



CÍL 15: INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

DO ROKU 2010 ZAJISTIT LEPŠÍ PŘÍSTUP K ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI, KTERÁ JE ORIENTOVÁNA NA RODINU A NA MÍSTNÍ SPOLEČENSTVÍ A OPÍRÁ SE O FLEXIBILNÍ A VHODNĚ REAGUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ SYSTÉM

Cílem SZO je zajištění lepšího přístupu občanů k rodinné a komunálně orientované primární péči, zohledňující věkovou stratifikaci, zajišťující občanům, tedy dětem, mladistvým, dospělým a starým lidem kvalitní péči.

Primární zdravotní péče je integrovanou součástí systému péče a pomoci v komunitě a je podporována odpovědným a flexibilním nemocničním (ústavním) systémem.

Racionální systém doporučení ze strany praktických lékařů a účinná zpětná vazba a podpora ze sekundární a terciární péče jsou předpokladem funkčního systému sdílení péče o pacienta mezi jednotlivými odbornostmi i z hlediska míry specializace.

Nedílnou součástí primární péče je i péče domácí. Její význam umocňuje celosvětový trend k rozvoji integrovaných forem péče a pomoci v komunitě, snaha o humanizaci a individualizaci systému zdravotní a sociální péče, tlak na snížení incidence vzniku nosokomiálních nákaz, snížení finančních nákladů spojených s hospitalizací a společenská podpora rozvoji domácí hospicové péče určené klientům v terminálním stadiu života.

Racionální systém činnosti praktických lékařů a její návaznost a účinná zpětná vazba na sekundární a terciární péči jsou předpokladem funkčního systému péče o pacienta a jejího efektivního poskytování z hlediska jednotlivých odborností a míry specializace.

Dílčí úkol č. 15. 1.

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

Současný stav:

Stupeň integrace zdravotnických služeb se v různých systémech péče o zdraví výrazně liší jak podle místa, tak i v čase. ČR je toho téměř ukázkovým příkladem. Před začátkem transformace zdravotnictví na počátku 90. let byl český systém péče o zdraví formálně plně integrovaný, neexistovala zde samostatná zdravotnická zařízení. Naopak, všechna byla zahrnuta do rozsáhlých organizací typu OÚNZ, KÚNZ. To ovšem neznamenalo, že úplná integrace byla plně funkční, naopak, přehnaný

centralismus a průvodní rigidita velkých struktur byla jedním z limitujících faktorů dalšího pozitivního vývoje. I proto byla dekompozice rozsáhlých zdravotnických institucí jedním z prvních kroků proměn českého systému péče o zdraví po roce 1990. Ze zpětného pohledu lze konstatovat, že dekompozice proběhla spíše živelně a došlo tak k až ne zcela funkčnímu rozložení soustavy, prakticky až na prvočinitele. Z několika desítek okresních a krajských ústavů národního zdraví, které v sobě spojovaly jak lůžková, tak ambulantní zdravotnická zařízení vzniklo, v průběhu několika málo let (zhruba mezi 1992 – 1995) téměř 25 000 jednotlivých zdravotnických zařízení, nemocnic, léčeben, stacionářů, množství individuálních praxí ambulantních specialistů, stomatologů a praktických lékařů. V českém zdravotnictví přežily pouze léty nezbytné a osvědčené funkční a teritoriální vazby. Dosud se projevují nedostatky a nedořešené otázky ve spolupráci uvnitř jednotlivých etází péče, v pojetí lékařské pohotovostní služby, spádovosti zdravotnických zařízení, vzájemného zastupování zdravotníků, v koordinaci zdravotně sociální péče a pracovně lékařské péče.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 15.1.1: Vytvoření pracovních skupin a příprava zásad a vytvoření programu integrace zdravotnických služeb
odpovědnost: **MZ, územní samosprávné celky**
spolupráce: MPSV, MV, MS, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: pracovní skupiny a příprava zásad - 2003

vytvoření programu - 2004
- 15.1.2: **Nový systém sledování kvality integrované zdravotní péče**
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MV, MS, územní samosprávné celky, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: konečný termín 2004
- 15.1.3: **Informatické zajištění systému integrované zdravotní péče**
odpovědnost: **MZ**
spolupráce: MPSV, MV, MS, územní samosprávné celky, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: konečný termín 2005
- 15.1.4: **Vytvoření a zavedení nového systému financování integrované zdravotní péče**
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MV, MS, MF, územní samosprávné celky, ZP, profesní a odborné organizace zdravotníků, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: 2006

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet hospitalizací,
- počet nozokomiálních nákaz

Dílčí úkol č. 15. 2.

Prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče, spolupracujících s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů, sociální péče, dalších resortů a zástupců místní komunity

Současný stav:

Na začátku roku 2002 lze konstatovat, že v ČR jsou praktičtí lékaři stabilní součástí zdravotního systému. Po stránce struktury je zdravotní péče zajišťována dostatečnou sítí praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen praktických lékařů), kteří působí nezávisle jako smluvní lékaři zdravotních pojišťoven. Působí v převážné většině v individuálních praxích, které splňují stanovené podmínky pro poskytování zdravotní péče. Pro praktické lékaře je charakteristická vysoká profesionální organizovanost a pokračující odborná emancipace, posilovaná vzděláváním funkčním dnes na všech stupních, tedy pregraduálním, postgraduálním i celoživotním.

V ČR neplatí systém řízeného přístupu ke specialistům, nicméně praktičtí lékaři tuto roli z velké míry hrají a jsou nejbližšími partnery a rádci pacientů při vstupu do zdravotního systému. Do role strážce zdrojů jsou nepřímo nuceni regulačními nástroji a smluvní politikou zdravotních pojišťoven. Politika pojišťoven také nejvyšší měrou ovlivňuje chování praktických lékařů a jejich motivaci k preferenci různých úkolů, které vyplývají z činnosti praktického lékaře.

Snaha ovlivnit nepříznivou bilanci u některých chorob a stavů se projevuje zvyšováním nároků na praktické lékaře zejména v oblasti sekundární prevence. Praktičtí lékaři jsou tak stále více medicínskými důkazy přesvědčovani k ovlivňování života bezpříznakových osob. Efekt včasného záchytu a depistáže chorob je přímo úměrný motivaci a uvědomění cílových skupin populace.

Část agendy praktických lékařů představuje smluvní činnost pro orgány sociálních služeb a okresní úřady. Rada dalších činností v přímé souvislosti s poskytováním léčebné péče je spíše v sociální oblasti a často klade na lékaře a jeho čas velké nároky. Tato oblast není podepřena smluvně, ani dána oficiální společenskou objednávkou, je u praktického lékaře historicky předpokládána. Existuje tedy rozpor mezi „komplexní péčí praktického lékaře o zdraví svých registrovaných pacientů“ a nasmlouvanou činností s pojišťovkami a institucemi. Negativně ve směru k integraci zde působí přetrvávající trend k individualizaci praxí. Dnes již historické odborně-metodické direktivní řízení oborů primární péče bylo nahrazeno sítí a strukturou profesních a odborných (Odborné společnosti JEP) organizací, jejichž prostřednictvím dochází k přenosu informací i nejvýznamněji k ovlivňování kvality poskytované péče.

Na území republiky působí přes 500 nezávislých agentur domácí péče, které poskytují odbornou péči a služby ve vlastním sociálním prostředí klienta. Jako nový prvek zdravotního systému v 90. letech si domácí péče vytvořila optimální metodické zázemí a dobré předpoklady pro rozvoj. Rozsah a dostupnost této odborné a kvalifikované péče nejsou koncepčně ukotveny a dosud neexistuje jasné a systémově správné vymezení působnosti oboru v dikci platných právních norem. V některých oblastech agentury dosud nejsou zavedeny nebo někteří praktičtí lékaři chybně zaměňují služby svých

sester v návštěvní službě se systémem domácí zdravotní péče. Současné nastavení financování domácí péče podporuje vzájemnou konkurenci poskytovatelů.

Součástí primární zdravotní péče v širším slova smyslu jsou i ambulantní gynekologové, stomatologové a lékárenská péče. Do systému primární péče je třeba zařadit i pohotovostní službu mimo ordinální hodiny praktických lékařů a lékárenskou pohotovostní službu. Ta je v současné době předmětem diskuzí.

Nejbližšími spolupracovníky lékařů a sester primární zdravotní péče v sociální oblasti jsou pracovníci pečovatelské služby a další pracovníci obecních (komunitních, komunitárních) sociálních služeb.

Pro vzájemnou koordinaci těchto služeb neexistuje v současné době klíč. Je variabilní a závislá na místních poměrech a aktivitách jednotlivých poskytovatelů. V různých oblastech je i různá nabídka a dostupnost lůžkových (zdravotně) sociálních zařízení.

Metodika „případové konference“ je používána výjimečně nebo experimentálně. Neexistují standardy péče v oblasti zdravotně sociální.

Srovnání se světem je obtížné, protože role a činnosti zdravotníků významně ovlivňuje organizace zdravotní péče, rozsah kompetencí a systém úhrad. Např. ve Velké Británii je model integrace usnadněn existencí integrovaných zdravotních center, kde vedle praktického lékaře pracují další zdravotníci a sociální pracovníci. Jiný model komunitní péče představuje organizace primární péče v Holandsku nebo ve skandinávských zemích. Ve všech jmenovaných zemích působí praktický lékař jako integrující článek v systému primární péče. Je ovšem také řádně finančně i ekonomicky za tuto činnost oceněn.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 15.2.1: Zařadit problematiku integrace zdravotní a sociální péče do vzdělávání zdravotníků (příp. zaměstnanců státní a regionální správy) v komunitní péči, včetně vypracování metodiky vzdělávání
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MPSV, VÚPSV, IPVZ, IDVZ, SVL a OSPDL, SPL a SPLDD, ADP ČR, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ZP, ČLS JEP
termíny: kurikulum do konce roku 2003, realizace do konce roku 2004
- 15.2.2: Zlepšit orientaci v sociálně zdravotní oblasti pro lékaře v primární péči prostřednictvím standardů pro odborné postupy, v rovině obecné (národní) i praktické (místní)
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, VÚPSV, SPL a SPLDD ČR, SVL a OSPDL, ADP, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, ZP, ČLS JEP
termíny: shromáždění informací a vytvoření návrhu - 2003
implementace 2004
- 15.2.3: **Zavádět případové konference jako prvek kvality v komunitní péči**
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, VÚPSV, SVL+SPL, OSPDL+SPLDD, ADP ČR, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, IPVZ, IPVZ, ZP, ČLS JEP

termíny: obecná metodika do konce roku 2003, implementace během 2004 -5

15.2.4: Posilovat a sledovat efektivitu preventivních programů v primární péči:

ovlivňování postojů a motivací praktických lékařů i cílové populace k státem podporovaným programům sekundární prevence (depistáž kolorektálního karcinomu). Monitoring depistáže a sledování zvolených ukazatelů efektivity programu v ordinacích praktických lékařů. Udržení vysokého standardu očkování a preventivních prohlídek v dětském věku. Sledování efektivity preventivních prohlídek monitorováním záchytu zjištěných vad a chorob.

odpovědnost: MZ

spolupráce: SVL, OSPDL, SPL, SPLDD, ČPS, Katedra pediatrie IPVZ, ZP, ČLS JEP

termíny: 2003 - 2006

15.2.5: Ustavit a rozvíjet činnost Center praktických lékařů a Krajských center praktických lékařů.

(Centrum praktických lékařů (CPL) sdružuje odborné společnosti (SVL a OSPDL ČLS JEP) a profesní sdružení (SPL a SPLDD ČR) dvou základních odborností primární zdravotní péče. Úzce spolupracuje se vzdělávacími institucemi (Katedra VL a Katedra pediatrie IPVZ, katedry nebo oddělení VL lékařských fakult). Krajská centra jsou koncipována v návaznosti na CPL, přirozeně nahrazují metodicko-organizační strukturu oborů bez sankční agendy a měla by se uplatnit v přenosu informací a koordinaci činností. Součástí zadání těmto centrům je i uplatňování programů kvality na úrovni regionu a podpora úkolů 15.2.1., 15.2. 2, 15.2.3 a 15.2.4 na regionální úrovni.)

odpovědnost: **MZ**

spolupráce: **IPVZ, ADP ČR, SVL, OSPDL, SPL, SPLDD, Regionální správa, ZP, ČLS JEP**

termíny: funkční činnost CPL v roce 2002-2003, krajských center 2002- 2005

15.2.6: Koncepce postavení rodinného lékaře v ČR

(V současné době neexistuje v ČR žádný naléhavý důvod ani vnější tlak ke změně v poskytování primární zdravotní péče ve smyslu zavedení jediného praktického - rodinného lékaře. Nicméně racionální diskuse na toto téma, zahrnující analýzy kvality poskytované péče, demografického vývoje společnosti, nákladovosti, potřeb profesionálů, regionálních rozdílů a mezinárodních trendů, by měla probíhat a je v zájmu a v konsensu zástupců obou odborností.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: SVL ČLS JEP, OSPDL ČLS JEP, IPVZ, SPL a SPLDD ČR, Pediatrická společnost ČLS JEP, ZP

termíny: 2002-2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty provedených TOKS (test okultního krvácení)

Dílčí úkol č. 15.3.

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

Současný stav:

Žádoucí participace občanů na podpoře, ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů je zatím na nevyhovující úrovni. Základní příčiny tohoto stavu tkví v dlouhodobém předchozím paternalistickém a resortně chápaném pojetí péče o zdraví a s tím souvisejícím nedoceněním hodnoty zdraví na všech úrovních společenské hierarchie. Důsledkem je nedostatečný zájem o vytváření podmínek a nástrojů k potřebnému pozitivnímu ovlivňování determinant zdraví ve sféře politické, ekonomické, ekologické, výchovné i v oblasti konkrétního způsobu života každého jednotlivce, rodiny a místních komunit.

Významnou roli v realizaci daného úkolu má resort zdravotnictví. Ten musí prostřednictvím výzkumu a jeho výsledků získávat potřebné poznatky, plnit úlohu zdroje kvalifikovaných informací, iniciovat žádoucí aktivity mimo zdravotnictví a zabezpečovat potřebná odborná opatření v rámci zdravotnictví. Z této jeho role pramení jeho vztahy k ostatním resortům, zákonodárným orgánům, orgánům státní správy a samosprávy, institucím a občanským iniciativám.

Veškeré aktivity k naplnění tohoto úkolu musí být průběžné a soustavné. Jejich skutečným výsledkem musí být posílení potenciálu zdraví obyvatel, snížení prevalence chorobných stavů v populaci, posléze pak dosažení takových hodnot základních ukazatelů zdravotního stavu, které by byly plně srovnatelné s vyspělými státy světa.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 15.3.1: Dosáhnout trvalé, kvalifikované, zdůvodněné a srozumitelné informovanosti občanů i orgánů a institucí, podílejících se na ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva, o možnostech a způsobech zdravého způsobu života a vytváření zdravého prostředí, pomáhat lidem a zejména rizikovým skupinám v návaznosti na jejich hodnotovou a kulturní orientaci zprostředkovat výměnu pozitivních zkušeností v péči o své vlastní zdraví
- odpovědnost: MZ
spolupráce: MK, územní samosprávné celky, odborné společnosti JEP, ČLS, SZÚ, HS, pacientské organizace, ZP
termíny: průběžně
- 15.3.2: Cílevědomě a trvale vytvářet objektivní podmínky pro podporu, ochranu a návrat zdraví a aktivovat motivační nástroje k žádoucímu využívání získaných informací i daných podmínek k podpoře a ochraně zdraví
- odpovědnost: MZ
spolupráce: územně samosprávné celky, odborné společnosti JEP, ČLS, SZÚ, HS, pacientské organizace, ZP

termíny: průběžně

- 15.3.3: Věnovat pozornost zejména rodinám a poskytování zdravotní péče na komunitní úrovni a přispívat k rozvoji svépomocných občanských iniciativ reagujících na zdravotní potřeby občanů
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, ZP
termíny: termíny - průběžně
- 15.3.4: Získávat připomínky občanů k činnosti zdravotnického systému a využívat je ke zlepšení kvality zdravotní péče a ke zvýšení spokojenosti občanů s poskytovanými zdravotnickými službami. Studovat zdravotní potřeby jednotlivců i dílčích sociálních skupin a citlivě na ně reagovat jak ve zdravotní politice, tak v praxi.
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, VÚPSV, odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, ZP
termíny: průběžně
- 15.3.5: Vytvořit legislativní a organizační podmínky pro implementaci zásadních ustanovení Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod
odpovědnost: **MZ**
spolupráce: **MPSV, Rada vlády pro lidská práva, ZP**
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- antropologické ukazatele vývoje dětí a mládeže,
- počet poskytovatelů komunitních sociálně zdravotních služeb a svépomocných skupin