

**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.**

Institut postgraduálního vzdělávání lékařů
Škola veřejného zdravotnictví
Ruská 88, Praha 10, 10000

Idealizovaný model zdravotnictví v okrese Teplice

Konzultant: MUDr. PhDr. Kalina

MUDr. Jan BOLDIŠ

Oponent:

V Praxe dne 29.2, 1996

Obsah práce: Úvod

Kapitola první-Charakteristika okresu

Kapitola druhá- Současný stav a počet a rozmístění zdravotnických zařízení v okrese Teplice.

Kapitola třetí - Současný stav a rozmístění zařízení sociální péče.

Kapitola čtvrtá - Současný stav vlastnických vztahů a činností ve zdravotnictví asociálních službách.

Kapitola pátá-Předpokládaný demografický vývoj obyvatelstva v okrese, charakteristika obyvatelstva, sociální složení, zaměstnanost a vzdělanost.

Kapitola Šestá- Stanovení základních principů a kritérií poskytování zdravotní péče.

Kapitola sedmá - Stanovení odpovědnosti za organizaci zdravotní péče a její financování.

Kapitola osmá - Idealizovaný model systému organizace zdravotnictví v okrese.

Kapitola devátá-Financování idealizovaného modelu.

Závěr

Přílohy: Mapy okresu Teplice

ÚVOD

Idealizovaný model zdravotnictví okresu Teplice je v současném překotném dění v oblasti zdravotnictví malou epizodou. Nicméně je třeba, aby zdravotnictví odpovídalo potřebám obyvatel určitého regionu. Okres Teplice, jako jeden z pánevních okresů po léta sužovaný nepříznivou ekologickou situací, jejíž důsledkem je sociální složení obyvatel, klesající počet obyvatel, špatný zdravotní stav a v poslední době vysoká nezaměstnanost, má svoje specifika, které ovlivňují i potřebu zdravotní péče. Obecné problémy ve zdravotnictví, které zejména od léta 1995 dostaly skutečný spád, se dotýkají obyvatel pánevních okresů mnohem více* než v oblastech, kde průmyslová výroba a hustota obyvatel je mnohem nižší. Vysoká hustota obyvatel, historické souvislosti a ekonomická výše pánevních okresů způsobily, že na poměrně malém území vzniklo mnoho zdravotnických zařízení, které se v současnosti potýkají s ekonomickými problémy.

To, že vědomí typu " Já jsem horník, kdo je víc " přetrvává i nadále je nejlépe dokumentovat na megalomanství Hornické zdravotní pojišťovny, která jen v okrese Teplice dluží částku cca 25-30 mil. Kč.

Samotné problémy ve zdravotnictví, nekoordinovaná privatizace, výkonové ohodnocení práce lékaře a zdravotníka vůbec přinesly sebou zvyšování ekonomické náročnosti zdravotnictví. Navíc cenové relace v oblasti léčiv a zdravotnického materiálu a rozvoj zdravotní techniky a dopravní služby, to vše jsou faktory, které výrazným způsobem zasáhly nejen do financování ale i koncepce zdravotnictví. Tato etapa, která by se dala charakterizovat jako regulovaná musí skončit, protože i prohlášení a deklarování svobodné volby lékaře musí být regulováno státem, pokud stát má garantovat dostupnost zdravotní péče všem. Je nutné tuto péči nejen garantovat, ale je nutné stanovit její rozsah. V opačném případě nelze regulovat nic. Je třeba zvážit zda naše společnost je dostatečně vyspělá na to, aby mohla pečovat o své zdraví sama, svým způsobem. Vzhledem k tomu, že privatizace a změna zřizovatelství neumožňuje v rámci okresu změny, které by přinesly zaručený ekonomický efekt a domnívám se, že i prospěch pacientům i zdravotníkům, je třeba hledat jiné cesty Jak regulovat, reprofilizaci ve zdravotnictví docílit. Jednou z možných cest je akreditace jak lůžkových, tak ambulantních zařízení. Nemalým dílem by se na " zlevňování "

zdravotní péče mohla podílet regulace cen léků, spoluúčast pacienta na hotelových službách i některých výkonech nesouvisejících s léčebně preventivní péčí, dále pak spoluúčast pacienta na dopravě a pod.

Proto, aby vše uvedené bylo možné začít uskutečňovat, je nutné přijmout zásadní rozhodnutí v centrálních orgánech našeho státu. Je možné souhlasit s tím, že síť zdravotnických zařízení není třeba znovu vytvářet, ta síť je zde, ale je třeba přijmout opatření, jak tuto síť regulovat tak, aby odpovídala potřebám a byla ekonomická. Je třeba posilovat zejména odborně primární péči, která je levná a nejvíce dostupná obyvatelstvu. Z podkladů VZP toto jasně vyplývá. V oblasti lůžkové péče je třeba vytvořit zdravotně sociální lůžka, lůžka doléčovací a ošetrovatelské, které poskytují pacientům to, čeho se jim doma nedostává, t.j. pravidelné ošetrovatelské péče. Domácí péče zatím nemá možnost poskytovat to co umí, protože bytová otázka a sociální klima ve společnosti zatím není takové, aby rodina byla schopna o své nemocné a staré příbuzné pečovat.

KAPITOLA PRVNÍ

Charakteristika okresu

a/ geografická

Okres Teplice leží v severozápadní části České republiky při hranicích se SRN. Je jedním z osmi pohraničních okresů Severočeského kraje a je součástí severočesko hnědouhelné pánve. Rozloha okresu činí 469 km², což představuje 0,6 % rozlohy České republiky, a řadí okres Teplice na celkové 68 místo v pořadí 75 okresů ČR. Území okresu je zhruba z jedné čtvrtiny pokryto Krušnými horami o průměrné výšce 570m s nejvyšším bodem 909 m. Na jihovýchodní straně zabíhá do okresu část Českého středohoří s nejvyšším bodem 733 m. Zhruba polovinu okresu pokrývají nížiny jejíž průměrná nadmořská výška činí 200 m. Jediným vodním tokem významnějším pro okres je řeka Bílina v celkové délce 20 km. Z ostatních vodních ploch na okrese jsou nevýznamnější čtyři umělé nádrže, z nichž největší dosahuje plochy 1000 m krát 300 m.

b/ klimatická

Klimatické podmínky okresu jsou značně ovlivňovány vertikální členitostí území celého Podkrušnohoří. Od září do března se negativně projevují inverzní teplotní jevy a časté výskyty exhalacemi znečištěných mlh. Tím je ovzduší zejména za bezvětří citelně devastováno. Průměrná roční teplota v okrese se pohybuje mezi 8-9 °C. Dešťový stín, který zasahuje odolní oblast okresu je příčinou nízkých srážek, které se pohybují kolem 550 mm ročně.

c/ demografická

Okres Teplice se řadí najedno z předních míst v hustotě osídlení na km² v celé České republice. Na jeden km² připadá 273 obyvatel. Za posledních deset let se projevily nežádoucí dlouhodobé migrační úbytky obyvatel, i když v posledních letech se počet obyvatel stabilizoval a přechodně se projevily i částečný nárůst obyvatel dočasně přítomných a to zejména v souvislosti s nárůstem ekonomických aktivit příhraničních oblastí. Podstatně poklesla porodnost, což mělo za následek spolu s vysokou úmrtností záporný přirozený přírůstek

obyvatelstva. Věková skladba obyvatel úzce souvisí s jeho reprodukcí a je vlastně jeho odrazem. Zatímco se snížil počet obyvatel v předproduktivním věku, vzrostly podíly osob v produktivním a poproduktivním věku. Z úhrnu obyvatelstva na okrese připadlo při sčítání 48,5% na muže a 51,5% na ženy.

d/ sídelní struktura

Nejhustěji je osídlená oblast tzv. mostecké pánve, kde leží i největší města okresu. Středem nejhustěji obydlené části okresu je město Teplice. Zde bydlí 41,4% obyvatel okresu. V pěti velkých městech Teplická / Teplice, Bílina, Duchcov, Krupka, Dubí / bydlí téměř 80% veškerého obyvatelstva okresu. V okrese se nachází celkem 26 obcí s počtem obyvatel od 122 do 2152. K městům a obcím je přidruženo celkem 63 osad s počtem obyvatel od 4 do 908.

e/odvětvová struktura

Hlavním výrobním odvětvím v okrese je průmysl, který zaujímá v celostátním objemu výroky významně místo. V popředí stojí odvětví paliv a energetiky s rozvinutou těžbou hnědého uhlí a výrobou elektřiny v elektrárně Ledvice. Čtvrtinu celkové hodnoty průmyslové výroby okresu tvoří průmysl skla, keramiky a porcelánu. Tradici má v okrese rovněž strojírenství a textilní průmysl. Vzhledem k zásobám nerostných surovin i charakteru průmyslové výroby a také struktury osídlení je v okrese Teplice rozvinuta silniční i železniční doprava. Nejvýznamnější silnicí je mezinárodní silnice E55 do SRN. Teplicko je známo rovněž svými lázněmi, které patří mezi nejstarší v republice. Historie lázní se datuje rokem 762. Lečí se zde pohybové, oběhové a dýchací ústrojí. Potravinářský průmysl je zastoupen konzervárnami pekárny, ale také stáčírnu bílinské kyselky v Bílině. Zemědělství zaznamenalo zejména v souvislosti s těžbou uhlí a zhoršováním životního prostředí výrazný útlum.

f/rizikové faktory přírodní a průmyslové

Z přírodních rizikových faktorů působících na zdraví obyvatel já to zejména vyzařování Radonu a rovněž tak obsah radonu v pramenité vodě. Z průmyslových rizikových faktorů je to zejména

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.

prach z povrchových dolů, dále obsah kysličníků síry a uhlíku v exhalacích jednak z lokálních topenišť, používajících klasická pevná paliva a jednak z exhalací z elektrárny Ledvice. Postupným přechodem domácností ale i průmyslu na zemní plyn a rovněž tak rozmach automobilové dopravy se zvyšuje rovněž obsah kysličníku dusíku a CO v ovzduší. Zejména v inverzních situacích od září do března je situace pro zdraví obyvatel nepříznivá. Působení exhalací a nízké srážky se negativně projevují i na kvalitě půdy.

KAPITOLA DRUHÁ

Současný stav a počet a rozmístění zdravotnických zařízení v okrese Teplice

Do roku 1992 existovalo na celém okrese jedno zdravotnické zařízení, a to Okresní ústav národního zdraví Teplice, který sdružoval tyto zdravotnická zařízení:

NsP Teplice

NdP Duchcov

NsP Bílina

Dětská psychiatrická léčebna Dubí

Léčebna dlouhodobě nemocných Křemýž

Ozdravovna Bořislav

Dětský domov Teplice

Kojenecký ústav Teplice

Dětský stacionář Teplice a Bílina

Jesle

Lékárenská služba

Pod jednotlivými NsP byly dále zařazeny zdravotnická střediska, která poskytovala preventivní péči v rámci základní primární péče, tj. obvodní lékař pro dospělé, obvodní lékař pro děti a dorost, gynekolog a stomatolog.

V roce 1992 došlo k rozvolnění OÚNZ Teplice a vznikly samostatné subjekty NsP Teplice, NsP Bílina, NsP Duchcov a Lékárenská služba.

Všechna zdravotnická zařízení, která zůstala byla začleněna do nemocnice s poliklinikou Teplice, která je zřizována Okresním úřadem.

Zbylé dvě nemocnice v Bílině a Duchcově přešly pod zřizovatelskou funkci měst Bíliny, resp. Duchcova.

Obvodní systém v primární péči prakticky zůstal nezměněn až na nepodstatné změny v obsazení míst stomatology a gynekology.

1/ primární péče:

Praktický lékař pro dospělé : počet 53 lékařů,
tj. 1886 obyvatelná 1 lékaře

Praktický lékař pro děti a dorost: počet lékařů
29, t.j. 1034 obyvatel do 18 let na 1 lékaře

Gynekolog: počet 9 lékařů, tj. 7330 žen na 1

lékaře

Stomatolog: počet 52 lékařů, tj. 2460 obyvatel na

1 lékaře

2/ specializovaná ambulantní péče

V okrese se nachází celkem asi 55 specializovaných ambulancí a jiných zdravotnických pracovišť které poskytují specializovanou ambulantní péči. Tyto ambulance jsou jednak umístěny v poliklinikách jednotlivých nemocnic a jednak jsou v samostatných objektech. Současné rozmístění a počet ambulantních pracovišť je až na neurologii dostatečný.

3/nemocnice

V okrese se nacházejí celkem 3 nemocnice.

- Nemocnice Teplice - počet lůžek 558
poskytuje komplexní specializovanou ambulantní i lůžkovou na péči celkem 12 odděleních. / interní, včetně JIP, neurologické včetně JIP, dětské včetně neonatolo. péče, ženské, chirurgické včetně JIP, ortopedické, ARO, ORL, oční, kožní, RHB.
- Nemocnice Bílina- počet lůžek 70
poskytuje ambulantní a lůžkovou specializovanou péči na 2 lůžkových odděleních - interní 40 lůžek, neurologické 30 lůžek
- Nemocnice Duchcov - počet lůžek 189
poskytuje komplexní specializovanou péči lůžkovou na 4 odděleních - interní 46 lůžek, chirurgické 55 lůžek, ženské 43 lůžek, dětské 45 lůžek.

4/ léčebna pro dlouhodobě nemocně Křemýž

Počet lůžek 90
poskytuje doléčování pacientů ze všech třech nemocnic a kapacitě vzhledem ke stálému většímu tlaku na chronické lůžka nestačí.

5/jesle, dětský domov, kojenecký ústav

Jsou zařízeními s převahou sociálního charakteru. Dětský domov a kojenecký ústav jsou ale nadále žádaným druhem zařízení, poskytují nepřetržitou

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.

specializovanou péčí pro děti od narození do 6 let.

KAPITOLA TŘETÍ

Současný stav a rozmístění zařízení sociální péče

Zařízení sociální péče bylo až dokonce roku 1995 jednotně řízeno Okresním ústavem sociálních služeb, jehož zřizovatelem byl Okresní úřad Teplice. Od 1.1.1996 došlo k rozvolnění OÚSS a současný stav zařízení sociální péče je možno rozdělit takto:

- domovy důchodců - počet 3 - DD Dubí s kapacitou 300 míst

DD Bystřany s
kapacitou 200 míst
DD Teplice s
kapacitou 180 míst

- domy s pečovatelskou službou - počet 14 - s kapacitou 484 míst

PD Dubí - 10
míst PD
Proboštov-14
míst PD Krupka-
58 míst PD
Teplice-230
míst PD Bílina-
70 míst PD
Duchcov - 102
míst

- dětské domovy - v okrese se nacházejí 2 dětské domovy, z nichž jeden je začleněn jako zdravotnické zařízení do NsP Teplice, protože pečuje o děti do 3 let, druhý dětský domov se nachází v Krupce kapacita 35 dětí

- ústav pro mentálně narušené - nachází se v obci Háj a má kapacitu cca 40 dětí.

V současné době je počet míst zejména v domovech důchodců dostatečný, je zde však problém, že v domovech jsou umísťováni nechodící pacienti a tak domov důchodců mnohdy nahrazuje zatím chybějící lůžka zdravotně sociální ve specializovaných zařízeních typu léčebny pro dlouhodobě nemocné, nebo ošetřovatelská lůžka.

Počet žádostí do domova důchodců za rok 1995 : 280

**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.**

Počet žádostí o umístění do pečovatelského domu za
rok 1995 :185.

KAPITOLA ČTVRTÁ

Současný stav vlastnických vztahů a činností ve zdravotnictví a sociálních službách

V oblasti zdravotnictví - změna vlastnických vztahů probíhá na základě zákona o privatizaci zdravotnických zařízení.

V oblasti lůžkové péče byly převedeny do zřizovatelství obcí nemocnice v Duchcově a Bílině. V Duchcově navíc byla městem nemocnice pronajata společnost s ručením omezeným, která provozuje nemocnici v původním stavu a město tuto její činnost dotuje. V Bílině zatím nebyla dotažena privatizace do konce, a nemocnice je nadále ve zřizovatelství města.

Nemocnice Teplice zůstává zatím státní ve zřizovatelství Okresního úřadu.

Ambulantní zařízení, zejména zařízení primární péče jsou prakticky všechny nestátní, zprivatizované, i když zatím jenom činnosti, protože privatizace nemovitostí je zpožděna. Nadále v rámci nemocnic existují státní ambulance, které poskytují specializovanou péči.

Současný stav stavu vlastnictví lze rozdělit takto:

- 1/ nemocnice - Teplice státní zařízení
Duchcov
nestátní
zařízení Bílina
nestátní
zařízení

- 2/ ambulantní zařízení - celkem je registrováno 235 nestátních ambulantních zařízení.

V oblasti sociálních služeb - zatím je situace jasná v tom, že všechna zařízení sociální péče, tj. domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou, dětské domovy, jsou nadále státní.

Změna proti minulosti je v tom, že jednotlivé domovy se staly samostatně hospodařícími jednotkami.

Pečovatelská služba bude v budoucnu přecházet podobně jako i domovy důchodců do působnosti obcí a měst.

KAPITOLA PÁTÁ

Předpokládaný demografický vývoj obyvatelstva v okrese, charakteristika obyvatelstva, sociální složení, zaměstnanost a vzdělanost

Okres Teplice patří mezi nejhustěji osídlené okresy České republiky. Počet obyvatel se během 10 let snížil o 5,9 %, což je důsledkem nežádoucího migračního úbytku v důsledku tíživé ekologické situace. Rovněž tak klesla porodnost, což mělo za následek spolu s vysokou úmrtností záporný přirozený přírůstek obyvatel na okrese. Nejvyšší záporné hodnoty dosáhl v r. 1989 a to - 238. Tento ukazatel, spolu s nepříznivým migračním vývojem, charakterizuje trvalý pokles obyvatel okresu. Dalším ukazatelem, který nepříznivě ovlivňuje porodnost je rozvodovost v okrese bylo rozvedeno prakticky každé druhé manželství, zvýšil se podíl vdaných bezdětných žen, což má za následek snížení počtu dětí na 1 vdanou ženu. Nižší průměrný počet narozených dětí na 1 vdanou ženu má za následek nedostatečnou reprodukci obyvatel. Odrazem reprodukce obyvatel je jeho věková skladba. Je zaznamenán posun věkové struktury. Zatím co se snížil podíl obyvatel v předproduktivním věku o 3,3 % za deset let, vzrostly podíly osob v produktivním věku o 2,3% a poproduktivním o 1%. I do budoucna lze předpokládat stejný trend s tím, že osob v produktivním věku bude ubývat a osob v poproduktivním věku bude přibývat i v souvislosti s postupným zvyšováním průměrného věku dožití. Věkové složení obyvatel a jeho předpokládaný vývoj lze vidět na tabulce "stromu života" kde poslední "boom" byl v letech 1970 - 1980 a od té doby dochází k trvalému snižování porodnosti. Sociální složení obyvatelstva odráží stupeň jeho ekonomické aktivity a naopak. Sociální složení vystihuje průmyslový charakter okresu. Probíhající ekonomická reforma zasáhla i do sféry sociální a okres Teplice patří už několik let k okresům s nejvyšší nezaměstnaností. Poklesla rovněž zaměstnanost důchodců s dalším útlumem ekologicky nevhodných průmyslových aktivit dojde zřejmě ještě k vyšší míře nezaměstnanosti. Největším problémem je nezaměstnanost žen v předdůchodovém věku, kdy je velmi těžké najít přiměřené zaměstnání. Školní vzdělání se vyvíjí příznivě. Klesá podíl obyvatel se základním vzděláním a zvyšuje se podíl absolventů středních i vysokých škol / v průměru o

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.

30% / a rovněž tak počet absolventů učňovských škol / o 38% / . Podíl osob s vyšším vzděláním se zvyšuje jednak rostoucím zájmem obyvatel o zvyšování kvalifikace a jednak přirozeným úbytkem starších osob s nižší úrovní vzdělání.

KAPITOLA ŠESTÁ

Stanovení základních principů a kritérií poskytování zdravotní péče

a/ dostupnost a spádovost zdravotní péče

Základní otázka dostupnosti a spádovosti zdravotní péče se točí kolem sítě zdravotnických zařízení. Přitom je ovšem třeba mít na zřeteli protichůdné postavené a působící požadavky. Na jedné straně požadavek ekonomičtějšího využívání prostředků plynoucích ze zdravotního pojištění, ke kterému může dojít především redukcí zdravotnických pracovníků a zařízení, na druhé straně požadavkem, aby byla garantována dostupnost péče a zajištěn dostatek zařízení poskytujících péči na bázi zdravotního pojištění, a to např. 42 zákona č. 20/1966 Sb. v platné, znění počítá s vydáním zásad pro síť zdravotnických zařízení a es stanovením normativů, avšak současný stav ukazuje, že většina tohoto ustanovení není naplněna. Stanovení sítě a jakési povinnosti občana docházet za péčí do určeného, neboli spádového zdravotnického zařízení je v rozporu s realizací práva svobodné volby. Nedílnou součástí dostupnosti zdravotní péče je zajištění pohotovostních zdravotnických služeb, zejména lékařské služby první pomoci, ústavní pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a stomatologické pohotovostní služby. Dostupnost a tudíž i síť zdravotnických zařízení zejména v oblasti specializované zdravotní péče a lůžkových zařízení je v souvislosti s ekonomizací poskytování zdravotní péče, rovněž závislá na eventuální existenci vyšších územně správních celků v ČR.

b/ Rozdělení zdravotnických zařízení podle charakteru poskytované péče

- 1/ primární péče : praktický lékař pro dospělé
praktický lékař pro děti a dorost
stomatolog
gynekolog
domácí péče
LSPP
- 2/ specializovaná ambulantní péče :
ambulantní specialisté podle

jednotlivých odborností.
3/ denní lůžkové stacionáře
4/nemocnice
5/lékárny
6/ dopravní zdravotní služba
7/ oddělení ošetrovatelských lůžek a dlouhodobě nemocných
8/RZP a RLP

c/definice primární a specializované ambulantní péče

- 1/ Primární léčba by se měla řídit základním principem, t.j. ekvitou nebo-li množství rovného přístupu k základní zdravotní péči. Primární péče je základní myšlenkou programu WHO " Zdraví pro všechny 2000 " Primární péče prošla tak jako každá oblast zdravotní péče vývojem, od myšlenky a praktického naplnění smyslu rodinného lékaře až po komplex, který je v celosvětovém pojetí v rámci WHO tvořen :praktickým lékařem pro dospělé praktickým lékařem pro děti a dorost
stomatologem
gynekologem
domácí ošetrovatelskou péčí
pečovatelskou službou
komplexní rehabilitační péčí
vytváření svépomocných skupin
vytváření pomoci v rámci mezilidských a sousedských vztahů
- WHO ve svých deklaracích jednoznačně podporuje komplexnost primární péče s důrazem na komunitní medicínu.
Nárůst občanů třetího věku- osob závislých na pomoci druhé osoby - řeší takto koncipovaná primární péče ve velkém rozsahu. V současnosti je v ČR do primární péče zahrnuta péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé, pro děti a dorost stomatologem, gynekologem, domácí péčí a LSPP. V rámci domácí péče je postupně poskytovaná i rehabilitační péče. Ostatní složky primární péče dle definice WHO jsou v současnosti z resortu Ministerstva práce a sociálních věcí.
- 2/ Specializovaná ambulantní péče jednak poskytuje specializované ambulantní služby a to buď jako samostatné ambulance různé umístěné anebo sdružené v tzv.poliklinikách, a jednak se podílí na komplexní péči v rámci mezioborové péče o občany .Ambulantní

specialisté se podílejí na zabezpečení ústavní pohotovostní služby.

d/ definice lůžkových zařízení

- 1/ Denní stacionáře - poskytují denní péči specializovanou podle charakteru zařízení .V současnosti jsou to zejména infusní centra, onkologická centra, zařízení prodětské pacienty nemocné chorobami HCD, asthmatiků a podobně. V denních stacionářích se léčí pacienti, kteří nevyžadují komplexní 24 hodinovou specializovanou ani sociální péči.
- 2/Nemocnice-poskytují komplexní ambulantní i lůžkovou specializovanou péči pro nemocné vyžadující takovou péči po celých 24 hodin. Vzhledem k tomu, že zatím není ustaveno zařízení, které by poskytovalo smíšenou zdravotně sociální péči, jsou v nemocnicích rovněž umístováni pacienti tzv. třetího věku, kterým je poskytována ošetrovatelská péče na akutním specializovaném lůžku.
- 3/ Léčebny pro dlouhodobě nemocné - poskytují specializovanou péči po dobu 24 hodin pro chronicky nemocné a nemocné, jejichž stav nevyžaduje pobyt na akutním lůžku. Ovšem doporučení odborné geriatrické společnosti o délce pobytu na lůžku v LDN / 3 měsíce / se nedodrží a tak i doléčovací zařízení typu LDN se stává smíšeným zdravotně sociálním zařízením.
- 4/ Ošetrovatelská lůžka - jsou vytvořeny v nemocnicích pro pacienty ,kteří již nepotřebují pobyt na akutním lůžku,ale jejich zdravotní stav ještě vyžaduje léčebnou péči a odborný dohled.

KAPITOLA SEDMÁ

Stanovení odpovědnosti za organizaci zdravotní péče a její financování

a/ organizace a hustota poskytované péče

Odpovědnost státu za poskytování zdravotní péče a zejména míra odpovědností není zřejmá, i když odpovědnost státu za celý systém poskytování péče včetně její dostupnosti lze odvodit. Není vymezeno postavení okresních úřadů ve vztahu ke zdravotnictví dostatečně, nejsou konkretizovány úkoly zdravotních radů zejména v oblasti zdravotní politiky, nejsou stanoveny přesně hranice mezi státní správou a samosprávou, není jednoznačný vztah okresních úřadů vůči nestátním zdravotnickým zařízením, vyjma uplatnění zák. 160/91 Sb. o nestátním zdravotnickém zařízení.

Hustotu sítě zdravotnických zařízení tudíž vlastně ze zákona nelze stanovit, a to je stav který je nutné ve vztahu k ekonomizaci zdravotnictví změnit

Jedna z možností, kterou státní správa má k dispozici je vytvoření jakési tripartity - Okr. úřad, VZP, Lékařské komory - která by regulovala hustotu poskytovatelů zdravotní péče.

Je nutné, aby zvolený přístup přinesl ekonomické pozitiva a přitom zachoval pro občany přístup i kvalitu poskytované péče.

Požadavek jakési normativity pro určité druhy poskytované péče je nutné stanovit na základě potřeby v regionech a rovněž také stanovit způsob financování.

Je třeba deklarovat, že státem garantovaná péče je určitým způsobem regulovaná a tak

poopravit absolutní výklad dostupnosti a " bezplatnosti" poskytované péče. Toto je třeba upravit legislativně.

b/ registrace a licence

Současný stav registrací prováděný referátem zdravotnictví Okresních úřadů vyplývajících ze zákona č. 160/91 sb. o nestátním zdravotnickém zařízení je dostačující a umožňuje registraci každého zdravotnického subjektu, který ze zákona splní všechny

náležitosti potřebné k registraci. Lékařské komory vydávají na základě svého licenčního řádu " Osvědčení k výkonu lékařské praxe " .

c/ systém financování a smluvní vztahy

System funguje na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatších s chudšími. Rozsah a míra této solidarity je věcí politickou a navíc je tato solidarita povinnou ze zákona - všeobecné povinné pojištění.

Okresní úřady přispívají na provoz zdravotnických zařízení jejichž jsou zřizovateli zejména formou dotací na postrojové vybavení a na nezbytné opravy budov a zařízení, případně jejich rekonstrukci tyto příspěvky jsou dobrovolnou dávkou a jsou plně závislé na rozhodnutí okresního shromáždění.

Jediným zdrojem financování zdravotnických zařízení s výjimkou dětských domovů a LDN jsou zdravotní pojišťovny, se kterými navazují zdravotnické subjekty smlouvy. Tyto smluvní vztahy seřídí celou řadou zákonů

[č.550/91, č.51/91, č.280/92, 592/92atd.]

Zdravotnická zařízení ještě uzavírají smlouvy s okresními úřady na činnost vyplývající z veřejného zájmu, tj. prohlídky branců, odvodní řízení, dofinancování LSPP, LSP a pod.

d/ organizace služeb a činností v tzv. veřejném zájmu

Současnou základní odpovědí okresních úřadů za činnost ve veřejném zájmu je zajišťování pohotovostních služeb, zejména Lékařské služby první pomoci, stomatologické pohotovostní služby, Lékařské pohotovostní služby. Zákon č. 160/91 Sb. umožňuje okresním úřadům uzavřít smlouvy o zajištění takové činnosti s nestátním zdravotnickým zařízením. Dále podle tohoto zákona je možné okresními úřady uložit rozhodnutím i nestátnímu zdravotnickému zařízení převzetí určitých povinností, např. převzetí péče po určitou dobu, tak aby byla zachována dostupnost zdravotní péče, a dále povinnost vyplývající z úkolů civilní obrany státu.

Okresní úřady dále organizují a garantují včetně financování RZP a RLP, dále útvar tísňového plánu včetně okresního dispečinku. Dále organizuje a financuje odvodní řízení, prohlídky žáků ze základních škol při přechodu na

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.

školy střední. Ve spolupráci s příslušnými odborníky financuje registraci a depistáž v oblasti: prevence a registrace Tbc

prevence a evidence pohlavních nemocí
prevence a evidence toxikomanů

Na základě smluv rovněž financuje zdravotní výchovu, vzdělávání informatiku a odbornou knihovnu.

V oblasti sociální spolupracuje a financuje sociální zázemí, event. umístování pacientů ze zdravotnických zařízení do zařízení sociálních prostřednictvím sociálních pracovníků v rámci zdravotnictví.

KAPITOLA OSMÁ

Idealizovaný model systému organizace zdravotnictví v okrese 1/ Hlavní znaky a funkce systému

System je určen všem občanům k poskytování zdravotní péče. System funguje na principu solidarity a logicky navazuje na systém sociální péče. Soustava zdravotnických zařízení je tvořena sítě ambulantních zařízení v rámci primární péče a specializovaných ambulancí, soustavou lůžkových zařízení s akutními či chronickými lůžkami. V rámci okresu je stanovena spádovost jak v primární péči, tak v nemocnicích, a to i v nemocnicích nadregionálního vyššího superkonsiliárního typu. Úroveň a typ zdravotnických zařízení je dodržován a regulován pomocí akreditačního systému. Stát ve spolupráci s VZP a stavovskými komorami pomáhá vytvářet síť zdravotnických zařízení. Financování zdravotnických zařízení stát určuje a upravuje legislativními opatřeními. Realizaci celospolečensky závažných národních programů, zejména v oblasti prevence a výzkumu, stát uděluje a také plně financuje mimo oblast financování preventivní a léčebné péče.

2/ Rozdělení a působnost zdravotnických zařízení primární péče v okrese

Tento model předpokládá, že v rámci působnosti okresu bude dobudována síť zdravotnických zařízení, které patří do primární péče, tj. praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog a stomatolog. Ostatní složky primární péče tj. domácí péče, RHB péče, pečovatelská služba poskytují svoje služby v bytech pacientů, tudíž spádovost, nebo jakousi síť těchto zařízení či služeb není třeba přesně specifikovat. Počet těchto zařízení by vycházel z potřeb jednotlivých regionů okresu a na základě společenské objednávky. Rozhodně je nutná spolupráce na organizaci, ale i financování měst a obcí.

Již vyjmenované čtyři specializace patřící do primární péče je třeba "zavázat" spádovostí z důvodu stále se zhoršující dopravní obslužnosti a tudíž i špatné dosažitelnosti zdravotnických služeb. Tím samozřejmě není dotčena myšlenka svobodné volby lékaře. Avšak je třeba říct, že pokud stát něco garantuje a hradí, tak má právo také regulovat.

a/ praktický lékař pro dospělé

Praktický lékař funguje jako garant zdravotní péče o pacienta a zodpovídá za účelné vynakládání finančních prostředků na zdravotní péči.

Stát stanoví na základě doporučení odborných společností optimální počet pacientů na jednoho praktického lékaře. Tento počet se bude měnit v absolutních číslech, protože je třeba stanovit systém indexů zohledňujících některé specifika určitých např. věkových skupin obyvatelstva.

Platba praktického lékaře - kombinovaná, t.j. větší část prostředků by lékař dostával za registrovaného pacienta, menší část výkonová [preventivní činnost]

b/praktický lékař pro děti a dorost

Praktický lékař pro děti a dorost rovněž funguje jako garant zdravotní péče za dětského a dorostového pacienta.

Stát stanoví počet pacientů na jednoho lékaře obdobně jako u praktického lékaře pro dospělé.

Platba praktického lékaře pro děti a dorost je principálně stejná jako u praktika pro dospělé jen systém indexů a poměr platby kapitační k výkonové je upraven podle doporučení odborných společností.

c/ stomatolog a gynekolog

Obě specializace patří do primární péče, jejich funkce v systému primární péče je neza-

stupitelná. Zejména gynekologická terénní péče v současném způsobu financování a nespádovosti je proti minulému období značně opomíjena.

Doporučení spádovosti a vytvoření sítě u těchto dvou odborností specializovaných je podmíněno stále se zhoršující dopravní obslužností, zejména problém menších obcí a

osad. Navíc tyto dvě odbornosti doplňují předchozí dvě tak, že i bez další specializované péče je základní zdravotní péče pro obyvatele zabezpečena.

Platba - výkonová, u některých vyjmenovaných druhů ošetření spoluúčast pacienta nebo individuální připojištění.

d/LSPP, RZP, RLP, DZS

RZP a RLP je organizovaná a garantovaná státem, je vytvořen jeden okresní dispečink, který koordinuje činnost dalších složek v rámci tísňového plánu, s působností na celý okres.

LSPP je dosud organizovaná státem a podílejí se na ní všichni praktičtí lékaři, tak jak to vyplývá ze zákona č. 160/91 Sb. Vzhledem k tomu, že v tomto zákoně je zakotveno ustanovení povinnosti státu zabezpečovat nepřetržitou zdravotní péči ve veřejném zájmu, i tento model bere tyto fakta a ponechává LSPP v dosavadním stavu. Financování státem a pojišťovnami. LSPP spoluúčast popl. DZS - je tvořena jednak stání dopravní službou a jednak několika nestátními dopravci. Platba - výkonová se spoluúčastí pacienta.

3/ Rozdělení a působnost specializované

ambulantní a lůžkové péče

a/ ambulantní specialisté

Většina současných ambulantních specialistů je soustředěna do poliklinik, jen málo z nich pracuje ve svých prostorách mimo tyto polikliniky. Cílem modeluje vytvořit síť akreditovaných specializovaných ambulantních pracovišť, které by poskytovaly specializovanou péči jejíž dostupnost by byla regulovaná tripartitou / OkÚ, VZP, ČLK /. Platba - agregace výkonů Akreditace by bylo podmínkou pro jednání o smlouvě s pojišťovnou, nebylo by zárukou.

b/nemocnice

Předpokladem je ustanovení spádové nemocnice, která by garantovala dostupnost specializované lůžkové péče v oborech, které

stanoví stát .Poskytovaná péče je regulovaná, je stanoven profil i objem péče. Dolní hranici stát garantuje, horní hranici by stanovovala tripartita.

Platba - rozpočtem, spoluúčast pacienta na hotelových službách a dopravě. Ostatní nemocnice ve spádovém území nemají, vyjma poskytnutí neodkladné péče, garantovanou platbu pojišťovny. Poskytují nadstandardní péči nehrázenou zdravotním pojištěním, /plastická kosmetika, korekce kožních a očních vad laserem apod./

c/ doléčovací zařízení

Tyto zařízení jsou jednak v rámci nemocnic jako ošetrovatelská lůžka hrazená ze zdravotního pojištění a jednak v rámci léčebny pro dlouhodobé nemocné hrazené plně ze státního rozpočtu, resp. okresního rozpočtu. Další lůžka, která nejsou v rámci zdravotních zařízení, nicméně ošetrovatelskou funkci plní, jsou lůžka v domovech důchodců, na kterých jsou umístěni trvale ležící pacienti, kteří nevyžadují specializovanou zdravotní péči. Tyto lůžka jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

d/ odborné ústavy se specializovanou péčí

V této kategorii jsou jednak dětské stacionáře, kde je poskytována denní ambulantní i lůžková péče, infusní stacionáře.

Zvláštní kategorií pacientů jsou obyvatelé domovů důchodců s chronickými psychickými poruchami, bránícími normálnímu pobytu ve standardním domově důchodců. Takto nemocní jsou umísťováni do psychiatrických léčeben, ač mnohdy vyžadují jen specializovanou ošetrovatelskou péči

4/ Praktické schéma modelu zdravotnictví na

okrese

a/ primární péče

- 1/ praktický lékař pro dospělé
kritéria: 1 praktický lékař na 1800 obyvatel nad 18 let předpokl. počet lékařů: 55 lékařů na cca. 100000 obyvatel nad 18 let

2/ praktický lékař pro děti a dorost
kritéria: 1 praktický lékař na 1000 dětí a dorostenců do 18 let
předpokl. počet lékařů: 30 lékařů na cca, 30000 obyvatel do 18 let

3/ gynekolog
kritéria: 1 gynekolog na 7000 žen předpokl. počet lékařů: 10 lékařů na cca. 66000

4/ stomatolog
kritéria: 1 stomatolog na 2500 obyvatel předpokl. počet lékařů : 52 stomatologů na cca. 128000 obyvatel

5/ domácí péče včetně rehabilitace
kritéria: 1 kvalifikovaný pracovník na 3000 obyvatel předpokl. počet pracovníků: 45 pracovníků na cca. 128000 obyvatel

b/nemocnice

1/ spádová okresní nemocnice
kritéria: 4,5 lůžka na 1000 obyvatel, tj. celkem 576 lůžek
14 samostatných lůžkových oddělení /interní, infekční, Tbc, neurologické, dětské, ženské, ARO, chirurgické, ortopedické, urologické, ORL, oční, kožní, RHB/
odborná ambulance při jednotlivých odděleních

2/ 2 oblastní nemocnice
funkce : obě nemocnice se nacházejí v historických centrech dvou regionů okresu, poskytují doplňkovou péči jako doléčovací zařízení a jako zařízení pro dlouhodobě nemocně.
kritéria: 150 - 200 lůžek ošetřovatelských a doléčovacích a RHB komplexní ambulantní péči denní stacionáře / onkologický, infuzní, dialýza, apod. /

c/ ambulancí specializovaná péče
Současný počet ambulantních zařízení v okrese je dostačující vyjma některých specializací, jako např. neurologie.
Ambulantní specializovaná péče se i v

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.

budoucnu bude rozvíjet na základě potřeby v závislosti na kvalitě a odbornosti primární péče. Nyní mnohé činnosti patřící ve světě do primární péče, nadále zůstávají v náplni specialistů. Funkce specialistů je poskytovat specializovanou péči, kterou pacienti nemůžou dostat od lékařů v primární péči, a také specialisté spolupracují s primární péčí jako konsiliáři. Stanovení počtu a druhu ambulantních specialistů je největším problémem a také jejich síť by asi neměla podléhat stanovování počtu pacientů nebo územního uspořádání tak, jako primární péče nebo spádová nemocnice, kritéria: počet ambulantních specialistů by stanovovala tripartita po předchozí akreditaci.

KAPITOLA DEVÁTÁ

Financování idealizovaného modelu

a/ přehled financování zdravotní péče v
okrese Teplice podle údajů okresní
pobočky VZP, Za rok 1995

VZP měla zaregistrováno přibližně 60% všech pojištěnců v okrese avšak během roku 1995 došlo ke značnému nárůstu pojištěnců. Bylo to způsobeno nesolventností Hornické zaměstnanecké pojišťovny. Na přelomu roku 1995 - 96 měla VZP zaregistrováno opět přes 80% všech obyvatel okresu. Lze proto vycházet z údajů o hospodaření a o nákladech vynaložených VZP na zdravotní péči podle jednotlivých zařízení jednotlivých odborů.

1/ náklady na lůžkovou péči
Celkem bylo na lůžkovou péči vynaloženo cca 90 mil. Kč z toho náklady za body, P mat, paušál cca 85,5 mil. Kč, tj. 95% náklady na HVLP, IVLP, PZP cca 4,4 mil. Kč, t.j. 5%

2/ náklady na ambulantní péči
Celkem bylo na ambulantní péči vynaloženo cca 169 mil. Kč z toho náklady na primární péči cca 60 mil. Kč, t.j. 35,6% náklady na primární péči podle jednotlivých odborností:

praktický lékař pro dospělé cca 16,4 mil. Kč, t.j. 27,3%
praktický lékař pro děti a dorost cca 8,2 mil. Kč, tj. 13,6%
gynekolog cca 5,9 mil. Kč, tj. 9,7%
stomatolog cca 29,8 mil. Kč, tj. 49,4%

Celkové náklady na specializovanou ambulantní péči jsou včetně nákladů na hemodialýzu a klinickou biochemii - cca 109 mil. Kč. z toho např.: hemodialýza cca 11,7 mil. Kč, tj. 10,7%

klin.biochemie cca 17,1 mil. Kč, tj. 15,6%

rehabilitace cca 2,2 mil. Kč, tj. 2%

Práce zdravotních sester, resp. jejich samostatné výkony byly v r.1995 vykázány ve výši: cca 1,233 mil. Kč, co tvoří pouhých 0,76 z celkových nákladů na ambulantní péči.

b/ kritéria způsobu financování idealizovaného modelu

základním kritériem financování zdravotní péče je i nadále zdravotní pojištění, který je i nadále konstruováno analogicky daní. Výběr i správa pojistného musí být jednoduchá a efektivní. Je nutný zajistit snadnou veřejnou kontrolu, minimalizaci ztrát při výběru a spravování pojistného. Jednotnou správu pojištěnců, možnost odborně kontroly, přijatelnou míru solidarity, nevytváření prostoru pro konkurenci, vytvořit adekvátního správce typu veřejnosprávní instituce.

spoluúčast pacienta lze definovat na základy předchozího bodu, a i zde lze použít několik variant. Např. spoluúčast jen na vyjmenovaný zdravotní péči, anebo procentní spoluúčast na veškerý ambulantní péči, odstupňovaně tak, aby motivovala pojištěnce k přednostnímu čerpání zdravotní péče na banální a také, nejlevnější úrovni, tj. v rámci primární péče.

komerční připojištění lze uplatnit tehdy, bude-li stanovena jasně zdravotní péče standardní, která bude plně nahrazena ze základního zdravotního pojištění.

Uvedené skutečnosti lze v zásadě shrnout takto :

- 1/ stanovení standardní zdravotní péče, která bude hrazena ze základního zdravotního pojištění fungujícího na dosavadním principu solidarity a je ze zákona povinný.
- 2/ stanovení spoluúčasti pacienta na některých úkonech
 - primární péče : vybrané zdravotní prohlídky, některé výkony stomatologické, gynekologické, LSPP, dopravní služba.
 - specializovaná: péče vyhledaná bez doporučení, mimo akutních případů, amb. péče vybrané zdravotní prohlídky, některé úkony v RHB / masáž apod. /
 - nemocnice : hotelové služby, vybrané zdravotní zákroky nemající charakter léč.-prev. péče.
- 3/možnost připojištění: forma komerční pojišťovny, nebo specializované zdravotní pojišťovny.- úhrada nadstandardní péče, hotelových služeb dopravy apod.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusil charakterizovat okres Teplice z pohledu zdravotnictví a sociálních služeb a ohodnotit s ohledem na státní politiku ve zdravotnictví a s ohledem na zájmy okresu a jeho obyvatel.

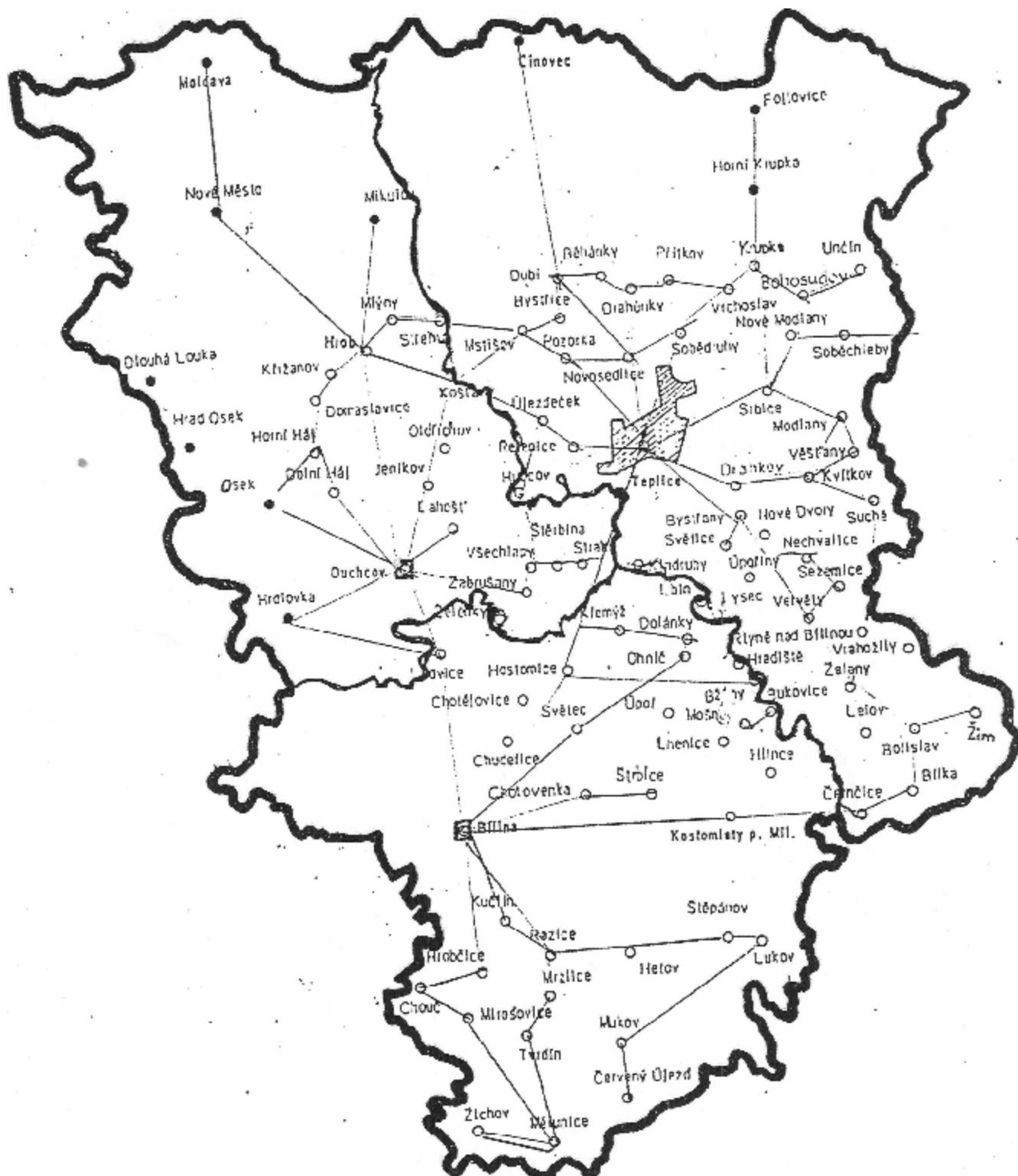
Jako zdravotní rada na Okresním úřadě Teplice jsem garantem dostupnosti zdravotní péče na území okresu. Ve své práci jsem se pokusil nastínit některé aspekty, které brání tomu, aby zdravotnictví poskytovalo zdravotní péči na jedné straně kvalitní a na druhé straně levnou ke všeobecné spokojenosti jak poskytovatelům, tak příjemcům zdravotní péče.

Na závěr bych rád rekapituloval svůj pohled na organizaci a zabezpečení zdravotní péče v okrese Teplice:

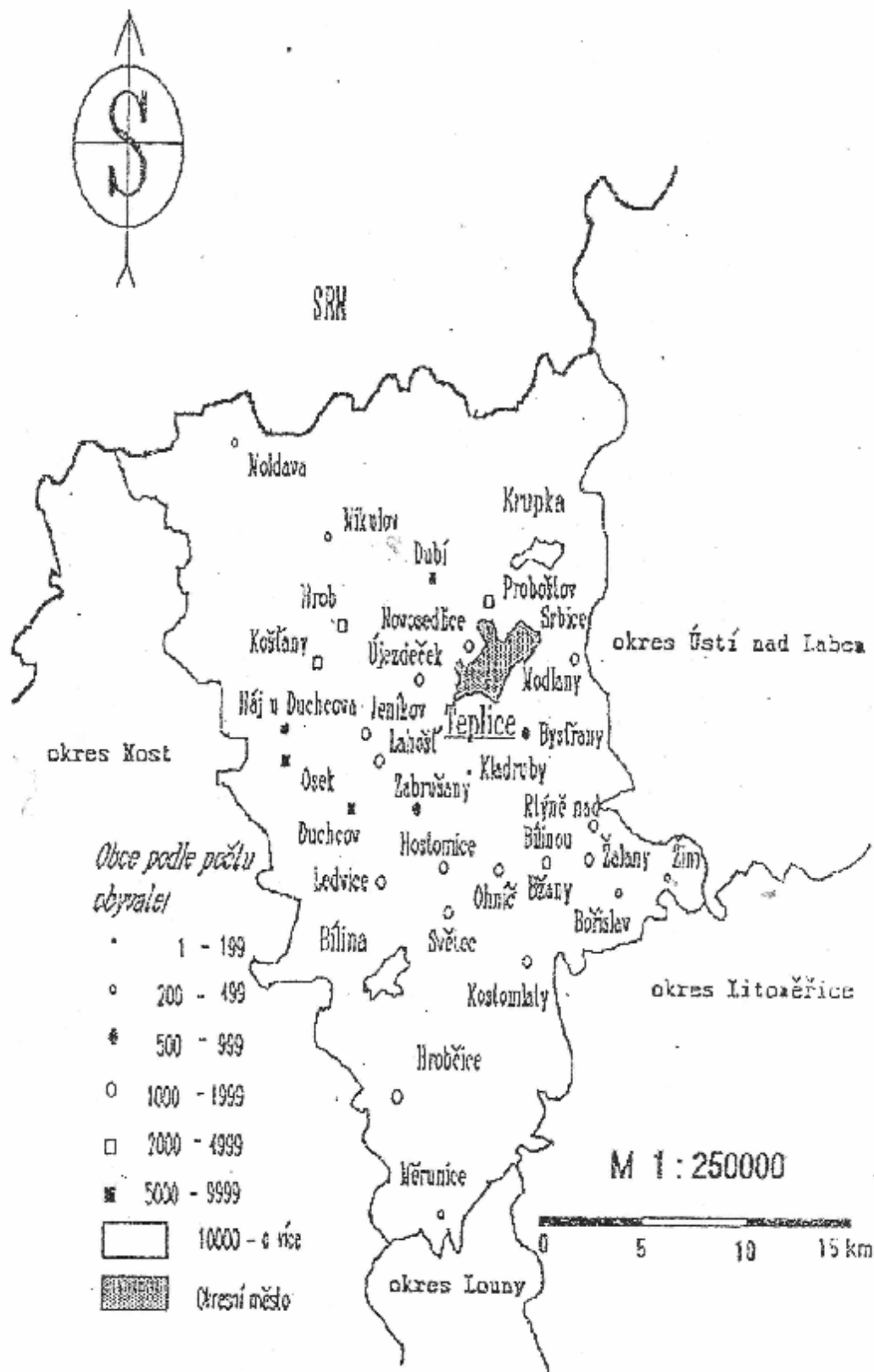
- 1/ 1 spádová nemocnice s lůžkovou kapacitou cca 5 lůžek na 1tis. obyvatel, tj. lůžek celkem cca 600.
Tato nemocnice bude financována vícezdrojově jako rozpočtová organizace na čele se správní radou, nebo jako nezisková organizace.
- 2/ Primární péče bude garantovaná státem podle obvodního systému. Do primární péče patří PL, PLDD, stomatolog a gynekolog. Některé úkony v primární péči nebudou hrazeny ze zdravotního pojištění. Obvodní systém = síť zdravotnických zařízení primární péče. Financování u praktických lékařů pro dospělé i pro děti a dorost bude kombinované, tj. kapitální platba+výkony.
- 3/Ambulantní specialisté-jejich existence na "trhu "poskytovatelů zdravotní péče se bude řídit potřebou po předchozí akreditaci. Platba výkonová.
- 4/ Doléčovací zařízení: 3 nemocnice v okrese budou reprofilizovány na doléčovací zařízení, ošetrovatelských lůžek, s tím, že budou poskytovat ambulantní péči, jako stacionáře apod. Rozpočtové organizace se správní radou.

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.

OKRES T E P L I C E autobusové spojení



Okres Teplice



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.

Věkové složení obyvatel

