sítě existuje u plátců zdravotní péče, ale není běžně dostupný a hlavně neobsahuje zdůvodnění, proč se počty praktiků a ambulantních specialistů místně liší až řádovým způsobem (např. počet ambulantních ortopedů v okrese Český Krumlov a v Praze vztážený na počet obyvatel). Úprava nadbytku je společensky a politicky neprůchodná, na doplnění nedostatku nejsou prostředky a často ani personál. Akcí, která znamenala obrovský sběr dat, vyžádali si nesmírně času a nebyla dokonale připravena, byla výběrová řízení **na lůžková zdravotnická zařízení v základních oborech a některých specializovaných oborech**. Tato výběrová řízení nebyla dokončena a byla pravděpodobně předčasně zcela zamítnuta. Při těchto řízeních bylo získáno obrovské množství dat, bohužel do značné míry subjektivních. Údaje některých zařízení (vybavení, lidské zdroje) nebyly přesně ověřeny. Kladem bylo použití migračního programu, který má samozřejmě časově omezenou platnost. Chybou bylo, že získaná data nebyla bezprostředně analyzována. Další chybou bylo jednorázové pojetí akce (v průběhu krátké doby data zastarala). Velký nedostatek těchto výběrových řízení byl zřejmě od jejich počátku. Nebyla definována možnost úpravy lůžkového fondu podle stanoveného počtu, tedy způsob úpravy finančních zdrojů zařízení při stanoveném omezení lůžkové kapacity. Takto pojatá výběrová řízení se mohla uplatnit jen v případě **kompletního vyřazení lůžkového zdravotnického zařízení ze sítě** (hrubé nedostatky v poskytování péče, absolutní

nedostatek personálu a chybění technologií). Opět ze společenských a politických důvodů bylo těchto vyřazených nemocnic minimum a pro systém to neznamenovalo žádoucí přínos. Výrazným pozitivem výběrových řízení pro Budějovický kraj bylo nasmlouvání kardiochirurgie v krajské nemocnici.

Nasmlouvání kapacit následné péče. Probíhá živelně, obvykle s taktikou zdravotnického zařízení vedoucí ke zvýšení finančních zdrojů ze zdravotního pojištění. Spočívá to v omezení akutních lůžek, kdy finanční zdroje zůstanou zachovány a navíc je vykazována kapacita pro dlouhodobě nemocné aniž by došlo k jakékoliv změně spektra pacientů nemocnice. Při současném ohodnocení těchto kapacit je lukrativní vykazovat sociální případy jako nemocné. Předpokládaného klíče pro lůžka následné péče 1,5-2 lůžka na 1.000 obyvatel vesměs dosaženo nebylo a asi by to nebylo ani účelné. Správné posouzení této kapacity patří mezi nejsložitější. Pro většinu zařízení nejsou tato lůžka v popředí zájmu. Systémovým problémem je otázka, zda tato zařízení mají být vůbec začleněna k akutním lůžkům. Léčebna dlouhodobě nemocných je skutečně bastard. V jednom zařízení slouží teoreticky k doléčování akutních stavů, druhý extrém jsou lůžka přijímající výhradně sociální případy. Další spektrum nemocných představuje dlouhodobá rehabilitace, ošetřovatelství, gerontopsychiatrie, psychiatrie, pobyty dlouhodobě handicapovaných a konečně hospic, I z odborného hlediska je rozhodování, zda jde o „nemocného“ pacienta nebo sociální případ, velmi obtížné, a to přesto, že definice je jednoduchá („stav nevyžaduje hospitalizaci“). Je to proto, že dlouhodobý trend k hospitalizaci všech těchto nemocných utvrzuje veřejnost v názoru „o povinnosti zdravotnických zařízení hospitalizovat i pacienta vyžadujícího nepřiliš náročnou ošetrovatelskou péči“. Argumentem pro veřejnost jsou samozřejmě sociální podmínky některých rodin, neexistující bonifikace podle stupňů bezmocnosti při domácí péči a nedostatečně fungující instituce domácí péče. **Výběrová řízení na odborné léčebné ústavy neproběhla** a historické kapacity byly zatím dlouhodobě zakonzervovány. **Krajské uspořádání nabízí možnost úprav rozsahu poskytované péče i ve stávajícím systému:**

VII/A Preventivní programy, primární a sekundární prevence, depistážní programy a osvěta

Data: Popis současného stavu preventivních programů zdravotních pojišťoven a popis současných aktivit některých organizací v regionu. Stav zdravotní osvěty v jednotlivých zdravotnických zařízeních (tiskoviny i přednášky) a stav osvěty v regionálních médiích.

Rozbor stavu pomůže upřesnit nejzávažnější preventivní a osvětové programy podle možnosti ovlivnění právě osvětou (týká se arteriosklerozy, karcinomu plic, karcinomu tlustého střeva, toxikománie a škodlivých návyků).

Opatření mohou vést k posílení osvětové činnosti ve sdružení nemocnic, cestou zdravotních radů a ČLK i v terénních zařízeních a do určité míry (cestou krajských orgánů) i v médiích. Je realitou, že prevence má stále nejvyšší dopad na zdravotní stav obyvatelstva.

VII/B LSPP, RZP a integrovaný záchranný systém

Data: Počty ošetření, počty indikací k hospitalizacím vzhledem k celkovému počtu ošetření, spektrum poskytnutých výkonů, vše podle jednotlivých částí kraje (okresů). Musí být posouzena časová dostupnost především RZP a pokrytí kraje leteckou záchrannou službou. V krajském měřítku i možná míra spolupráce v rámci integrovaného záchranného systému.

Rozbor musí určit handicapované části kraje v zajištění rychlé zdravotnické pomoci i lékařské pohotovosti. Vytipovat náměty k možnosti rozšíření LSPP nad běžný rámec (dospělá, dětská, stomatologická, lékárenská).

Tato oblast bude doménou krajské správy a státní správy. Zabezpečení těchto služeb bude pravděpodobně trvale dofinancováno z krajského a státního rozpočtu.

VII/C Praktičtí lékaři, ambulantní specialisté a stomatologické ambulance

Data: Síť těchto zařízení podle evidence zdravotních pojišťoven. Věková struktura lékařů zabezpečující tuto péči. Ve spolupráci s revizními lékaři zdravotních pojišťoven učinit pokus k získání dat o kvalitě poskytované zdravotní péče. Podmínkou je samozřejmě možnost i odborné revize ze strany pojišťoven.

Rozbor spočívá v posouzení rovnoměrnosti sítě na území kraje a porovnání s jinými regiony republiky. Podle věkové struktury např. praktických lékařů musí být stanoven plán i potřebného postgraduálního vzdělávání v oboru všeobecného lékařství. Doplnění a úpravy sítě terénních lékařů může být provedeno tlakem regionálních orgánů na budoucí krajské pobočky plátců k doplnění nedostatečné sítě a vytvoření finančních zdrojů. Pravidlem se mohou stát „krajská výběrová řízení“ k posouzení stavu sítě a jejích úprav. Výstupy z těchto jednání (pojišťovny, státní správa, ČLK, další sdružení) mohou mít charakter krajských plánů na doplnění a úpravy této sítě. Pozn.: Síť stomatologických pracovišť pravděpodobně nevyžaduje podstatné úpravy.

VII/D Dopravní zdravotní služba

Data: Výkony jednotlivých poskytovatelů v regionu, časová dostupnost, spektrum převážených nemocných porovnané s migračními daty hospitalizovaných.

Rozbor by měl ukázat rozdíly v zabezpečení dopravy v jednotlivých částech kraje, ale

ozřejmit i důvody převozů např. z hlediska dostupnosti indikovaných diagnostických i léčebných výkonů.

Úprava je možná po projednání s pojišťovnami.

VII/E Změny kapacity lůžkových zdravotnických zařízení (akutních lůžek, následné péče a léčebných ústavů)

Data a rozbor včetně plánování jsou popsány v podmínkách vytvoření optimálního modelu lůžkových zdravotnických zařízení kraje. **Změna je možná výhradně nasmlouváním se zdravotními pojišťovnami. Při věcných argumentech a přesném doložení potřeby doplnění zdravotní péče mohou plnit krajské orgány významnou roli.** Změna oborů poskytované zdravotní péče jednotlivých nemocnic může proběhnout samozřejmě jen se souhlasem zřizovatelů. **Kapacita lůžek následné péče musí být řešena především s orgány krajské správy a nižších státních orgánů.** Důvodem je nutnost **společného posouzení kapacity lůžek pro dlouhodobě nemocné a sociálních lůžek (domovy důchodců).** **Kapacity odborných léčebných ústavů** lze v současnosti měnit výhradně projednáním tohoto problému na úrovni krajských orgánů a Ministerstva zdravotnictví. Zřizovatelem většiny odborných léčebných ústavů je ministerstvo a většina těchto zařízení má nadregionální nebo celostátní charakter. V kraji se to týká lůžek psychiatrických ústavů pro dospělé a volné kapacity, kterou kraj může nabídnout pro péči tohoto typu (např. bez nároku na investice).

VII/F Lékárenská služba

Je samostatným systémovým problémem. Omezení nebo alespoň zakonzervování nadbytku poskytovatelů lékárenských služeb je úkolem plátců péče. K řešení jsou nutné určité legislativní změny.

VIII. Vzdělávání zdravotnických pracovníků

Pregraduální vzdělávání lékařů není v programu Budějovického kraje. Lékařských fakult je dostatek a spíše by mělo dojít ke snížení jejich počtu. Bude nutné posílit postgraduální vzdělávání lékařů v kraji. Je to možné cestou akreditací kvalitních zdravotnických pracovišť v kraji k provádění této výuky. Záleží hlavně na přístupu centrálních institucí zajišťujících postgraduální vzdělávání. Jejich úlohou by mělo být náležité posouzení akreditace takových pracovišť k výuce a následná kontrola kvality prováděné výuky. Pregraduální vzdělávání dalších zdravotnických vysokoškoláků je v kraji zajištěno v sociální oblasti, radiologii a fyzioterapii na Jihočeské universitě. Ne zcela jasný je program prezenčního studia nižšího vysokoškolského vzdělání v oboru ošetrovatelství. Otázkou je získání plné odborné kvalifikace a event. i určité specializace v bakalářském (magisterském) oboru „středního zdravotnického personálu“. Do přesného ujasnění náplně tohoto studia je v kraji bezpodmínečně nutné zachovat plnou výuku na středních zdravotnických školách včetně vyššího odborného vzdělávání. Potřebné je nadále rozvíjet postgraduální vzdělávání středního personálu přímo v kraji ve spolupráci s centrálními institucemi.

IX. Závěr

IX/A Ze SWOT analýzy zdravotnictví České republiky a profilu zdravotnictví v jihočeském regionu vyplývají obecné závěry:

1. Krajský model zdravotnictví **nelze vytrhnout z celého současného systému.**
2. Metodiku k úpravě sítě lůžkových zdravotnických zařízení **nelze řešit samostatně** bez ohledu na stav přednemocniční péče, dopravních kapacit, úrovně a kapacit sociální péče a dalších složek.
3. **Realizace změny poskytované péče** je v současném systému **velmi obtížná** a brání jí především způsob alokace finančních zdrojů.

IX/B Co je potřebné vytvořit k účelnému fungování krajských modelů zdravotnictví?

1. Stanovit **úroveň** k posuzování stavu a plánování krajského zdravotnictví. Tedy vymezit činnost krajského zdravotního rady. Ten bude současně orgánem státní správy i samosprávy. Vymezit pravomoci krajského zdravotního rady vůči pojišťovnám, lékařské komoře, sdružení poskytovatelů a sféře lékařské služby první pomoci a záchranných služeb.
2. Přijmout systémové (politické) rozhodnutí o **budoucích zřizovateli** zdravotnických zařízení po zrušení okresů a o formě jejich **možného sdružování** (aliance, holding).
3. Stanovit **právní charakter** lůžkových zdravotnických zařízení. Zachování příspěvkových organizací nebo změnu nemocnic na neziskové veřejnoprávní organizace. Už v příštím roce budou existovat zcela rozdílná rozpočtová pravidla pro srovnatelná zdravotnická zařízení.
4. Vytvoření **krajských** poboček zdravotních pojišťoven.
5. Doplnění legislativy, která umožní realizaci **krajských výběrových řízení** na poskytovatele zdravotní péče.

IX/C Příležitosti krajského uspořádání zdravotnictví

1. Zajištění **validity dat** o poskytovatelích zdravotní péče, která jsou předávána ÚZISu, zřizovatelům a pojišťovnám.
2. Zajištění **dostupnosti** předávaných údajů ve výkaznictví.
3. **Rozšíření sběru dat** především o údaje týkající se kvality zdravotní péče.
4. **Krajská výběrová řízení** na poskytovatele zdravotní péče.
5. Posílení možnosti státní (krajské) správy ovlivnit rovnoměrnost především lékařských služeb první pomoci a záchranných služeb v kraji.

IX/D Příležitosti krajského uspořádání v oblasti lůžkové péče (LZZ)

1. Zavedení **plánování rozsahu poskytované zdravotní péče** v jednotlivých lůžkových zdravotnických zařízeních (IV), a to jako **základu plánů** organizací.
2. Zavedení **kompletního plánování LZZ**: strategie, pětiletý plán, roční plán, a to ve všech oblastech (finanční, investiční, lidské zdroje).
3. Zajištění **sběru dat týkajících se kvality** poskytované péče LZZ v rámci kraje (nad rámec povinností stanovených systémem).
4. Zajištění **metodického vedení** ve vybraných oborech.
5. Zajištění adekvátní výše provozních i investičních zdrojů pro kraj.
6. Projednání nabídky poskytované péče pro širší oblast (region, sousední kraje, republiku) nebo naopak dohodnout zabezpečení jiné péče v mimokrajských zařízeních.
7. Možnost ustavování **krizového managementu** pro problémová LZZ kraje.

Uskutečnění navrhovaných opatření není v současném systému jednoduché. Některé návrhy lze zajistit rozhodnutím a příkazem ze strany zřizovatelů, jiné konsenzuálním rozhodnutím skupiny poskytovatelů zdravotní péče. Změna může být realizována jen argumentací a tlakem vůči plátcům zdravotní péče - pojišťovnám. Ve sféře, kterou dofinancovává státní nebo v budoucnosti krajská správa (LSPP, RZP), může být tato změna nejschůdnější. **Přesto však krajské uspořádání může v budoucnosti pružněji reagovat na potřeby zabezpečení zdravotní péče než je tomu dosud.**

MUDr. Jiří Bouzek

Literatura

1. Both, J., Bode, A.: Report of the NMCP - Mission to České Budějovice. College voor ziekenhuisvoorzieningen. Utrecht 1994.
2. Holčík, J.: K prioritám zdravotní péče. Zdravotnictví v České republice č. 3/1998.
3. Gladkij, I.: Garantovaná péče. Zdravotnictví v České republice č. 3/1998.
4. Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství, Brno, Masarykova universita 1998.
5. Albrecht, V., Drbal, C.: Zdravotnictví v ČR: krize nebo úspěch? Zdravotnictví v České republice č. 3/1998.
6. Papež, Z.: Zdravotnictví a nemocnice. Zdravotnictví v České republice č. 3/1998.
7. Strnad, L., Šmehlíková, J., Milka, D., Čermáková, R.: Metody financování lůžkové nemocniční péče. Zdravotnictví v České republice č. 3/1998.
8. Analýzy zdravotnictví na úrovni okresu. Praha, 1998. Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy.
9. Drbal, C.: Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví. Praha 1998. Edice Školy veřejného zdravotnictví.
10. Vepřek, J.: Hlavní příčiny situace českého zdravotnictví. ZdN 5.1.1996.
11. Směrnice spolkového svazu lékařů a nemocenských pojišťoven SRN ke stanovení plánu potřeby zdravotní péče. ZdN 9.7.1999.