

ústecký kraj

STRATEGIE podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2023 – 2033



Dne 13. 6. 2023 strategii projednala pracovní skupina pro přípravu koncepce zdravotnictví kraje ustavená v návaznosti na Teze tvorby Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2023 – 2033, které schválila Rada Ústeckého kraje dne 14. 12. 2022 usnesením č. 037/60R/2022.

Dne ... strategii projednala Rada Ústeckého kraje a usnesením č. .../...R/2023 ji navrhla Zastupitelstvu Ústeckého kraje ke schválení.

Dne ... Strategii podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2023 2023 schválilo Zastupitelstvo Ústeckého kraje svým usnesením č. .../...Z/2023.

PREAMBULE

Hlavní přístupy k budoucímu rozvoji ČR, tedy **kvalitu života** a **udržitelnost** reflektující jak potřeby jednotlivce, rodiny a společenství, tak i potřebu ekonomického rozvoje, který je také nezbytnou podmínkou zdravotního zabezpečení obyvatel na nejvyšší možné úrovni, formuloval Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice 2030, který přijala vláda ČR dne 19. dubna 2017 usnesením č. 292, a který je také výchozím dokumentem pro formulaci Strategického rámce Zdraví 2030.

Rada Ústeckého kraje schválila dne 14. prosince 2022 usnesením č. 037/60R/2022 Teze tvorby Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2023 – 2033.

Nově definovaná strategie Ústeckého vychází kromě Strategického rámce Zdraví 2030 z vyhodnocení předchozí krajské strategie pro roky 2015-2022, analytických podkladů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ZDRAVÍ 2030 – analytická studie: Ústecký kraj) z roku 2022 a z „tezí“ tvorby nové strategie, které definovala Rada Ústeckého kraje.

„Tento dokument, který se zaměřuje na podporu zdraví a rozvoj zdravotních služeb v Ústeckém kraji, nacházejícím se na severu České republiky. Kraj je bohatý na přírodní krásy a kulturní dědictví, avšak zároveň se potýká s mnoha výzvami v oblasti zdraví a péče o občany. Cílem této strategie je vyvinout úsilí k zajištění efektivního a kvalitního zdravotního systému, který bude dostupný pro všechny občany Ústeckého kraje. Chceme se zaměřit na prevenci a včasnou diagnostiku onemocnění, podpořit zdravý životní styl a zvýšit kvalitu péče o pacienty. Věříme, že tato strategie přinese významné změny v oblasti zdravotnictví v Ústeckém kraji a pomůže zlepšit zdraví a kvalitu života jeho obyvatel.“

Ing. Jan Schiller, hejtman

OBSAH

I.	Základní údaje o Ústeckém kraji	6
	Infrastruktura zdravotních služeb	6
	Stručná východiska	7
	Demografické a socioekonomické faktory	8
	Základní charakteristiky populace a zdravotní stav obyvatel	9
	Hodnocení programů screeningu zhoubných nádorů v Ústeckém kraji	10
	Poskytovatelé zdravotních služeb na území Ústeckého kraje a využití zdravotních služeb	11
II.	Strategický rámec Zdraví 2030 a národní strategické dokumenty	14
	Zdraví 2030 – Strategický Rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030	14
	Strategické a specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2030.....	15
	Strategický cíl 1. - Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel	15
	Strategický cíl 2. – Optimalizace zdravotnického systému	16
	Strategický cíl 3. – Podpora vědy a výzkumu	17
	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030	18
	Národní akční plán pro duševní zdraví (NAPDZ)	19
	Národní onkologický plán České republiky (NOPL ČR 2030).....	20
III.	SWOT analýza zdravotnictví Ústeckého kraje 2023	21
	SILNÉ STRÁNKY (Strengths).....	21
	SLABÉ STRÁNKY (Weaknesses)	22
	PŘÍLEŽITOSTI (Opportunities)	22
	OHROŽENÍ (Threats)	23
IV.	Kompetence Ústeckého kraje v oblasti zdravotnictví	24
	Přímé kompetence obligatorní.....	24
	Přímé kompetence fakultativní	25
	Nepřímé kompetence	25
	Veřejný zájem.....	26
V.	Podpora zdraví obyvatel	27
	Priority a opatření podpory zdraví obyvatel	28
VI.	Obligatorní kompetence kraje	29
	Zdravotnická záchranná služba	29
	Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami.....	29
	Příhraniční spolupráce ZZS	29
	Priority a opatření ZZS.....	30
	Prohlídky těl zemřelých	30
	Priority a opatření prohlídek těl zemřelých.....	31

Protialkoholní a protitoxikomanická záchranná služba	31
Priority a opatření v oblasti záchranné služby	31
Pohotovostní služba dle zákona o zdravotních službách.....	31
Priority a opatření v oblasti LPS	33
VII. Rozvoj a podpora zdravotních služeb v Ústeckém kraji	34
Dostupnost zdravotních služeb (místní a časová)	34
Primární péče	35
Priority a opatření při podpoře dostupnosti primární péče	35
Akutní lůžková péče, síť urgentních příjmů nemocnic a specializovaná centra a specializovaná ambulantní péče	35
Pátevní síť nemocnic Ústeckého kraje (s urgentním příjmem)	36
Specializovaná centra a specializovaná ambulantní péče	37
Priority a opatření v oblasti akutní lůžkové péče	37
Následná a dlouhodobá lůžková péče, paliativní a hospicová péče	37
Priority a opatření v oblasti následné a dlouhodobé péče	38
Péče o duševní zdraví	38
Priority a opatření v oblasti duševního zdraví	39
VIII. Kraj jako vlastník (zřizovatel) poskytovatelů zdravotních služeb	40
Krajská zdravotní, a.s. – pátevní poskytovatel lůžkové péče v Ústeckém kraji.....	40
Priority a opatření pro společnost Krajská zdravotní, a.s.	40
Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, p.o.....	41
Priority a opatření pro ZZS ÚK.....	41
Kojenecké ústavy Ústeckého kraje, p.o.....	41
Priority a opatření transformace služeb pro děti do 3 let	42
Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	42
Priority a opatření pro PLP	42
IX. Prioritní DESATERO Ústeckého kraje ve zdravotnictví	44
I. Podpora personálního zajištění zdravotních služeb.....	44
II. Podpora geografické dostupnosti a kapacit primární péče	45
III. Optimalizace struktury kapacit lůžkové péče	46
Pátevní síť nemocnic Ústeckého kraje	46
Centra specializované a vysocespecializované péče	46
Dostupnost kapacit následné a dlouhodobé péče	46
IV. Rozvoj adekvátních kapacit a struktury vzdělávání zdravotnických pracovníků, podpora výzkumu.....	46
Vzdělávání zdravotnických pracovníků (lékaři i nelékařská povolání)	46
Infrastruktura vzdělávacích kapacit (spolupráce škol a poskytovatelů zdravotních služeb)	47
V. Kvalita (adekvátní trajektorie) péče v závěru života	47

VI. e-Health a elektronizace zdravotnictví	47
VII. Prevence nemocí, podpora veřejného zdraví, screening	48
VIII. Kvalita péče pacientů s chronickým nebo dlouhodobým onemocněním	48
IX. Management řízení a udržitelného financování zdravotnictví Ústeckého kraje	48
X. Prosazování realizace národních strategií ve zdravotnictví	48

I. Základní údaje o Ústeckém kraji

Ústecký kraj se nachází v severozápadní části České republiky, rozkládá se na ploše 5 335 km² a sousedí s krajem Libereckým, Středočeským, Karlovarským a Saskem v Německu.

Ústecký kraj je rozdělen do sedmi okresů (Děčín, Chomutov, Litoměřice, Louny, Most, Teplice a Ústí nad Labem), které se dále člení na 354 obcí nejrůznější velikosti, z toho je 59 obcí se statutem města. Existuje zde 16 správních obvodů obcí s rozšířenou působností: Bílina, Děčín, Chomutov, Kadaň, Litoměřice, Litvínov, Louny, Lovosice, Most, Podbořany, Roudnice nad Labem, Rumburk, Teplice, Ústí nad Labem, Varnsdorf a Žatec.

Ke konci roku 2021 měl Ústecký kraj 798 898 obyvatel, což jej řadí na páté místo v České republice. Hustota obyvatel (150 obyvatel/km²) je vyšší, než vykazuje celostátní průměr (133 obyvatel/km²) a je po Hlavním městě Praze, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji čtvrtou nejzaldněnější oblastí ČR. Nej hustěji je osídlena podkrušnohorská hnědouhelná pánev, méně oblast Krušných hor a okresy Louny a Litoměřice, kde se vyskytují především menší venkovská sídla. Největší obcí a zároveň sídlem kraje je město Ústí nad Labem s 90 378 obyvateli. Charakteristickým rysem kraje je relativně mladé obyvatelstvo, průměrný věk je 42,7 let. Ústecký kraj se řadí na druhé nejnížší místo v počtu živě narozených na 1 000 obyvatel (9,9), ale je zde druhá nejvyšší úmrtnost v republice (14,7 zemřelých na 1 000 obyvatel). Ústecký kraj se počtem rozvodů na 1 000 obyvatel (2,0) řadí na čtvrté místo a počtem potratů na 100 narozených (37,3) na první místo v celorepublikovém srovnání.

Podíl seniorů v kraji je vysoký, a to díky vyššímu průměrnému věku. Podle statistiky z roku 2021 tvořili obyvatelé starší 65 let téměř 20 % celkové populace kraje. Na druhé straně je v kraji také poměrně vysoký podíl mladších lidí, a to díky vysoké porodnosti v minulosti. Podle údajů z roku 2021 tvořili obyvatelé do 15 let věku 15,8 % celkové populace kraje. Zahraniční obyvatelé představují podle dat z roku 2021 zhruba 3,3 % celkové populace kraje, což je o něco více než v průměru České republiky.

Ústecký kraj patří k méně ekonomicky rozvinutým regionům České republiky. Podle dat z roku 2021 je hrubý regionální produkt (HDP) kraje na úrovni 2 104 miliard Kč, což znamená, že HDP na obyvatele činí zhruba 2,6 milionu Kč ročně. Tato čísla jsou podprůměrná v porovnání s průměrem České republiky, což naznačuje, že kraj má před sebou ještě velký prostor pro rozvoj ekonomiky.

Nezaměstnanost v kraji je vysoká a v průběhu posledních let se pomalu snižuje. Podle údajů z roku 2021 byla míra nezaměstnanosti v kraji 6,7 %. I přesto se však Ústecký kraj potýká s problémem vysokého podílu lidí, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní.

Kraj má velkou průmyslovou tradici a ekonomiku výrazně ovlivňuje těžba uhlí a průmyslová výroba. V posledních letech však kraj prochází strukturálními změnami v souvislosti s postupným ukončením těžby uhlí a snižováním výroby v některých průmyslových odvětvích. V kraji tak dochází k postupnému přechodu na jiné oblasti ekonomiky, jako je turistický ruch, logistika a služby.

Infrastruktura zdravotních služeb

Zdravotnická infrastruktura lůžkové péče v Ústeckém kraji se v posledních letech zlepšila a je v průměru na dobré úrovni.

Pátevní síť nemocnic akutní péče provozuje společnost Krajská zdravotní, a.s., jejímž je Ústecký kraj jediným akcionářem. Společnost poskytuje komplexní zdravotní služby prostřednictvím sítě nemocnic téměř v každém okrese Ústeckého kraje. Postavení typicky krajské nemocnice má Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, jejíž součástí je mnoho klinických pracovišť vytvořených ve spolupráci s Univerzitou Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Mezi oborově i kapacitně významné nemocnice patří dále nemocnice v Děčíně, Chomutově, Litoměřicích, Mostě a v Teplicích. Tyto nemocnice nabízejí širokou škálu služeb a specializací včetně urgentní péče, chirurgie, interny, gynekologie a porodnictví, neurologie, onkologie, neurochirurgie, ortopedie, kardiologie a dalších oborů. Z hlediska geografické dostupnosti je nemalá pozornost věnována nemocnici v Rumburku, která zajišťuje dostupnost péče především pro obyvatele Šluknovského výběžku.

Mezi další nemocnice patří nemocnice v Žatci (okres Louny), v Kadani (okres Chomutov), v Roudnici nad Labem (okres Litoměřice) a v Duchcově (okres Teplice). V kraji jsou provozovány i nemocnice následné a rehabilitační péče, psychiatrické nemocnice a lázně.

Kromě nemocnic se v kraji nachází také mnoho ambulantních zařízení a ordinací, které poskytují zdravotní péči v různých oborech. Zvláštní pozornost si zaslouží síť poskytovatelů primární péče, ordinací všeobecných praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, zubních lékařů a gynekologů.

Přednemocniční neodkladnou péči poskytuje zdravotnická záchraná služba s výjezdovými základnami po celém území kraje.

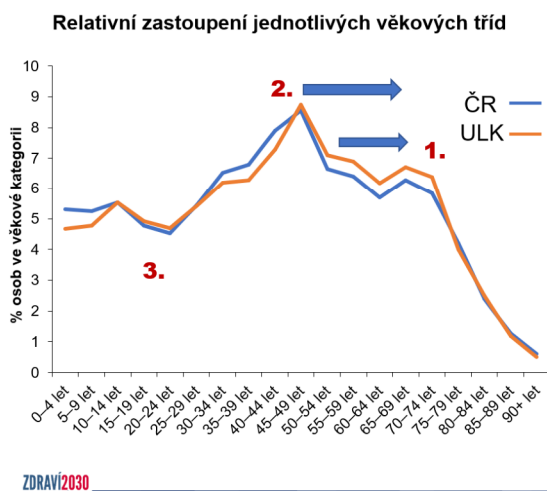
Stručná východiska

Analytické podklady pro přípravu a zpracování této strategie zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky (ZDRAVÍ 2030 – analytická studie: Ústecký kraj)³ v roce 2022 a 2023. Pokud dále není uvedeno jinak, jsou data použita z této analýzy.

ZDRAVÍ 2030 – analytická studie: Ústecký kraj je dostupná na webu Ústeckého kraje
<https://uschovna.kr-ustecky.cz/index.php/s/X86fMCirZiniWQx>

Věková struktura obyvatelstva v roce 2021

Zdroj: Český statistický úřad



Relativní struktura obyvatelstva ČR i ULK viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotnický systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 40 – 50 let a ve věku 30 – 40 let. Tyto populační kategorie zestárnou do věku 60 let a více v následujících 15, resp. 20 – 25 letech, a nevyhnutelně významně znásobí potřebu zdravotně sociálních služeb. Velmi podstatný je i propad počtu obyvatel ve věku 10 – 25 let, který společně s odkládáním věku matky při prvním dítěti vytváří demografické riziko nedostatku osob v produktivním věku v následujících 15 – 30 letech.

1. Do 15 let očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
2. Do 20 – 25 let prudký nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
3. Nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10 – 15 letech.

ZDRAVÍ 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie pro regiony ČR



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Ve vztahu ke zdravotnictví je důležité vzít v úvahu několik demografických faktorů. Průměrný věk obyvatel Ústeckého kraje je relativně vysoký, což znamená, že může být větší potřeba péče o chronicky nemocné a starší osoby. Zároveň se v kraji vyskytuje také vyšší míra nezaměstnanosti, která může ovlivnit přístupnost zdravotní péče pro mnoho obyvatel.

Dalším významným faktorem je sociální nerovnost. Ústecký kraj patří mezi oblasti s vyšší mírou sociálního vyloučení a chudoby. Tyto faktory mohou mít vliv na zdraví obyvatel a vyžadovat specifická opatření, jako například zvýšení dostupnosti zdravotní péče v oblastech s nižší socioekonomickou úrovní.

Kromě toho je významné také geografické rozložení obyvatelstva v kraji. Zdravotní zařízení musí být schopna zajistit dostupnost zdravotní péče i pro obyvatele z menších obcí a vzdálenějších regionů.

Dalšími důležitými demografickými faktory v Ústeckém kraji jsou například vysoká míra kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha a obezita, a také vyšší výskyt chronických nemocí, jako jsou cukrovka, kardiovaskulární onemocnění a rakovina.

Vzhledem k vysokému výskytu chronických nemocí je také klíčové zajistit kvalitní péči pro tyto pacienty a podpořit včasnou diagnostiku a léčbu.

Demografické a socioekonomické faktory

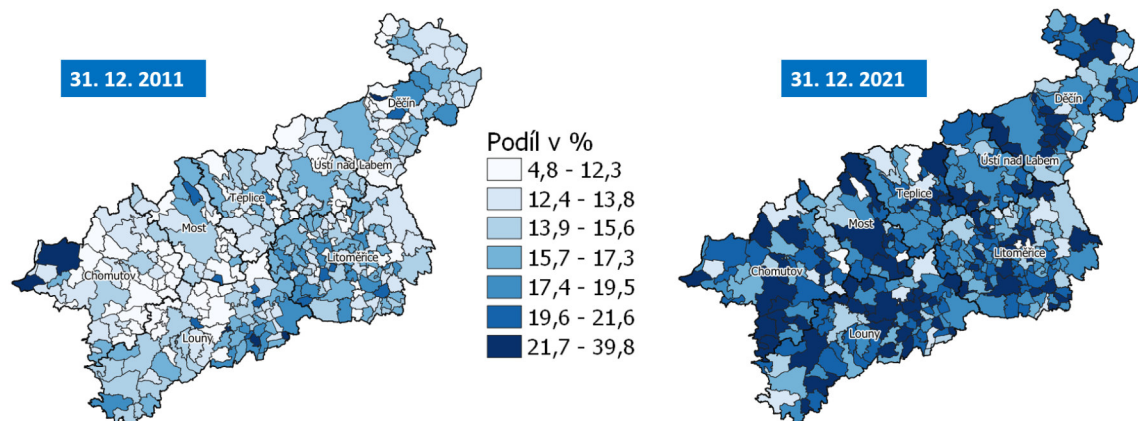
Existuje řada demografických a socioekonomických faktorů determinujících vývoj potřeb zdravotní péče.

Ústecký kraj se vyznačuje nadprůměrným podílem dětí a dospívajících ve věku 10-24 let a seniorů ve věku 70-74 let, a naopak nižší podílem osob ve věku 30-44 let a seniorů nad 75 let věku. Dle projekce ČSÚ se počet obyvatel Ústeckého kraje sníží v letech 2021 až 2050 o 54,2 tisíce osob, tj. o 6,8 %.

Obyvatelstvo nad 65 let věku: Ústecký kraj v detailní mapě

Zdroj: Český statistický úřad

Podíl obyvatel ve věku 65+ v obcích v Ústeckém kraji



Podíl seniorů se v Ústeckém kraji neustále zvyšuje, zvyšuje se také naděje dožití této populační věkové kategorie. V roce 2021 byla naděje dožití muže ve věku 65 let 13,7 roku, pro ženy ve stejném věku činila 17,6 roku.

ZDRAVÍ2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie pro regiony ČR



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Do 15 let očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů. Do 20 – 25 let prudký nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů. Patří sem i nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10 až 15 letech.

V Ústeckém kraji Index závislosti (65+)/((15-64)*100 do roku 2050 dosáhne mírně nadprůměrné hodnoty 52,0. V roce 2030 bude 35,4. Vypovídá o věkové struktuře obyvatel, o poměru starších lidí (65 a víc let), o kterých se předpokládá, že už jsou v důchodu, a o mladších ve věku 15–64 let, výdělečně činné složce obyvatelstva.

Populace Ústeckého kraje dosahuje ve srovnání s ostatními kraji ČR ve střední délce života při narození předposlední 13. místo.

Základní charakteristiky populace a zdravotní stav obyvatel

V regionu ročně průměrně umírá cca 9 200 osob, v poměru pohlaví 1 : 1. Přibližně 64% tvoří úmrtí očekávatelná, u dlouhodobě nemocných pacientů s chronickými chorobami. Více jak třetinu každoročních úmrtí (37%) generují seniorní populační ročníky ve věku 80+. K více než 48% očekávatelných úmrtí dojde v nemocnicích akutní péče, z toho více než 90% na akutním lůžku. Podíl předčasných úmrtí přesahující 29 % vykazují kraje Karlovarský a Ústecký.

V Ústeckém kraji se pohybuje podíl kouřících rodiček výrazně nad celorepublikovým průměrem. Tento jev doprovází vyšší novorozenecká úmrtnost v regionu. Podíl novorozenců s nízkou porodní hmotností se v Ústeckém kraji dlouhodobě pohybuje nad celorepublikovým průměrem. Tento fakt ovlivňuje perinatální úmrtnost a vytváří tlak na zdravotní systém, jelikož ti novorozenci vyžadují větší péči. Vysoký podíl nedonošených novorozenců vyžaduje větší péči o novorozence a rodičku po porodu, což s sebou nese větší náklady na zdravotní systém.

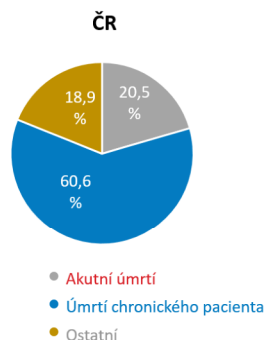
Populace Ústeckého kraje ve většině zdravotně rizikových faktorů významně převyšuje průměr ČR. Zdravotní stav (zejména seniorní populace) není dobrý, což se promítá do nadprůměrné nemocnosti.

Průměrný počet hospitalizací v průběhu posledních šesti měsíců života u pacientů s očekávatelným úmrtím v ULK mezi lety 2015–2019 dosáhl hodnoty 2,45. V roce 2020

v Ústeckém kraji zemřelo na zhoubné novotvary kromě nemelanomových kožních nádorů 2 434 osob, což je 297 na 100 tisíc osob. Mezi regiony ČR vykazuje Ústecký kraj dlouhodobě nejvyšší mortalitu související se zhoubnými novotvary.

Potřeba paliativní péče v ULK – očekávatelná úmrtí

Zdroj: LPZ 2015–2021



Téměř 61 % všech úmrtí je výsledkem eskalace délky trvajících zdravotních problémů.

Jedná se o očekávatelná úmrtí z chronických příčin, často po déle trvající hospitalizaci.

Až 53 % těchto pacientů je opakovaně převáženo k hospitalizaci RZS

Opakované přijetí k akutní hospitalizaci z RZS významně narůstá v posledním měsíci před smrtí.

Celkem 60,6 % všech úmrtí v ČR lze na základě úmrtí diagnózy a hospitalizační historie zpětně označit jako úmrtí z chronické příčiny.

U těchto úmrtí lze předpokládat značnou míru očekávatelnosti a vysokou pravděpodobnost potřeby některé z forem paliativní péče.

Tento podíl představuje cca 6 tisíc zemřelých ročně.

Vzhledem k současným demografickým trendům, lze předpokládat, že podíl úmrtí chronických pacientů bude narůstat a představovat zvyšující se zátěž pro systém zdravotní péče.

49 % všech úmrtí nastává na akutním lůžku zdravotnického zařízení

V průměru na jednoho zemřelého připadá v posledním roce života 9 dní hospitalizace

ZDRAVÍ2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie pro regiony ČR



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



V posledních pěti letech byl v Ústeckém kraji zaznamenán průměrný meziroční nárůst počtu pacientů s Alzheimerovou nemocí o 2,4 % (ČR: +2,8 %).

Neuspokojená potřeba péče je ukazatel prezentující podíl osob, které potřebovaly zdravotní péči, ale z nějakého důvodu ji nevyužily. Ústecký kraj je výrazně nad průměrem ČR.

V Ústeckém kraji je 5. nejvyšší počet případů pracovní neschopnosti na 100 tis. pojištěných osob, naopak je zde v rámci ČR podprůměrná délka trvání 1 případu pracovní neschopnosti, a to 33,4 dne (celá ČR 34,5 dne). Ústecký kraj se také vyznačuje nadprůměrným podílem osob s omezením pohybu či smyslu.

Česká republika patří v rámci Evropské Unie ke státům s nejmenší konzumací ovoce. Tato skutečnost má negativní vliv na zdravotní stav české populace. Ústecký kraj se drží výrazně pod průměrem ČR. Vysoký podíl osob, které netráví žádný čas aerobní fyzickou aktivitou je problémem majícím vliv na zdravotní stav populace. Ústecký kraj drží 2. místo v ČR.

Hodnocení programů screeningu zhoubných nádorů v Ústeckém kraji

Ústecký kraj disponuje ve srovnání krajů nižším počtem mamografických, ale naopak mírně vyšším počtem kolonoskopických center. Na jedno screeningové centrum nicméně připadá vyšší objem osob z cílové populace, počet osob na jedno screeningové centrum patří mezi nejvyšší v ČR. Čekací doba na vyšetření je u mamografií výrazně vyšší, než je celostátní průměr, zatímco u kolonoskopií je srovnatelná s celorepublikovým průměrem. V Ústeckém kraji se nachází 4 akreditovaná mamografická screeningová centra, jejichž průměrná objednávací doba je 30 dní. Průměrná objednávací doba v ČR je 17 dní.

Pokrytí populace obyvatel Ústeckého kraje screeningovými programy bylo v roce 2021 ve srovnání krajů mírně nižší u screeningů karcinomu prsu a karcinomu děložního hrdla.

Hodnota pokrytí populace obyvatel Ústeckého kraje u screeningu kolorektálního karcinomu byla naopak mírně vyšší.

Incidence a mortalita v případě kolorektálního karcinomu a karcinomu děložního hrdla nádorů cílených populačními screeningovými programy v čase klesá, a to jak na úrovni celé ČR, tak v populaci Ústeckého kraje. Incidence karcinomu prsu v čase roste, a to jak na úrovni celé ČR, tak v ústecké populaci. U mortality sledujeme v posledních letech spíše stabilizovaný trend.

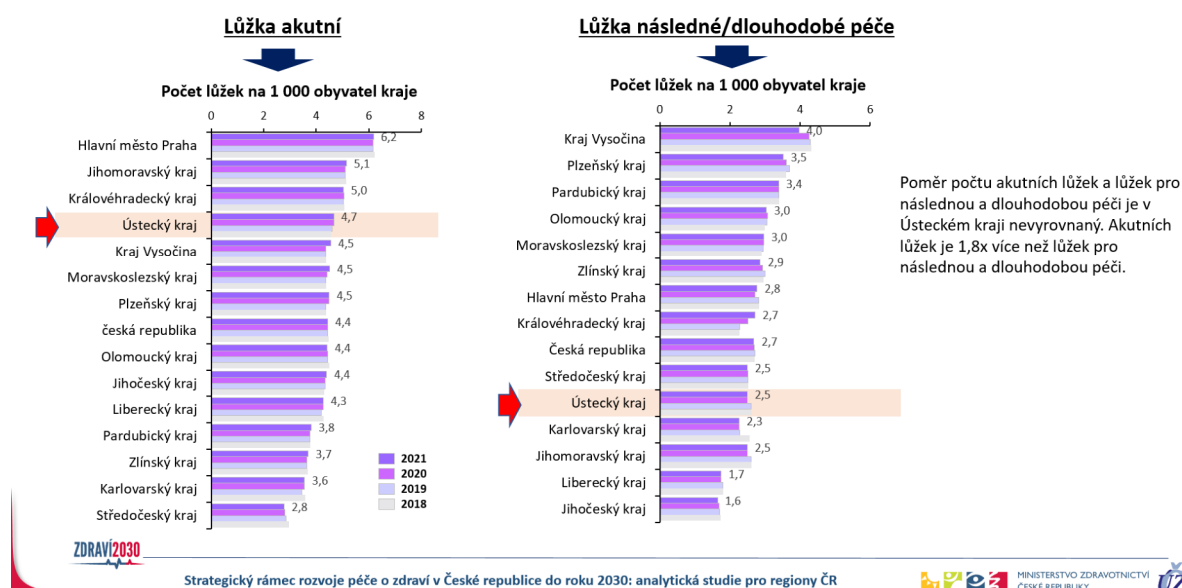
Poskytovatelé zdravotních služeb na území Ústeckého kraje a využití zdravotních služeb

Populace všeobecných praktických lékařů výrazně stárne, v Ústeckém kraji je více než 42 % z nich ve věku nad 60 let. Populace praktických lékařů pro děti a dorost a pediatriů výrazně stárne, v Ústeckém kraji je více než 49 % z nich ve věku nad 60 let. V Ústeckém kraji je více než 39 % populace zubních lékařů ve věku nad 60 let a 21 % pod 34 let.

Poměr počtu akutních lůžek a lůžek pro následnou a dlouhodobou péči je v Ústeckém kraji nevyrovnaný. Akutních lůžek je 1,8x více než lůžek pro následnou a dlouhodobou péči. Cca 1/4 lůžek nadto tvoří lůžka odbornosti psychiatrie. Důsledkem nevyváženosti lůžkového fondu je zejména problematické zajištění (sociálně-zdravotní) péče v závěru života o chronické pacienty. Ústecký kraj vykazuje recentně 43,5 % obloženost akutních lůžek, nemocnice České republiky vykazují průměrnou obloženost 51 %.

Počet lůžek následné a dlouhodobé péče dle krajů ČR (2018–2021)

Zdroj: NRHZS

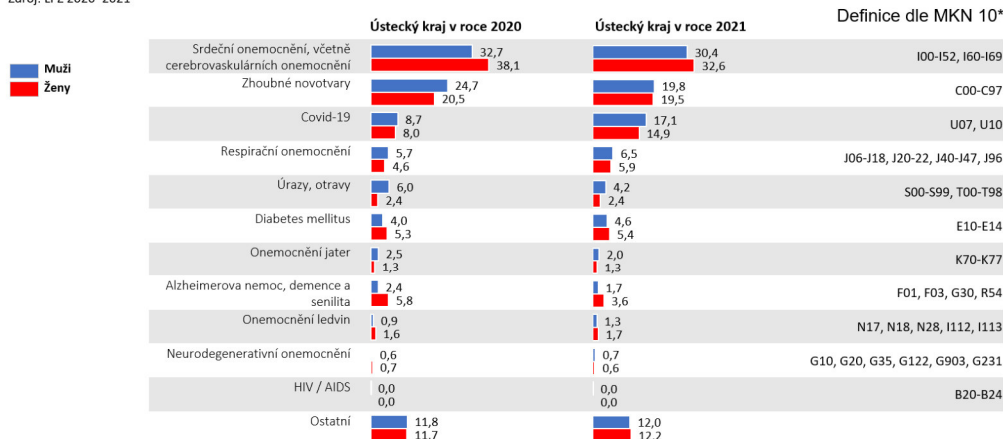


Celkem 60,6 % všech úmrtí v ČR lze na základě úmrtní diagnózy a hospitalizační historie zpětně označit jako úmrtí z chronické příčiny. U těchto úmrtí lze předpokládat značnou míru očekávatelnosti a vysokou pravděpodobnost potřeby některé z forem paliativní péče.

Průměrný počet hospitalizací v průběhu posledních šesti měsíců života u pacientů s očekávatelným úmrtím v ULK mezi lety 2015–2019 dosáhl hodnoty 2,45. Na lůžkách nemocnic umírá 55 % pacientů z ULK s očekávatelným úmrtím a tento stav se dlouhodobě nemění. V naprosté většině probíhají tyto poslední hospitalizace pacientů na akutních lůžkách, v případě fakultních nemocnic dokonce z 99,7 %.

Příčiny úmrtí dle pohlaví

Zdroj: LPZ 2020–2021

N v roce 2021 = 11 775 zemřelých obyvatel ULK
N v roce 2020 = 10 793 zemřelých obyvatel ULK


* Nejedná se o klinickou definici ale o definici skupin s relevantním významem pro paliativní péči (definice převzata z [Murtagh et al. 2014](#) a doplněna o úrazy, diabetes a Covid-19)

Ženy častěji umírají na selhání kardiovaskulárního systému než muži, tyto choroby jsou však nejčastější příčinou úmrtí u obou pohlaví. Muži převažují nad ženami u onkologických příčin úmrtí a u respiračních onemocnění. Muži také výrazně dominují mezi zemřelými následkem úrazu či otravy. Rozdíly v příčinách mortality mezi muži a ženami a zastoupení hlavních příčin úmrtí mají v Ústeckém kraji stejnou strukturu jako v ostatních regionech ČR.

ZDRAVÍ2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie pro regiony ČR


MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

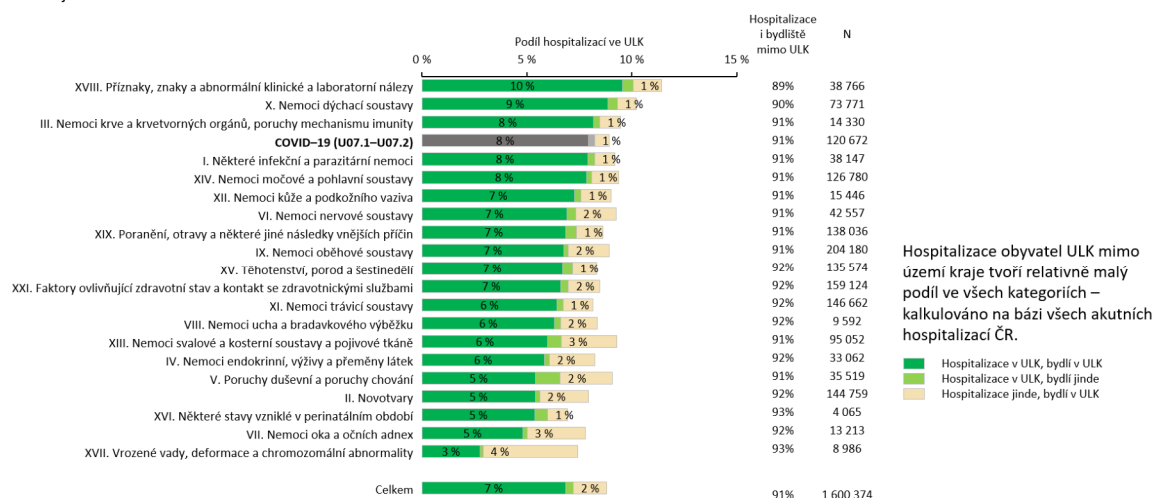

V ČR působí celkově přibližně 4,0 úvazků lékařů na 1000 obyvatel, což je hodnota mírně nadprůměrná v mezinárodním srovnání zemí OECD, nicméně ale podprůměrná ve srovnání s obdobnými zdravotnickými systémy jako je Německo či Rakousko (4,1-4,3 úvazku na 1000 obyvatel). V Ústeckém jsou hodnoty nižší než 3,3 úvazku na 1000 obyvatel a tyto lze interpretovat jako podprůměrné i z mezinárodního evropského hlediska. V ČR působí přibližně 2,1 úvazků lékařů v akutní lůžkové péči na 1000 obyvatel. V Ústeckém kraji je tato hodnota nižší (1,5 úvazku na 1000 obyvatel). V ČR působí přibližně 1,8 úvazků lékařů v nelůžkové péči na 1000 obyvatel. V Ústeckém kraji je tato hodnota nižší (1,6 úvazku na 1000 obyvatel). V ČR působí celkově přibližně 7,8 úvazků sester na 1000 obyvatel, což je hodnota celkově mírně podprůměrná ve srovnání se zeměmi OECD. V Ústeckém je tato hodnota nižší (6,9 úvazku na 1000 obyvatel).

V mezi nejčastější příčiny akutní hospitalizace patří nemoci oběhové soustavy, faktory ovlivňující zdravotní stav a nemoci močové a pohlavní soustavy. Nemocnice se sídlem v Ústeckém kraji mají vyšší podíl příjmů ze ZZS než je průměr ČR (25,7 % vs. 17,5 %). Z hlediska počtu osob ošetřených ZZS je v přepočtu na 1000 obyvatel Ústecký kraj nadprůměrný ve srovnání s ostatními regiony ČR.

Hospitalizace obyvatel ULK mimo území kraje tvoří relativně malý podíl ve všech kategoriích. 95 % všech hospitalizací akutní lůžkové péče v Ústeckém kraji konzumují obyvatelé ULK. Hospitalizace pacientů s bydlištěm v ULK probíhají mimo zařízení kraje nejčastěji především v případě vykázané kapitoly diagnózy V. Poruchy duševní a poruchy chování, XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období i XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně.

Hospitalizace v roce 2021 dle MKN a bydliště pacienta

Zdroj: NRHZS 2021



Hospitalizace obyvatel ULK mimo území kraje tvoří relativně malý podíl ve všech kategoriích – kalkulováno na bázi všech akutních hospitalizací ČR.

■ Hospitalizace v ULK, bydlí v ULK
■ Hospitalizace v ULK, bydlí jinde
■ Hospitalizace jinde, bydlí v ULK

ZDRAVÍ 2030

Akutní hospitalizace v kraji tvoří přibližně 7 % celkového počtu hospitalizací v ČR

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie pro regiony ČR



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Celkový počet lůžek (standard+intenzivní) na 1000 obyvatel v ULK nadprůměrný (čtvrtý nejvyšší v ČR). Celkový počet standardních lůžek je za všechny smluvně sjednané odbornosti v ULK na 1 tis. obyvatel nadprůměrný. V roce 2021 celkem 4,3 lůžka na 1 tis. obyvatel. Obloženost standardních lůžek vypočítaná dle metodiky ÚZIS z dat o celkem nasmlouvaných lůžkách je v ULK dlouhodobě podprůměrná. V roce 2021 byla obloženost pouze 45,1%. Celkový počet lůžek ve smluvně sjednaných dětských oborech v ULK na 1 tis. dětí ve věku do 19 let nadprůměrný. V roce 2021 celkem 2,0 lůžek na 1 tis. dětí. Obloženost lůžek v dětských oborech je v ULK dlouhodobě podprůměrná. V roce 2021 byla obloženost pouze 30,7%.

V roce 2021 v ULK celkový počet hospitalizačních případů (v MDC 23) na 100 tis. obyvatel ve výši 269 hospitalizačních případů. Průměr v ČR byl 179 hospitalizačních případů, tj. o 89 HP více v ULK. V ULK každoročně o 6% vyšší podíl konzervativních hospitalizačních případů, tj. nižší podíl případů s kritickým (operačním) výkonem.

II. Strategický rámec Zdraví 2030 a národní strategické dokumenty

Významným zdrojem pro realizaci krajské strategie zdravotnictví jsou národní dokumenty, jejichž cíle a opatření je naplňující jsou realizovány s podporou státu resp. vládních institucí a státních organizací s celostátní působností. Opatření a cíle vládních strategií jsou a budou aplikována i v Ústeckém kraji, aniž by bylo nezbytné je všechny zahrnout a rozpracovat do strategie kraje.

Strategie kraje detailněji rozvádí ty cíle a ta opatření, která jsou pro Ústecký kraj prioritní. Uvedeny jsou zde stěžejní národní dokumenty, dotýkající se zdraví obyvatel a zdravotních služeb v Ústeckém kraji, přičemž jejich výčet nemusí být úplný. Úplný výčet všech strategických dokumentů ve zdravotnictví je zpřístupněn na portálu strategických dokumentů v ČR, kde je uveřejněna v komplexní databázi strategií – informačním systému, který má přispět ke zlepšení strategického řízení a plánování na všech úrovních veřejné správy v České republice <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie>.

Zdraví 2030 – Strategický Rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030

Oblast zdravotní péče v České republice (dále jen „ČR“) je nedílnou součástí základních strategických materiálů a vládních dokumentů. Stejně jako je tomu u ostatních politik, i zdravotnictví je vázáno na mezinárodní dohody a dokumenty. Jednotlivé cíle pro rozvoj oblasti zdravotnictví však vycházejí z podmínek a potřeb ČR a byly formulovány na základě konzultací s relevantními partnery a na základě rozsáhlé analytické studie, jež je přílohou Strategického rámce Zdraví 2030.

Hlavní přístupy k budoucímu rozvoji ČR, tedy kvalitu života a udržitelnost reflektující jak potřeby jednotlivce, rodiny a společenství, tak i potřebu ekonomického rozvoje, který je také nezbytnou podmínkou zdravotního zabezpečení obyvatel na nejvyšší možné úrovni, formuloval Strategický rámec Česká republika 2030, který přijala vláda ČR dne 19. dubna 2017 usnesením č. 292, a který je také výchozím dokumentem pro formulaci Strategického rámce Zdraví 2030.

Strategický rámec Zdraví 2030 si klade za cíl být základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a udávat směr rozvoje péče o zdraví obyvatel ČR pro příští desetiletí. Hlavní vizí Strategického rámce Zdraví 2030 je zajistit dostupnou zdravotní péči všem občanům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí a současně zajistit, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav.

Tato vize a zároveň výzva pro český zdravotnický systém je významně ovlivněna řadou faktorů. Jedná se především o demografický vývoj, kdy bude česká populace stále více stárnout. Stárnutí populace není problémem jen na straně poptávky, ale i nabídky, neboť stárnutí zdravotnického personálu s sebou přináší rostoucí riziko budoucího nedostatku zdravotnických pracovníků v určitých specializacích a v určitých regionech. S ohledem na zajištění udržitelnosti financování zdravotní péče také vzrůstá potřeba zaměřit rozvoj na dlouhodobou péči a péči komunitní.

Strategické a specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2030

Specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2030 byly nastaveny s ohledem na aktuální potřeby a slabá místa systému poskytování zdravotních služeb v ČR. Hlavní cíle a s nimi související aktivity vycházejí z provedeného auditu dostupných datových zdrojů českého zdravotnictví a z mezinárodních komparací, které jasně ukázaly rezervy v organizaci, dostupnosti i výkonnosti sítě poskytovatelů. Objektivní závěry analytických rozborů se však netýkají pouze organizace péče, ale jsou také výzvou pro změnu postoje české populace v odpovědnosti za vlastní zdraví a silným podnětem k posilování zdravotní gramotnosti.



Strategický cíl 1. - Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel

Specifický cíl 1.1 – Reforma primární péče

Specifický cíl sleduje zejména postupnou proměnu a posílení primární péče tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Ačkoli jde zejména o posílení postavení a rozšíření pravomocí registrujících praktických lékařů, fakticky reforma přinese postupnou rekonstrukci kapacit celého ambulantního segmentu péče, včetně ambulantních specialistů.

Specifický cíl 1.2 – Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti

Význam tohoto specifického cíle vyplývá z dostupných mezinárodních srovnání a národních statistických šetření, a z vyhodnocení epidemiologické situace v souvislosti s pandemií COVID-19 a jejími dopady v ČR a ve světě. V současné době rostou nároky

na vytvoření funkčního a udržitelného systému epidemiologické bdělosti a připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení možných hrozeb v oblasti infekčních onemocnění, a to nejen nových, ale i znovu se opakujících. Klesající proočkovanost a narůstající antimikrobiální rezistence spolu s postupující globalizací, a s ní souvisejícím pohybem obyvatelstva zvyšují riziko přeshraničních hrozeb pro veřejné zdraví.

Specifický cíl 2.1 – Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví

Zásadní motivací pro zařazení tohoto specifického cíle mezi priority Strategického rámce Zdraví 2030 byla podkladová data o stárnutí české populace a o rostoucím podílu chronicky nemocných pacientů. V ČR přibývá občanů, kteří trpí dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, což zvyšuje nároky na dostupné zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Vedle stárnutí populace a prodlužující se absolutní délky života má v tomto ohledu zásadní význam stále relativně krátká doba života ve zdraví, tedy do první vážné nemoci.

Významným strategickým cílem musí být integrace včasné paliativní péče a péče v závěru života do systému péče. Kvalifikované odhady z vyspělých zemí západního světa deklarují potřebu některé z forem paliativní péče u 60–80 % všech úmrtí. Populace ČR vzhledem ke struktuře mortality bude generovat přibližně stejný objem péče v závěru života.

Současné epidemiologické trendy indikují výrazný nárůst potřeb zdravotně sociálních a sociálních služeb v péči o chronicky nemocné pacienty, zejména o dlouhodobě nemocné seniory. Rostoucí počet nemocných vyžadujících dlouhodobou péči je predikován i do budoucna a vytváří tak tlak na zavádění nových modelů organizace péče, efektivně integrující péči primární, ambulantní a nemocniční a nastavující vyvážený poměr mezi lůžkovou péčí akutní a následnou.

Významnou částí specifického cíle 2.1 jsou aktivity zaměřené na reformu péče o osoby s duševním onemocněním, což znamená zejména posilování procesů destigmatizace těchto zdravotních problémů, posilování dostupnosti multioborové péče v komunitním prostředí a posilování rovnosti přístupu ke zdravotním a sociálním službám u zranitelné a početně významné populace osob s duševním onemocněním.

Strategický cíl 2. – Optimalizace zdravotnického systému

Specifický cíl 2.2 – Personální stabilizace resortu zdravotnictví.

Specifický cíl 2.3 – Digitalizace zdravotnictví.

Specifický cíl 2.4 – Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Specifické cíle 2.2–2.4 Strategického rámce Zdraví 2030 se zaměřují na stabilizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, zejména na personální a finanční zajištění jejich kapacit. Tyto aktivity se vzájemně silně potencují, neboť například personální stabilizaci resortu nelze oddělit od zajištění dostatečné úrovně platů a mezd, které dále úzce souvisí s úhradami zdravotních služeb. Osobní náklady přitom představují velký podíl celkového rozpočtu poskytovatelů, v segmentu lůžkové péče jde o více než 55–60 % celkových nákladů.

Ačkoli příjmová stránka veřejného zdravotního pojištění v letech 2018–2020 každoročně absolutně roste, zdroje systému nejsou neomezené. To v ještě větší míře platí o zdrojích lidských. Stárnutí české populace se týká i pracovníků ve zdravotnictví

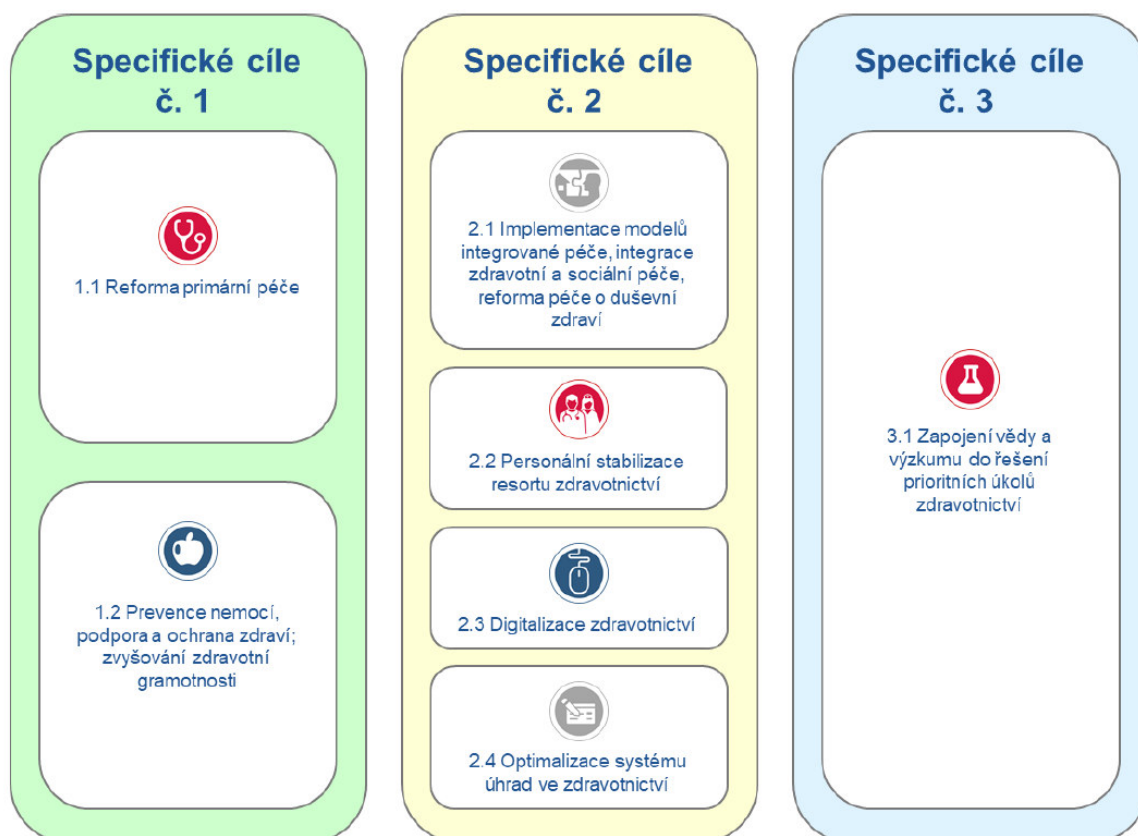
a populačně slabší ročníky budou v budoucnosti limitovat lidské zdroje zdravotních i sociálních služeb.

Personální kapacity lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků jsou podmínkou dostupnosti a kvality zdravotních i zdravotně sociálních služeb. Hlavní aktivity specifického cíle 2.2 Strategického rámce Zdraví 2030 vyplývají z nálezů nově získaných plošných dat Národního registru zdravotnických pracovníků (NRZP) a Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). V řadě segmentů není současné personální zajištění zdravotních služeb optimální, v případě praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost je situace v některých regionech až kritická (ukončování praxí bez náhrady z důvodu postupujícího demografického stárnutí). Druhým nejslabším místem je dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester a porodních asistentek v akutní lůžkové péči.

Strategický cíl 3. – Podpora vědy a výzkumu

Specifický cíl 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

Zdravotnictví je odvětvím, které se neustále vyvíjí k vyšší produktivitě a k lepším výsledkům prostřednictvím aplikace vědeckých poznatků a technologických inovací. Z tohoto důvodu má specifický cíl rozvíjející inovační potenciál zdravotních služeb strategický význam. Zapojení vědy a výzkumu je třeba vnímat i jako významnou podporu pro aktivity řady jiných, výše zdůvodněných specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030.



Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 (dále jen NAPAN) vznikl jako reakce na zvyšující se prevalenci demence v České republice a nutnost aktivně podporovat osvětu, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory pro lidi žijící s demencí a jejich pečující. NAPAN se v širším kontextu zabývá problematikou Alzheimerovy nemoci i dalších typů demencí (frontotemporální demence, progresivní supranukleární obrna, jiné atypické parkinsonské syndromy, částečně i cerebelární syndromy aj.).

NAPAN 2020–2030 navrhuje čtyřicet devět opatření seskupených do dvanácti tematicky specifických cílů, které společně vedou k naplnění následujících pěti strategických cílů:

I. Vytvoření doporučených postupů s mezioborovou platností a dotvoření fungující sítě služeb

Doporučené postupy s mezioborovou platností zajišťují efektivní průchod člověka s demencí sítí služeb. Ve víceúrovňové síti služeb zná každý z poskytovatelů svou roli a existuje dostatečná kapacita a provázanost mezi zdravotními a sociálními službami. Diagnóza a terapie demence jsou dostupné již v raném stadiu nemoci. Lidem žijícím s demencí i jejich rodinným pečujícím je od počátku nabídnuta kontinuální podpora, informace a služby adekvátní stadiu nemoci.

II. Zařazení tématu demence do osnov relevantních pregraduálních i postgraduálních programů, nabídka kurzů a dalších vzdělávacích pramenů pro profesionální i neformální pečující

Všichni, kteří se ve své profesi v různé míře setkávají s demencí, mají vzdělání odpovídající nárokům této profese a specifickým potřebám osob s demencí a pečujících rodin. Vzděláváním se prohlubují znalosti (informace o demenci), dovednosti (zejména v oblasti komunikace, zvláštností v chování, kognitivní aktivace a smysluplných činností) a proměňují se i postoje (přijímání člověka s demencí jako jedinečné a plnohodnotné lidské bytosti, zaměření na člověka s jeho specifickými potřebami, rovnost a právo osob s demencí žít ve společnosti druhých a života si užívat).

Vzdělávání se týká těchto profesí: zdravotničtí pracovníci (lékaři, všeobecné sestry, ergoterapeuti a fyzioterapeuti, farmaceuti, kliničtí psychologové, zdravotně-sociální pracovníci), psychologové, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách (pracovníci přímé péče, aktivizační pracovníci, pracovníci stravovacího provozu, vedoucí pracovníci), pracovníci veřejné správy a samosprávy, sociální pracovníci na obcích a na pobočkách Úřadu práce České republiky (dále ÚP ČR), pracovníci veřejné dopravy, policie, učitelé, pracovníci církví a kulturních institucí, zaměstnavatelé osob žijících s demencí aj. Na dostupné vzdělávání mají právo také pečující osoby, aby mohly získat kompetence potřebné pro poskytování péče a udržení vlastní kondice. Vzdělávání pečujících má rozmanité podoby, tak aby odpovídalo jejich potřebám a možnostem.

III. Probíhá kontinuální epidemiologické monitorování i výzkum v oblasti demence

Výzkum v oblasti demencí probíhá v souladu se stanovenými prioritami, je multidisciplinární, koordinovaný a má zajištěné financování. Je alokováno dostatečné množství financí na udržitelnost studií cílících na dlouhodobé sledování populace. Je k dispozici bohatá datová základna pro provádění kvalitního výzkumu,

kteřá spočívá v populačních studiích, klinických kohortách a rutinně sbíraných datech.

Nejdůležitější ukazatele poskytované zdravotní péče jedincům s demencí jsou pravidelně reportovány a přehledně prezentovány. Cenné jsou i kvalitativní studie hodnotící efektivitu nefarmakologických intervencí. Nedílnou součástí monitorování, analýz a výzkumů musí být i oblast sociální.

IV. Ve společnosti existuje povědomí o demenci, její prevenci, příznacích a potřebách lidí žijících s demencí i rodinných pečujících

Společnost, v níž se zvyšuje podíl seniorů, musí mít povědomí o problematice Alzheimerovy nemoci, neboť jen tak bude vstřícná k nemocným, pečovatелům a rodinným příslušníkům v jejich náročné situaci. Je podporován zdravý životní styl, mezi jehož benefity je řazeno i snížené riziko rozvoje demence.

V. Práva lidí žijících s demencí jsou respektována a chráněna

Lidé žijící s demencí jsou zvláště ohroženou skupinou obyvatelstva, a proto jsou chráněni proti zneužití zhoršeného zdravotního stavu. Existuje a je respektován institut předem vysloveného přání. Diagnóza demence není automaticky spojena s omezením práv.

Národní akční plán pro duševní zdraví (NAPDZ)

Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (dále též NAPDZ) je implementačním dokumentem hned tří strategických dokumentů. Stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013—2023, u kterých existují zjevné implementační deficity. Je jedním z implementačních dokumentů vládou ČR schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 a v neposlední řadě rozpracovává konkrétní oblast Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 „Zdraví 2030“.

Chápeme-li zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody“, nikoliv jen jako „nepřítomnost nemoci či vady“, je cílem NAPDZ zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti charakterizované jako duševní pohoda. Současně by měl být do roku 2030 dokončen systémový proces reformy psychiatrie do takové míry, aby bylo lidem s duševním onemocněním umožněno prožít, i přes hendikep duševního onemocnění, maximálně možný kvalitní život s důrazem na dodržování všech práv obsažených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.

Vize NAPDZ je shrnuta do pěti strategických cílů (priorit) a rozpracována do specifických cílů a opatření.

Jedná se o:

- 1) Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
- 2) Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
- 3) Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
- 4) Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.

- 5) Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

Národní onkologický plán České republiky (NOPL ČR 2030)

Vízi NOPL ČR 2030 je zajistit každému obyvatele České republiky možnost prevence vzniku onkologického onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium nemoci.

Pro naplnění této vize je podstatný nejen vytvořený NOPL ČR 2030, ale i potřeba, aby se boj se zhoubnými nádory stal součástí všech relevantních celorepublikových i regionálních politických agend, a to napříč všemi oblastmi. Klíčové je rovněž podnícení zájmu laické veřejnosti o prevenci vč. ochrany a podpory zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti rizikových faktorů zhoubných nádorů.

Důraz je kladen na zapojení pacientů a neformálních pečujících do celého strategického procesu. Nezbytné bude rovněž nastavení trvale udržitelné cesty boje se zhoubnými nádory, a to vč. multidisciplinární spolupráce v diagnostice a léčbě nádorových onemocnění, k dosažení co nejlepších výsledků léčby. Ruku v ruce musí jít i úzká spolupráce s plátcí zdravotních a sociálních služeb, s nestátními neziskovými organizacemi a dalšími spolupracujícími odbornostmi, které se podílejí na prevenci, diagnostice, léčbě i následné péči. V neposlední řadě bude kladen důraz na mezinárodní kooperaci harmonizující péči v rámci EU.

Vízi NOPL ČR 2030 je: „Zajistit každému obyvatele České republiky možnost prevence vzniku onkologického onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium nemoci.“

III. SWOT analýza zdravotnictví Ústeckého kraje 2023

SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) je analýza, která se používá k identifikaci silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb. Pomáhá v identifikaci vnitřních a vnějších faktorů, které mohou ovlivňovat úspěch, a lépe plánovat strategie. Po identifikaci všech faktorů se provádí důkladné zvážení a analýza, aby se zjistilo, jaký vliv mohou mít, a následně se sestaví plán, jak využít silné stránky, odstranit slabé stránky, využít příležitosti a předcházet hrozbám.

SWOT analýzu vytvořila, projednala a priority stanovila pracovní skupina pro přípravu koncepce zdravotnictví kraje ustavená v návaznosti na teze tvorby Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2023 – 2033.

Pracovní skupina měla také za úkol identifikovat problémy zdravotnictví Ústeckého kraje v oblasti poskytování zdravotní péče a struktury zdravotních služeb, v oblasti zdraví populace a možnosti jeho ovlivnění, navrhnout opatření (a nástroje) k řešení identifikovatelných problémů. Tvořili ji zástupci Ústeckého kraje (krajského úřadu), Výboru pro zdravotnictví ZÚK, České lékařské komory, Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (KP pro Ústecký kraj), Svazu zdravotních pojišťoven ČR, společnosti Krajská zdravotní, a.s., Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje, Sdružení praktických lékařů (VPL), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), ambulantních specialistů, České stomatologické komory a České lékárnické komory.

Výsledná SWOT analýza je prioritizována podle hodnocení priorit všech členů pracovní skupiny, které proběhlo v únoru 2023.

SILNÉ STRÁNKY (Strengths)

1. Dostatečná síť nemocniční péče ÚK, vybavenost nemocnic – infrastruktura, celkové fungování (hlavně oblasti akutní medicíny).
2. Dostupnost akutní péče, vybavenost nemocnic; infrastruktura pro screeningové programy.
3. Dostupná přednemocniční neodkladná péče zajištěná optimálním rozložením výjezdových základen v souladu s Plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami ZZSÚK.
4. Aktivní přístup kraje a municipalit (municipality vytvářejí kompetitivní podmínky, které umí oslovit nové lékaře a sestry).
5. Dostupné vysokoškolské vzdělání v nelékařských zdravotnických oborech na Fakultě zdravotnických studií UJEP.
6. Dobrá spolupráce mezi poskytovateli zdravotních služeb, státem, krajem nebo jinými obcemi k zajišťování veřejných služeb.
7. Ústecký kraj jako majoritní akcionář páteřní sítě nemocnic v Ústeckém kraji.
8. Výsledky vysoce specializované a specializované zdravotní péče (infarkty, pneumonochirurgie, CMP, ...).
9. Aktivní přístup vedení nemocnic k získávání zdravotnických pracovníků do kraje.
10. Účast populace ve funkčních preventivních programech, včetně očkování.
11. Úzká spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními a dalšími institucemi v oblasti zdravotnictví.

SLABÉ STRÁNKY (Weaknesses)

1. Nevyvážené kapacity akutní a následné lůžkové péče, slabé kapacity v péči o umírající.
2. Chybějící specialisté v mnoha oborech zdravotní péče, specificky i s ohledem na místní dostupnost.
3. Nedostatečná síť poskytovatelů primární péče (vč. věkové struktury lékařů).
4. Sociodemografická disparita obyvatel (např. stárnutí obyvatel), ekonomické podmínky, nízká vzdělanost obyvatel, negativní vliv životního prostředí.
5. Přetěžování zdravotnických služeb pacienty, jejichž životní situace by měla být řešena sociálními službami.
6. Nevyvážené kapacity v ambulantní péči, problémy s kapacitou praktických lékařů (VPL i PLDD), stomatologů (zejm. primární péče).
7. Úhradové mechanismy v.z.p. neumožňují správně cílenou bonifikaci zejména v primárním sektoru.
8. Nedostatek kapacit v poskytování péče v oblasti duševního zdraví.

PŘÍLEŽITOSTI (Opportunities)

1. Motivační posílení personálního zabezpečení ve všech zdravotnických kategoriích. Kraj může připravit pobídky pro "nové" lékaře a zdravotnické pracovníky – SPOLUPRÁCE – obec, kraj, v.z.p., PZS (motivace a bonusy pro primární péči) – motivace nových lékařů k tomu, aby přišli do kraje a zůstali zde (nabídka bydlení, ordinace, zajištění míst v MŠ a ZŠ, zajištění zaměstnání pro jejich partnery, přímá finanční podpora). Např. finanční podpora kraje pro přilákání/udržení zdravotníků v kraji – stipendia pro studenty (vč. farmaceutů a farmaceutických asistentů), motivační příspěvky, dotace na nové praxe a vybavení ordinací, účast zástupců kraje na veletrzích pracovních příležitostí, inzerce pracovních příležitostí v kraji na farmaceutických fakultách a VOŠ, finanční spoluúčast kraje na residenčních místech u VPL, apod.
2. Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby jako součást urgentních příjmů na úrovni okresů.
3. Nadstandardní podmínky pro přilákání potřebných zdravotnických profesí (bydlení, kulturní prostředí, dotace na provoz ambulancí, stipendia).
4. Posílení motivačních faktorů pro zabezpečení praxí na venkově.
5. Rozvoj jednodenní péče (efektivní využití kapacit akutní lůžkové péče).
6. Transformace části akutní péče na následnou a dlouhodobou péči.
7. Koncepce následné a dlouhodobé péče ve vztahu k sociálním potřebám (sociálně-zdravotní pomezí) – rozvoj terénních služeb za účelem udržení klienta co nejdéle v přirozeném prostředí.
8. Pobídky v.z.p. pro dostupnost péče (bonifikace/motivace – extra bonifikace ve vybraných oblastech, nejen na příjem nového pacienta).
9. Elektronizace zdravotnictví a účelná digitalizace ve zdravotnictví.
10. Ovlivnění struktury služeb nemocnic (dostupnost/obory/specializace) – ne každá nemocnice musí dělat vše.
11. Rozvoj vysokoškolského vzdělávání – kraj má kapacity na praxe studentů – ale není tu fakulta (nebo alespoň pobočka) – rozvoj výuky mediků, rozšíření fakulty do ÚK, možnost výuky od 4. ročníku, studenti budou mít možnost získání praxe – přilákání nových doktorů - vznik kampusu/koleje.

12. Krajská zdravotní, a.s. – MNUL – získání statutu fakultní nemocnice resp. užší spolupráce s lékařskými fakultami (pro 4. a vyšší ročníky lékařských fakult).

OHROŽENÍ (Threats)

1. U praktických lékařů (i lékařů ZZS) je problémem jejich demografické stárnutí, které zvyšuje riziko uzavírání ordinací z důvodu odchodu do důchodu.
2. Dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester a porodních asistentek v akutní lůžkové péči. V případě praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost je situace v některých regionech až kritická, obdobně je tomu u lékařů ZZS, kde navíc přistupuje faktor jejich nezastupitelnosti.
3. Nedostatečná reakce na stárnutí obyvatel v oblasti sociálních služeb.
4. Hrozba stárnutí obyvatel a populačních změn s dopadem na dostupnost některých veřejných služeb a celkovou ekonomiku obce, nárůst demografických zátěží.
5. Nárůst počtu pacientů s chronickými chorobami.
6. Dlouhodobě podhodnocená zubní péče vede k tomu, že stomatologové nemají zájem o smlouvy se ZP, nemají stanoveno, kolik musí mít registrovaných pacientů.
7. Hrozba nárůstu sociálně patologických jevů, zneužívání a nadužívání ZZS a UP.
8. Pobídky pro lékaře dělají také jiné kraje a municipality, přičemž počet lékařů, kteří opouštějí lékařské fakulty je stále stejný.
9. Je nutné si uvědomit, že zdraví je silně ovlivněno sociálně ekonomickými podmínkami života, které jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami, příjmem, vlivem životního prostředí, individuálními preferencemi občanů apod.
10. Snížování počtu obyvatel, absence možnosti bydlení i provozování zdravotnických ambulancí, vedoucí ke snížení atraktivity obce pro lékaře i zdravotnický personál.
11. Neochota nových lékařů (stomatologů) poskytovat péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

IV. Kompetence Ústeckého kraje v oblasti zdravotnictví

Pro správné zacílení priorit kraje v oblasti zdravotnictví je třeba vyhodnotit veškeré nástroje, které má kraj k dispozici pro ovlivnění zdravotnictví na svém území a pro své občany a osoby se v kraji nacházející.

Nástroje lze rozdělit do čtyř základních oblastí:

1. přímé kompetence obligatorní – zákonné kompetence a povinnosti vyplývající z právního řádu ČR v oblasti zdravotnictví (veřejného zdraví a zdravotních služeb);
2. přímé kompetence fakultativní – kompetence vyplývající z postavení kraje jako veřejnoprávní korporace (oblast poskytování zdravotních služeb zřizovanými příspěvkovými organizacemi nebo zakládanými obchodními společnostmi, oblast dotací a případné přímé finanční spoluúčasti);
3. nepřímé kompetence – postavení kraje jako veřejnoprávní korporace ke všem subjektům v oblasti veřejného zdraví a poskytování zdravotních služeb;
4. veřejný zájem – oblast závislá pouze na úspěších či neúspěších vyjednávání se subjekty mající přímé kompetence na poskytování zdravotních služeb.

Všechny čtyři oblasti se v rámci strategie úzce dotýkají a prolínají při naplňování cílů této strategie.

Přímé kompetence obligatorní

Za přímé kompetence obligatorní jsou považovány veškeré kompetence a povinnosti kraje (ev. krajského úřadu), které jsou přímo stanoveny právními předpisy. Patří sem veškeré záležitosti v oblasti zdravotnictví, které jsou svěřeny k rozhodování kraji v samostatné či přenesené působnosti (přenesenou působnost vykonává krajský úřad). Pátevní právní normou je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění. Dalšími podstatnými normami jsou pak zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění, zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, v platném znění, a další právní předpisy.

Kraj v této oblasti odpovídá výhradně za zajištění dostupnosti zdravotnické záchranné služby, za zajištění služby protialkoholní a protitoxikomanické záchranné stanice (obojí v samostatné působnosti kraje) a dále za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a organizace a zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení (vše v přenesené působnosti).

V přenesené působnosti dále krajský úřad

- rozhoduje o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb;
- vyhlašuje a organizuje výběrová řízení před uzavřením smlouvy se zdravotní pojišťovnou u ambulantní péče;
- vyřizuje stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb v případě, kdy osoba, která podala poskytovateli stížnost, s jejím vyřízením poskytovatelem nesouhlasí;
- přezkoumává zdravotní posudky vydávané poskytovateli zdravotních služeb na svém území;

- zajišťuje na požadavek ředitele krajského vojenského velitelství lékaře a ostatní zdravotnické pracovníky a materiální zabezpečení lékařských prohlídek do odvodních komisí (v případě vyhlášení stavu ohrožení státu nebo válečného stavu).

Tuto oblast kompetencí lze považovat za stěžejní pro naplnění zákonných povinností kraje. Jiné obligatorní kompetence nejsou kraji ani krajskému úřadu dány.

Přímé kompetence fakultativní

Za přímé kompetence fakultativní jsou považovány veškeré kompetence a povinnosti kraje vyplývající z postavení kraje jako veřejnoprávní korporace. Páteří právní normou je zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), v platném znění. Bezprostředně navazující je pak zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, v platném znění.

Do samostatné působnosti kraje patří záležitosti, které jsou v zájmu kraje a občanů kraje, pokud nejde o přenesenou působnost kraje. Při výkonu samostatné působnosti kraj spolupracuje s obcemi; nesmí přitom zasahovat do jejich samostatné působnosti. Za zmínku zde proto stojí i kompetence obcí, kdy obec ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.

Do této oblasti tedy patří především výkon zřizovatelských a zakladatelských funkcí ve vztahu k právnickým osobám – k příspěvkovým organizacím v oblasti zdravotnictví (které poskytují zdravotní služby) a k akciové společnosti Krajská zdravotní, a.s. – páteří sítě nemocnic Ústeckého kraje (kraj rozhoduje ve věcech kraje jako jediného společníka obchodní společnosti).

Současně sem patří i poskytování dotací spolkům, humanitárním organizacím a jiným právnickým a fyzickým osobám působícím na území kraje v oblasti zdravotnictví.

Tuto oblast kompetencí lze považovat za stěžejní pro podporu zdraví (zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva kraje) a rozvoje zdravotních služeb na území kraje.

Nepřímé kompetence

V této oblasti se na kraj pohlíží jako na veřejnoprávní korporaci, která může mít vliv na jednání subjektů v oblasti veřejného zdraví a poskytování zdravotních služeb. Páteří právní normou je zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), v platném znění.

Patří sem pravomoci kraje (zastupitelstva) předkládat návrhy zákonů Poslanecké sněmovně, předkládat návrhy Ústavnímu soudu na zrušení právních předpisů, má-li za to, že jsou v rozporu se zákonem, rozhodovat o spolupráci kraje s jinými kraji a o mezinárodní spolupráci, schvalovat rozpočet kraje, schvalovat závěrečný účet kraje a schvalovat účetní závěrku kraje. Mezi další pravomoci kraje (rady) patří ukládání úkolů krajskému úřadu v oblasti samostatné působnosti, přezkum opatření přijatá krajským úřadem v samostatné působnosti, vyřizování návrhů, připomínek a podnětů obcí a právnických osob z územního obvodu kraje.

Tuto oblast kompetencí lze považovat za stěžejní pro spolupráci s obcemi na území kraje, s poskytovateli zdravotních služeb, státními (vládními) institucemi

a organizacemi (např. Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem), Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou, Českou lékárnickou komorou, Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a dalšími zájmovými sdruženími (např. sdruženími lékařů) při podpoře zdraví (zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva kraje) a při podpoře rozvoje zdravotních služeb na území kraje.

Veřejný zájem

Tato oblast je závislá pouze na úspěších či neúspěších vyjednávání kraje se subjekty mající přímé kompetence na poskytování zdravotních služeb.

Právě do této oblasti patří např. vyjednávání o tvorbě sítě poskytovatelů zdravotních služeb na svém území (přímá obligatorní kompetence je dána zdravotním pojišťovnám – podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny).

Kraj však má k dispozici nepřímé nástroje, jak posílit svou vyjednávací pozici se státními institucemi a zdravotními pojišťovnami, rozhodne-li se hrát v tomto aktivní roli. Mezi tyto nástroje mohou například patřit:

- vyjednávací pozice kraje jako člena Asociace krajů České republiky;
- vyjednávací pozice kraje jako jediného akcionáře společnosti Krajská zdravotní, a.s. – majoritní poskytovatel lůžkové péče na území kraje;
- vyjednávací pozice kraje při spolupráci s patientskými organizacemi při prosazování práv pacientů (garance časové a místní dostupnosti, zákaz diskriminace atp.);
- využití spolupráce s poslanci, senátory a dalšími veřejnými činiteli z regionu ev. i legislativní iniciativy zastupitelstva kraje;
- využití vyjednávací pozice kraje v evropských strukturách (např. čerpání evropských dotačních titulů pro rozvoj zdravotnické infrastruktury).

Tuto oblast kompetencí lze považovat za stěžejní pro řešení významných potřeb v oblasti rozvoje zdravotních služeb na území kraje.

V. Podpora zdraví obyvatel

Zdraví jednotlivce je podle definice Světové zdravotnické organizace „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci nebo vady“.

Zdraví populace – veřejné zdraví je „zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin, přičemž tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života“ (definice podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví). V obecném slova smyslu se veřejným zdravím rozumí zdraví společnosti jako celku, a lze jej měřit a hodnotit určitými kvantitativními i kvalitativními indikátory a analytickými procesy.

Veřejné zdraví je definováno jako organizované úsilí společnosti s cílem chránit, rozvíjet a navracet zdraví lidí. Jde o kombinaci vědeckých poznatků, dovedností i názorů směřujících k udržení a zlepšení zdraví lidí prostřednictvím kolektivních nebo sociálních aktivit. Podpora a ochrana veřejného zdraví je zakotvena v zákoně č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Podle tohoto zákona se veřejným zdravím rozumí zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

Ochrana a podpora veřejného zdraví je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.

Ohrožením veřejného zdraví je stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví.

Pod pojmem prevence se rozumí opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemoci.

Primární prevence je souhrn opatření na podporu zdraví a předcházení nemocí. Praktický lékař v primární prevenci poskytuje informace nutné k pochopení smyslu primární prevence, motivuje ke zdravému způsobu života, pomáhá překonávat překážky související se změnou životního stylu a podporuje vytváření plánů na zavedení změn. Intervence lékaře jsou zaměřeny na ovlivnění rizikových faktorů nádorových onemocnění a srdečně-cévních onemocnění, zejména kouření, škodlivého pití alkoholu, nedostatku pohybu a nezdravé výživy. Součástí primární prevence je očkování proti infekčním onemocněním. Primární prevence je výzva pro všechny složky společnosti, pro všechny rezorty i státní a veřejnou správu. Předcházení nemocem podporou zdravého životního stylu je nákladově nejefektivnější – podle WHO je až 80% chronických neinfekčních nemocí preventabilních zdravým životním stylem.

Sekundární prevence znamená včasný záchyt a ovlivňování již vzniklého onemocnění. Včasný záchyt např. nádorových onemocnění ovlivňuje perspektivu nemocných jak z hlediska dožití, tak kvality života. Příkladem jsou screeningové programy: rakoviny prsu, děložního čípku nebo rakoviny tlustého střeva a konečníku. Včasný záchyt aterosklerotických změn umožní intervence proti existujícím rizikovým faktorům a zabránění rozvoje onemocnění nebo jeho komplikací, jako jsou infarkt myokardu či cévní mozková příhoda.

Terciární prevence zahrnuje opatření po již proběhlé atace choroby (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, komplikace diabetu). Jedná se například o rehabilitační režim k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti u pacienta po cévní mozkové příhodě nebo komplexní péče o pacienta s diabetickou nohou.

Kvartérní prevencí praktičtí lékaři rozumí prevenci zbytečného vyšetřování a nadměrného léčení, které mohou ohrozit bezpečí pacienta a zbytečně vyčerpat zdroje na léčbu potřebných pacientů. Jedná se zejména o identifikaci zbytných invazivních vyšetření a terapeutických metod, a naopak doporučení eticky přijatelných postupů. Nadměrná diagnostika a léčba přináší vedlejší účinky. Zbytečné označení osoby závažnou nemocí má psychologický dopad. Svou rolí průvodce bezpečného pohybu pacienta ve zdravotním systému je praktický lékař nenahraditelný.

Zdraví jednotlivce řeší klinická medicína, jejím cílem je léčit nemoc, úraz nebo vadu. Prevence se zaměřuje na screening a podpora se zaměřuje na síť poskytovatelů zdravotních služeb.

Naopak u zdraví populace (veřejného zdraví) je cílem předcházet vzniku nemoci, úrazu, nebo i vady, prodlužovat život ve zdraví. Prevence se zaměřuje na zdravý „životní styl“ a podpora se zaměřuje na prevenci ať už cílenou, nebo obecnou. Problémem ve veřejném zdraví je měřitelnost efektivity, existují však indikátory kvality v rámci projektu OECD, který poskytuje nejnovější srovnatelná data a trendy v průběhu času o zdraví populace a výkonnosti zdravotního systému napříč členy OECD, kandidátskými a partnerskými zeměmi.

Priority a opatření podpory zdraví obyvatel

Je otázkou jaká má být role kraje v podpoře zdraví a prevenci, aby přijatá opatření byla účinná a na území kraje efektivní. Kraj by se měl především připojit k plnění cílů Strategického rámce Zdraví 2030 a jeho specifického cíle 1.2 – Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti.

Pozitivním faktorem v Ústeckém kraji je ochota populace kraje zapojit se do preventivních programů, včetně očkování. V tomto směru kraj převyšuje průměr české populace.

1. **Podpořit zapojení škol do projektů a programů zaměřených nejen na primární, ale i sekundární prevenci nemocí.**
2. **Podpořit aktivity obcí a dobrovolných svazků obcí při realizaci programů primární a sekundární prevence nemocí.**
3. **Úzce spolupracovat a podpořit aktivity prevence nemocí a to jak při realizaci národních programů primární a sekundární prevence tak i konkrétních aktivit zdravotních pojišťoven (ve spolupráci s primární péčí).**
4. **Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami navrhnout efektivní model zavádění programů primární a sekundární prevence nemocí u velkých zaměstnavatelů (firemní benefity).**
5. **Vyhodnotit a zvážit podporu vytvoření dostupné sítě mediátorů zdraví ev. koordinátorů/metodiků prevence.**
6. **Při realizaci aktivit podpory zdraví obyvatel úzce spolupracovat se Státním zdravotním ústavem a dalšími institucemi (např. zdravotní ústav, univerzita).**

T: průběžně, odpovědnost instituce napříč Ústeckým krajem

VI. Obligatorní kompetence kraje

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje je zřízena Ústeckým krajem jako samostatná příspěvková organizace. Jejím úkolem je především poskytovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči srovnatelnou pro všechny obyvatele Ústeckého kraje. Podmínky k zabezpečení dostupnosti ZZS jsou stanoveny „Plánem pokrytí území Ústeckého kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby“ (dále jen „Plán pokrytí“) schváleným poprvé Radou Ústeckého kraje dne 13. 3. 2013 usnesením č. 14/10R/2013 (poslední aktualizace dne 13. 10. 2021 usnesením č. 032/28R/2021)

Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami

Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí tak, aby místo události na území jednotlivých obcí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut. Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska. Dojezdová doba musí být dodržena s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele.

Rozmístění výjezdových základen je stanoveno při zohlednění:

- rizikových parametrů území jednotlivých obcí Ústeckého kraje (parametr hustoty obydlivosti území obce vyjádřený počtem obyvatel obce, parametr určující rizika koncentrace obyvatel na malém území v rámci obce, parametr zohledňující zdravotní rizika - na základě vyhodnocení počtu zásahů ZZSÚK na území jednotlivé obce);
- dostupnosti místa poskytnutí přednemocniční neodkladné péče dle výpočtů na základě modelu průjezdnosti stávající sítě pozemních komunikací se zohledněním topologických parametrů jednotlivých katastrálních území obcí.

Každé 2 roky probíhá přehodnocení Plánu pokrytí, kdy jsou opakovaně vyhodnocovány rizikové faktory a přijímána případná opatření k zajištění dostupnosti ZZS (změny rozmístění základen, změny počtu výjezdových skupin, atd.). Pokrytím území Ústeckého kraje výjezdovými základnami se tak rozumí rozmístění výjezdových základen na území kraje tak, aby byla zajištěna dostupnost zdravotnické záchranné služby na území Ústeckého kraje.

Příhraniční spolupráce ZZS

K naplnění plánu přispívá i realizace Rámcové smlouvy mezi Českou republikou a Spolkovou republikou Německo o přeshraniční spolupráci v oblasti zdravotnických záchranných služeb podepsané v Plzni 4. dubna 2013, která má vést ke zlepšení přednemocniční neodkladné péče pro obyvatele společných příhraničních oblastí

mezi Českou republikou a Spolkovou republikou Německo a to na území Svobodného státu Sasko a Ústeckého kraje.

V listopadu 2015 uzavřel kraj mezinárodní Ujednání o přeshraniční spolupráci zdravotnických záchranných služeb, smluvními partnery jsou Ministerstvo vnitra Svobodného státu Sasko a Karlovarský, Liberecký a Ústecký kraj. V rámci plnění ujednání od 1. 1. 2016 může docházet ke vzájemným zásahům posádek ZZS na druhé straně hranice, ale vždy až po vyžádání smluvním partnerem, kterému v daném okamžiku docházejí zdroje a může tak využít ke spolupráci a zásahu na svém území posádku záchranné služby z druhého státu. Pravidelně zasedá pracovní skupina, která zásahy podle ujednání a i další spolupráci ZZS na hranicích vyhodnocuje.

Ústecký kraj ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Ústeckého kraje pravidelně aktualizuje plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami ZZS (naposledy v říjnu 2021). Pro naplnění plánu jsou uzavřeny pro případy hodné zvláštního zřetele pro zajištění dostupnosti zdravotnické záchranné služby na území kraje i mezikrajskou dohodu, na jejíchž základě si ZZSÚK v rámci operačního řízení může vyžádat pomoc v rámci mezikrajské spolupráce z výjezdových základen ZZS příslušného sousedního kraje.

Priority a opatření ZZS

- 1. Pravidelně aktualizovat Plán pokrytí území Ústeckého kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby.**

T: 2023, 2025, 2027, 2029, 2031, 2033 (ZZSÚK, ÚK-KÚ)

- 2. Rozvíjet úzkou spolupráci se všemi partnery v rámci mezinárodního Ujednání o přeshraniční spolupráci zdravotnických záchranných služeb.**

T: 2023-2033 (ZZSÚK)

Prohlídky těl zemřelých

Úmrtí osoby nebo nález těla zemřelého mimo zdravotnické zařízení poskytovatele zdravotních služeb se oznamuje na jednotné evropské číslo tísňového volání 112 nebo na tísňovou linku Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje na lince 155. Prohlídku těla zemřelého mimo zdravotnické zařízení poskytovatele je třeba provést vždy; jejím účelem je zjistit smrt osoby, pravděpodobné datum a čas úmrtí, pravděpodobnou příčinu smrti a dále určit, zda bude provedena pitva. V rámci provedení prohlídky těla zemřelého je provedeno označení těla zemřelého.

Prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat

- poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb; provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb;
- lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel nebo lékař, se kterým má kraj pro tyto účely uzavřenu smlouvu;
- poskytovatel, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí;
- poskytovatel zdravotnické záchranné služby v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na území Ústeckého kraje zabezpečuje kraj od roku 2018 prostřednictvím smluvního vztahu s poskytovatelem

zdravotních služeb, vybraným na základě s poskytovatelem zdravotních služeb vybraným na základě veřejné zakázky.

Aktuálně platnou smlouvu na zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na území Ústeckého kraje kraj uzavřel v souladu s ustanovením § 84 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) s poskytovatelem zdravotních služeb vybraným na základě veřejné zakázky s názvem „Zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na území Ústeckého kraje v období 2021 - 2024“.

Priority a opatření prohlídek těl zemřelých

- 1. Prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na území Ústeckého kraje realizovat prostřednictvím veřejné zakázky na 2 – 4 roky.**

T: pravidelně dle trvání platné smlouvy (ÚK-KÚ)

- 2. Průběžně vyhodnocovat systém zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení a případně navrhnout organizační či jiná opatření.**

T: 1x za dva roky (ÚK-KÚ)

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba

Kraj v samostatné působnosti zajišťuje záchytnou službu na svém území dle potřeby (za tímto účelem zřizuje nebo zakládá záchytné stanice, nemůže-li zajistit tuto službu záchytnými stanicemi, provozovanými jinými právníky osobami nebo fyzickými osobami), popř. koordinuje zřizování, zakládání a činnost záchytných stanic zřizovaných či zakládaných obcemi v samostatné působnosti či fyzickými nebo právníky osobami.

Ústecký kraj uzavřel se společností Krajská zdravotní, a.s. v listopadu 2018 Smlouvu o poskytování veřejné služby a podmínkách poskytnutí Vyrovnávací platby za plnění závazku veřejné služby určené na náklady služby protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanice (dále jen „PZŠ“), a na jejím základě byl dne 13. května 2019 zahájen provoz PZŠ v areálu nemocnice v Teplicích.

Priority a opatření v oblasti záchytné služby

- 1. Vyhodnotit provoz PZŠ v Teplicích v kontextu potřeb celého Ústeckého kraje (ve spolupráci s nemocnicemi, obcemi a odbornou veřejností).**

T: 2024 (RÚK)

- 2. V návaznosti na vyhodnocení navrhnout a realizovat případné strukturální změny v zajištění PZŠ na území kraje.**

T: 2025-2026 (RÚK)

Pohotovostní služba dle zákona o zdravotních službách

Ústecký kraj je podle ustanovení § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), odpovědný za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, přičemž jde o výkon přenesené působnosti. Ve snaze zajistit tuto službu způsobem odpovídajícím místním potřebám Ústecký kraj a krajský úřad úzce spolupracují s dotčenými městy.

Lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění.

O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele (příslušného registrujícího lékaře). Lékařská pohotovostní služba neslouží k řešení dříve vzniklých onemocnění či zhoršení zdravotního stavu, při kterých občan nevyhledal včasnou lékařskou péči.

Provozování ordinací lékařské pohotovostní služby je obvykle zajištěno na základě uzavřeného smluvního vztahu o zajištění poskytování služby obecného hospodářského zájmu mezi krajem - krajským úřadem (nebo městem) a poskytovatelem zdravotních služeb, pověřeným provozováním ordinace lékařské pohotovostní služby.

V současné době je krajem definováno 14 spádových oblastí ordinací LPS v oboru všeobecný praktický lékař a 8 spádových oblastí ordinací LPS v oboru praktický lékař pro děti a dorost.

Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství je poskytována na 4 stanovištích v různých okresech Ústeckého kraje. Pokrytí Ústeckého kraje touto zdravotní službou znamená její dostupnost do cca 60 minut pro všechny obyvatele Ústeckého kraje. Dostupnost pohotovostní služby v oboru zubní lékařství byla vyhodnocena jako dostatečná a nezbytné ji prioritně měnit, přesto, že ordinace LSP v oboru zubní lékařství by měla dle standardů ČSK ideálně pokrývat spádovou oblast pro 100 tis. obyvatel.

Lékařskou pohotovostní službou se rozumí poskytování lékařské péče mimo pravidelnou otevírací dobu lékárny. V současné době není lékařská pohotovostní služba krajem zajišťována vzhledem k tomu, že ordinační doba ordinací LPS končí mezi 20.00 - 21.00 hodinou, kdy obdobnou provozní dobu mají také lékárny umístěné v nákupních centrech minimálně ve všech okresních městech. Odpovídajícím způsobem však není řešena lékařská pohotovostní služba v 7 dnech státních svátků, kdy jsou nákupní centra dle stávající legislativy uzavřena. Na území kraje chybí lékárna s otevírací dobou 24/7. Kraj se nijak nepodílí na organizaci ani financování lékařské pohotovostní služby.

Ústecký kraj v současné době lékařskou pohotovostní službu nezajišťoval. Vzhledem k tomu, že ordinační doba ordinací LPS končí mezi 20.00 – 21.00 hodinou, kdy obdobnou provozní dobu mají také lékárny umístěné v nákupních centrech minimálně ve všech okresních městech, je tento způsob zajištění dostatečný.

Vzhledem k tomu, že dostupnost lékařských služeb v běžné síti lékáren je denně do 20.00 hodin minimálně ve všech okresních městech, není nutné lékařskou pohotovostní službu zajišťovat.

Primární péče je v ČR na vysoké úrovni, avšak v poslední době dochází ke snižování dostupnosti zdravotní péče v důsledku klesajícího počtu personálu, zejména v odlehlých lokalitách. Vzhledem k tomuto dochází ke zneužívání záchranné služby, urgentních příjmů, ale i LPS k suplování role praktických lékařů v jejich ordinacích. Spojitost s primární péčí je zcela zásadní a reforma LPS nezbytná k zabezpečení dostupnosti péče v jednotlivých regionech. Stávající právní úprava má sice zakotvenou povinnost sloužit LPS, avšak praktické vymáhání této povinnosti je téměř nemožné. Proto je nezbytné změnit celý systém legislativně tak, aby případné sankce byly účinně vymahatelné.

Dílním cílem národní strategie Zdraví 2030 (specifický cíl 1.1 Reforma primární péče) je Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby (cca jedna pro každý okres), a zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy. Cílovým stavem pak má být situace, kdy lékařská pohotovostní služba bude součástí urgentních příjmů vybraných okresních nemocnic (Vznikne tak státem garantovaná síť LPS).

Je doporučeno upravit provozování LPS tak, aby počet stanovišť a ordinační doba odpovídala připravované reformě primární péče (obvykle 1 ordinace na okres, plošně jednotná ordinační doba, finanční ohodnocení lékařů i sester).

Priority a opatření v oblasti LPS

- 1. Definovat spádové oblasti Ústeckým krajem zajišťované a podporované LPS ve vazbě na urgentní příjmy nemocnic s cílem snížit jejich počet, a zvýšit tak jejich průchodnost a kvalitu díky odpovídajícímu zázemí navazujících zdravotních služeb (laboratorní a radiologický komplement, odborná konziliární vyšetření) – koncept ordinace LPS výhradně u nemocnice akutní péče (ideálně s urgentním příjmem). Sjednotit ordinační dobu LPS na území celého Ústeckého kraje.**

T: 2023-2024 (ÚK-KÚ, KZ, ČLK, SPL, SPLDD, ČSK, ČLnK)

- 2. V přímé návaznosti na reformu primární péče, na vznikající síť a provozní fungování urgentních příjmů, a v úzké vazbě na zjevně nedostatečné kapacity lékařů v primární péči vyhodnotit fungování LPS v kontextu potřeb celého Ústeckého kraje (ve spolupráci s nemocnicemi, obcemi a odbornou veřejností).**

T: 2023-2024 (ÚK-KÚ, KZ, ČLK, SPL, SPLDD, ČSK, ČLnK)

- 3. V návaznosti na vyhodnocení navrhnout a realizovat strukturální změny v zajištění LPS na území kraje a vytvořit funkční model pohotovostní služby jako součást urgentních příjmů na úrovni okresních nemocnic vč. funkčního modelu lékárenské pohotovostní služby.**

T: 2023-2024 (ÚK-KÚ, KZ, ČLK, SPL, SPLDD, ČSK, ČLnK))

VII. Rozvoj a podpora zdravotních služeb v Ústeckém kraji

Dostupnost zdravotních služeb (místní a časová)

Nemalou pozornost je třeba věnovat geografické dostupnosti poskytovatelů zdravotních služeb, bez vazby jejich vlastníka (zřizovatele), aby byla zajištěna co nejlepší zdravotní péče pro všechny obyvatele kraje a minimalizovány negativní dopady nerovnoměrného rozložení zdravotnických zařízení. Je třeba přemýšlet nad vhodnými strategiemi a opatřeními pro zlepšení geografické dostupnosti zdravotní péče, jako je například rozvoj mobilních zdravotnických služeb nebo zřízení popř. výstavba nových zdravotnických zařízení v oblastech s nižší dostupností.

Důležité je brát v úvahu vzdálenost mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a možnost jejich spolupráce a koordinace. V kraji by měla být podporována spolupráce mezi různými zdravotnickými zařízeními a vytváření sítí zdravotnických služeb, což může vést k efektivnějšímu využití zdrojů a lepší koordinaci péče.

Celkově je geografická dostupnost zdravotnických zařízení klíčovou výzvou pro strategii podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji. Je důležité vytvářet podmínky pro co nejlepší přístup k zdravotní péči pro všechny obyvatele kraje bez ohledu na jejich místo bydliště.

Dalším faktorem ovlivňujícím geografickou dostupnost zdravotnických zařízení v kraji je dopravní infrastruktura. Například, v některých oblastech může být k dispozici pouze omezená dopravní infrastruktura, což může vést ke ztížené dostupnosti zdravotnických zařízení pro pacienty. V této situaci mohou být mobilní zdravotnické služby nebo telemedicína užitečnými nástroji pro poskytování zdravotní péče vzdálenějším oblastem kraje. Vzhledem k vzdálenostem mezi jednotlivými nemocnicemi by bylo vhodné optimalizovat síť nemocniční péče tak, aby byla co nejvíce efektivní a zároveň umožňovala pacientům přístup ke kvalitní zdravotní péči bez nadměrných nákladů a časových ztrát.

S tématem dostupnosti je třeba připomenout, že např. ukazatel počtu potřebných úvazků lékařů na počet obyvatel není stanoven. Co je to ideální stav, nelze bohužel exaktně kvantifikovat. Za dostupnost zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění odpovídají zdravotní pojišťovny, které jsou podle § 46 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (v platném znění) povinny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny.

Platí také, že pojištěný občan má mj. právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům

1. místní dostupnost hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích.

2. časovou dostupnost hrazených služeb. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti.

Místní a časová dostupnost je stanovena nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Primární péče

Reforma primární péče je jedním ze sedmi specifických cílů národní strategie „Zdraví 2030“ a obsahuje 12 dílčích cílů. Podrobněji je tento specifický cíl rozebrán v Implementačním plánu č. 1.1 Reforma primární péče. U všech dílčích cílů, snad s jedinou výjimkou, jsou kraje/krajské úřady uvedeny mezi spolupracujícími subjekty. Pozornost a dotazy k problematice dostupnosti primární péče, tedy nejen zajištění LPS, vůči krajům roste.

Priority a opatření při podpoře dostupnosti primární péče

1. **Vytvořit program dlouhodobé podpory rezidenčních míst pro vzdělávání v akreditovaných ordinacích VPL a PLDD v Ústeckém kraji (vzdělávání v základním kmeni nebo celé specializační vzdělávání).**
T: 2023 / Z: ZÚK
2. **Vytvořit program metodické a administrativní podpory žadatelů o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místa (dotační program MZČR).**
T: 2023 – 2024 / Z: RÚK
3. **Vytvořit program podpory provozu ordinací registrujících poskytovatelů zdravotních služeb primární péče (vznik nových, udržení provozu stávajících).**
T: 2023 / Z: ZÚK
4. **Průběžně vyhodnocovat situaci, priority a opatření v oblasti primární a ambulantní péče a navrhnout další opatření k zajištění dostupnosti primární péče v Ústeckém kraji.**
T: pravidelně 1x ročně

Akutní lůžková péče, síť urgentních příjmů nemocnic a specializovaná centra a specializovaná ambulantní péče

Krajská zdravotní, a.s. tvoří páteřní síť nemocnic Ústeckého kraje a kromě specializované a superspecializované péče poskytuje zdravotní služby v podobě „okresní nemocnice“ na území 6 ze sedmi okresů (Děčín, Litoměřice, Chomutov, Most, Teplice a Ústí nad Labem). Ve 4 městech poskytují nemocniční péči obce (města), které jsou vlastníky nebo zakladateli nemocnic (Žatec, Kadaň), ale také i soukromé právnické osoby (Roudnice nad Labem, Duchcov).

Kraj poskytuje společnosti Krajská zdravotní, a.s. dotace jako vyrovnávací platbu spojenou se službami obecného hospodářského zájmu (závazek veřejné služby) a to výhradně jako investiční podporu (s výjimkou služeb, které jako obligatorní zajišťuje a prostřednictvím pověření poskytuje kraj). Před několika lety, se však otevřela konkrétní politická diskuse, zda by nemělo dojít k podpoře i jiných poskytovatelů zdravotních služeb. Na kraj se obrátily obce (města), které jsou vlastníky nebo zakladateli nemocnic, s žádostí o dotaci obcím (městům) na obecně formulovaný účel spojený s plněním základních úkolů obce (rozvoj zdraví obyvatel) – vytváření podmínek pro uspokojování potřeb občanů v oblasti rozvoje zdraví s odkazem na § 35

odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení). Ústecký kraj si byl a je vědom, že obce, zejména ty, mající pod svými křídly nemocnice, ve zvýšené míře dbají o uspokojování potřeb občanů a ochranu veřejného zájmu, kterým je jistě péče o jejich zdraví, a to v rozsahu, v jakém toho není způsobilý stát, a již nyní evidentně nedostačují síly měst. S ohledem na rozsah a význam zdravotních služeb, kterými obce svým prostřednictvím dbají o uspokojování potřeb občanů, bylo a je zřejmé, že prostředky obcí jsou nedostatečné i s ohledem na to, že služby pro uspokojování potřeb občanů jsou poskytovány nadregionálně (nejen pro občany těchto obcí) a dotace jsou Ústeckým krajem poskytovány.

Občané kraje, by měli mít přístup k odpovídající zdravotní péči na celém území kraje. Páteří sítě nemocnic Ústeckého kraje by tak měla v budoucnu pokrývat všechny okresy Ústeckého kraje.

Páteří sítě nemocnic Ústeckého kraje (s urgentním příjmem)

Definice se páteří sítě nemocnic akutní péče by měla vycházet především ze sítě nemocnic s urgentním příjmem (minimálně jedna nemocnice v okrese) a nemocnic poskytujících svými kapacitami a strukturou péče ucelené zdravotní služby minimálně ve čtyřech základních oborech (s omezením geografické dostupnosti na jednu nemocnici v rámci území obce s rozšířenou působností).

Mimo nemocnic s urgentním příjmem jsou pro zajištění zdravotních služeb akutní lůžkové péče v rámci nemocnice považovány za nezbytné následující základní zdravotní obory:

1. Vnitřní lékařství: Obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou chorob vnitřních orgánů.
2. Chirurgie: Obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou chorob a poranění, které vyžadují chirurgický zákrok.
3. Gynekologie a porodnictví: Obor, který se zabývá zdravím žen, zejména v období těhotenství a porodu, a také prevencí a léčbou gynekologických onemocnění.
4. Pediatrie: Obor, který se zabývá zdravím dětí od narození do adolescence, včetně diagnostiky a léčby akutních a chronických onemocnění, prevence a poradenství ohledně vývoje dítěte.
5. Anesteziologie a intenzivní medicína: Obor, který se zabývá péčí o pacienty v kritickém stavu s bezprostředním ohrožením životních funkcí.

Kromě oborů, které jsou nezbytné pro nemocnici akutní lůžkové péče, je v rámci kraje vhodné zaměřit se na podporu dalších oborů zdravotní péče:

1. Ortopedie: Obor, který se zabývá diagnózou, léčbou a prevencí poruch pohybového aparátu, jako jsou zlomeniny, dislokace, artróza a další.
2. Psychiatrie: Obor, který se zabývá diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, schizofrenie a další.
3. Neurologie: Obor, který se zabývá diagnózou, léčbou a prevencí onemocnění nervového systému, jako jsou mrtvice, epilepsie, Parkinsonova choroba a Alzheimerova choroba.

Vzhledem k vysokému výskytu kardiovaskulárních onemocnění, cévních mozkových příhod a onkologických onemocnění v Ústeckém kraji, existují další důležité obory, jako je kardiologie, onkologie, pneumologie a rehabilitace.

Pátevní nemocnice Ústeckého kraje – s urgentním příjmem I. typu

Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí n. L., o.z.

Pátevní síť nemocnic Ústeckého kraje – s urgentním příjmem II. typu nebo s ucelenými zdravotními službami

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Litoměřice, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. – nemocnice Rumburk

Nemocnice Žatec, o.p.s.

Nemocnice Kadaň, s.r.o.

Nemocnice bez urgentního příjmu a neúplnou strukturou základních oborů

Nemocnice Roudnice nad Labem s.r.o.

VITA, s.r.o. (Nemocnice Duchcov)

Specializovaná centra a specializovaná ambulantní péče

Ústecký kraj zejména díky Krajské zdravotní, a.s. disponuje relativně ucelenou dostupností center vysoce specializované péče v ČR, ať už jde o centra uvedená ve Věstníku MZČR, další specializovaná screeningová centra a pracoviště ev. i centra neuvedená ve Věstníku MZČR.

Ústecký kraj by měl podporovat obnovu akreditací center vysoce specializované nebo specializované péče i potřebných screeningových center a pracovišť, aby občané a pacienti Ústeckého kraje měli zajištěnu místní dostupnost této péče.

Priority a opatření v oblasti akutní lůžkové péče

1. **Podporovat investice do udržení ev. i rozvoje potřebných kapacit nemocniční péče u pátevní sítě nemocnic Ústeckého kraje (klíčové nemocnice a centra, zajištění místní dostupnosti).**
2. **Prioritně podporovat investice do nemocnic s urgentním příjmem.**

T: průběžně (ÚK)

Následná a dlouhodobá lůžková péče, paliativní a hospicová péče

Poměr počtu akutních lůžek a lůžek pro následnou a dlouhodobou péči je v Ústeckém kraji nevyrovnaný. Akutních lůžek je 1,8x více než lůžek pro následnou a dlouhodobou péči. Cca ¼ lůžek nadto tvoří lůžka odbornosti psychiatrie. Důsledkem nevyváženosti lůžkového fondu je zejména problematické zajištění (sociálně-zdravotní) péče v závěru života o chronické pacienty.

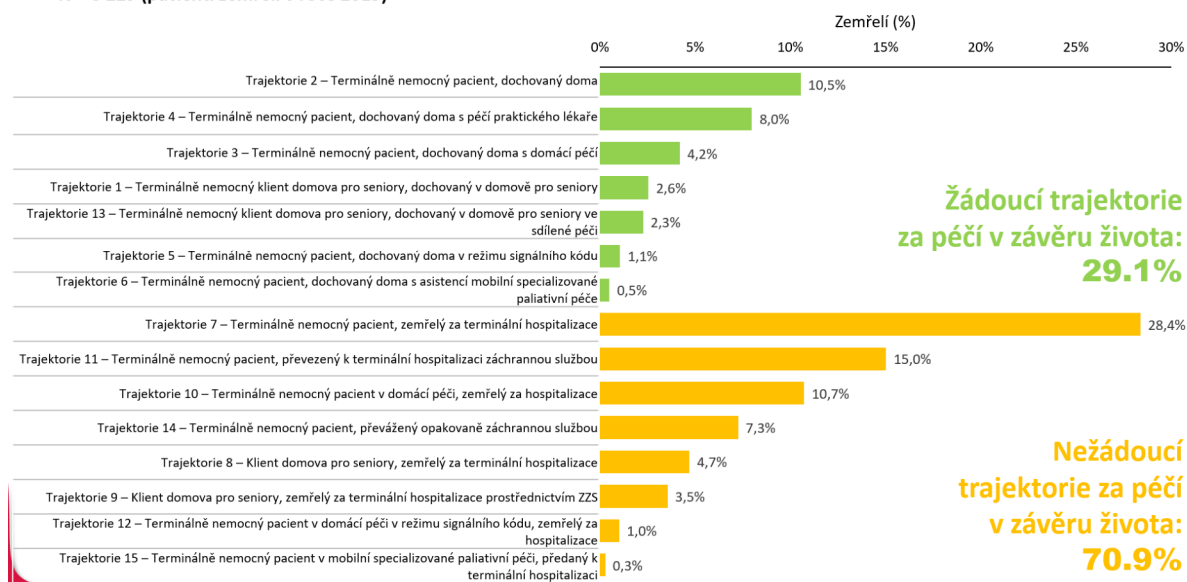
Přestože následná a dlouhodobá péče je poskytována mnoha subjekty napříč územím Ústeckého kraje (24 subjektů – nemocnic, geograficky rovnoměrně rozložených na celém území Ústeckého kraje), je potřeba s ohledem na demografickou predikci zaměřit se na posílení kapacit segmentu následné a dlouhodobé péče.

Dlouhodobou lůžkovou hospicovou péči poskytují v kraji v dva kamenné hospice (Litoměřice a Most), postupně se v kraji rozvíjí služby mobilní hospicové péče, jejichž kapacity se ale zdají nedostatečné.

Celkem 60,6 % všech úmrtí v ČR lze na základě úmrtní diagnózy a hospitalizační historie zpětně označit jako úmrtí z chronické příčiny. U těchto úmrtí lze předpokládat značnou míru očekávatelnosti a vysokou pravděpodobnost potřeby některé z forem paliativní péče. Vzhledem k současným demografickým trendům, lze předpokládat, že podíl úmrtí chronických pacientů bude narůstat a představovat zvyšující se zátěž pro systém zdravotní péče. Mobilní specializovaná paliativní péče se postupně etabluje v českém zdravotním systému jako jedna z plnohodnotných alternativ zdravotní péče o umírající, nejprve byla provozována zcela mimo systém zdravotního pojištění, od roku 2017 je tato forma zdravotní péče součástí úhradové vyhlášky. V administrativních datech souvisejících s vykazováním zdravotních služeb nelze identifikovat všechnu péči poskytovatelů MSPP (neboť je stále dost často hrazena přímo či formou darů), ale přesto lze zaznamenat signifikantní nárůst té služby poskytované v rámci služeb hrazených ze zdravotního pojištění.

Trajektorie pacientů v závěru života - ULK

N = 6 229 (pacienti zemřeli v roce 2019)



Dostupná data dokládají, že v posledním půlroce života absolvuje cca polovina pacientů opakovaně hospitalizace, a to téměř z 10 % více než tři hospitalizační pobyty. Evidentně existují velké rezervy v organizaci péče, neboť řadě těchto hospitalizací jde předejít efektivním managementem péče o umírající.

Priority a opatření v oblasti následné a dlouhodobé péče

1. Podporovat investice do posílení a rozvoje potřebných kapacit následné a dlouhodobé péče.
2. Podporovat investice do posílení a rozvoje potřebných kapacit paliativní a lůžkové hospicové péče a služeb.
3. Podporovat posílení a rozvoj potřebných kapacit mobilní hospicové péče tím rozvíjet tzv. žádoucí trajektorie péče o pacienty v závěru života.

T: průběžně (ÚK)

Péče o duševní zdraví

Péčí o duševní zdraví se zabývá několik národních strategických dokumentů.

Stěžejním je Národní akční plán pro duševní zdraví (NAPDZ), který stanoví konkrétní postupy pro naplňování Strategie reformy psychiatrické péče 2013—2023, u kterých existují zjevné implementační deficity, patří přitom mezi implementační dokumenty vládou ČR schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 a rozpracovává konkrétní oblast Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 „Zdraví 2030“.

Dalšími dokumenty jsou Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN), který připravilo Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí a Národní akční plán prevence sebevražd (NAPPS), který reaguje na stabilně vysokou míru sebevražd, kterou se ČR zavázala snižovat, a absenci národní strategie prevence sebevražd.

V rámci NAPDZ je realizována řada projektů, mezi něž patří témata Deinstitutionalizace, podpora rozvoje komplexní sítě Center duševního zdraví (CDZ), včasné intervence u závažných duševních onemocnění (VIZDOM), tvorba metodiky pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb (MEERPS), destigmatizace, multidisciplinarita a dalších.

Reforma péče o duševní zdraví V Ústeckém kraji byla realizována prostřednictvím dokumentu Implementace Strategie reformy psychiatrické péče a péče o duševní zdraví (2017) s tím, že v průběhu realizace vznikla Koordinační struktura Implementace strategie reformy psychiatrické péče a péče o duševní zdraví v Ústeckém kraji (2018). Koordinační skupina, jako výkonný orgán de facto zanikla a schází se pouze neformálně spolu s postupným ukončením národního projektu Deinstitutionalizace.

Zastupitelstvo Ústeckého kraje dne 13. 12. 2021 usnesením č. 040/11Z/2021 schválilo Krajský plán péče o duševní zdraví pro Ústecký kraj (KPPDZ), jehož témata jsou

- Řízení a koordinace reformy a sítě na úrovni kraje
- Financování
- Sítě služeb
 - o duševní zdraví lidí se zkušeností s vážným duševním onemocněním (SMI)
 - o duševní zdraví lidí seniorského věku s potřebami v oblasti duševního zdraví
 - o duševní zdraví dětí a adolescentů s potřebami v oblasti duševního zdraví
- Lidské zdroje a odborná příprava
- Destigmatizace
- Advocacy – Obhajoba zájmů klientů a jejich rodinných příslušníků
- Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví a lidská práva

Priority a opatření v oblasti duševního zdraví

Péče o duševní zdraví je další oblastí, na kterou je třeba se zaměřit, zejména s ohledem na vysokou míru depresivních a úzkostných poruch v regionu. Psychiatrie a psychologie by mohly být klíčovými obory pro zlepšení péče o mentální zdraví obyvatel kraje.

1. Realizovat cíle a opatření Krajského plánu péče o duševní zdraví pro Ústecký kraj a průběžně vyhodnocovat jejich realizaci.

T: 2023 – 2030 (ÚK-KÚ)

2. Vytvořit pracovní supinu pro realizaci Krajského plánu péče o duševní zdraví pro Ústecký kraj.

T: 2023 (RÚK)

VIII. Kraj jako vlastník (zřizovatel) poskytovatelů zdravotních služeb

Krajská zdravotní, a.s. – páteřní poskytovatel lůžkové péče v Ústeckém kraji

Společnost Krajská zdravotní, a.s. vznikla 1. září 2007 transformací pěti nemocnic do jednoho celku. O vytvoření této zastřešující společnosti rozhodlo Zastupitelstvo Ústeckého kraje. Realizaci a způsob naplnění tohoto rozhodnutí přeneslo zastupitelstvo na Radu Ústeckého kraje, která tak zahájila vlastní transformační proces, vrcholící založením společnosti Krajská zdravotní, a.s.

Pět největších nemocnic, spadajících do té doby, coby samostatné subjekty, pod kompetenci Krajského úřadu Ústeckého kraje, se tak z příspěvkových organizací stalo odštěpnými závody nově založené Krajské zdravotní, a.s. Konkrétně se jedná o Nemocnici Děčín, Masarykovu nemocnici v Ústí nad Labem, Nemocnici Teplice, Nemocnici Most a Nemocnici Chomutov. Od 1. 4. 2021 je součástí Krajské zdravotní, a.s. Nemocnice Litoměřice a od 1. 7. 2021 také nemocnice v Rumburku jako detašované pracoviště Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

S ohledem na geografické rozmístění v regionu tvoří nemocnice jednu páteřní síť zdravotnických zařízení pro celý Ústecký kraj. Transformací nemocnic bylo rozhodnuto o významné změně způsobu organizace a zabezpečení poskytování zdravotní péče v kraji. Nově tak vzniklo unikátní zdravotní zařízení, jehož prostřednictvím je pro občany Ústeckého kraje zajišťována dostupná a přitom maximálně efektivní a hospodárná síť, poskytující zdravotní péči, která by měla svou kvalitou odpovídat nejmodernějším trendům v medicíně.

Společnost Krajská zdravotní, a.s. je se svými téměř devíti tisíci zaměstnanci jedním z největších poskytovatelů zdravotní péče v České republice a jedním z největších zaměstnavatelů v Ústeckém kraji.

Priority a opatření pro společnost Krajská zdravotní, a.s.

Společnost Krajská zdravotní, a.s., je v současné době největším poskytovatelem lůžkové zdravotní péče v České republice. Je zároveň i největším zaměstnavatelem v oblasti zdravotnictví. Tento společenský status je ale současně závazkem do budoucnosti a je tak nezbytné nastínit jasné směry, kterými se společnost v následujících letech má ubírat.

- 1. Připravit Koncepti rozvoje zdravotní péče Krajské zdravotní, a.s. (koncepte podnikatelské činnosti).**
T: 2023 – 2024 (KZ)
- 2. Podporovat realizaci konkrétních cílů a opatření Konceptu rozvoje zdravotní péče Krajské zdravotní, a.s. (koncepte podnikatelské činnosti).**
T: 2024 – 2033 (RÚK)
- 3. Podporovat realizaci investičních aktivit Krajské zdravotní, a.s. podporujících obnovu a rozvoj infrastruktury péče páteřních nemocnic Ústeckého kraje (v rámci SOHZ).**
T: 2023 – 2033 (ZÚK)

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, p.o.

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, příspěvková organizace byla 1. 1. 2003 převedena spolu s ostatními záchrannými službami v kraji pod Ústecký kraj. 1. 1. 2004 došlo ke sloučení samostatných záchranných služeb působících v Ústeckém kraji s výjimkou Litoměřic, Lovosic a Roudnice nad Labem, které se k jednotnému organizaci přednemocniční neodkladné péče připojily o rok později. Jednotné řízení systému poskytování přednemocniční neodkladné péče v Ústeckém kraji bylo schváleno usnesením Zastupitelstva Ústeckého kraje č. 52/22/2003 ze dne 17. 12. 2003. V současné době je činnost Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje zajišťována v souladu se zákonem č. 374/2012 SB., o zdravotnické záchranné službě (v platném znění), který upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby.

Priority a opatření pro ZZSÚK

Aktivity kraje a zdravotnické záchranné služby by se měly zaměřit na personální stabilizaci resp. rozvoj personálních kapacit, kontinuální vzdělávání, kvalitu a technologický rozvoj operačního řízení výjezdových skupin, rozvoj preventivně výchovné činnosti, zajištění adekvátního počtu a struktury technických prostředků (sanitních vozidel ZZS, zdravotnických vozidel systému rendez-vous, zdravotnických přístrojů, IT a komunikační infrastruktury), mezinárodní (příhraniční) spolupráci a spolupráci všech složek IZS.

- 1. Připravit a v orgánech kraje projednat Koncepti udržitelnosti a rozvoje Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje, poskytující zdravotní služby, v jejichž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.**

T: 2023 – 2024 (ZZSÚK, RÚK)

Kojenecké ústavy Ústeckého kraje, p.o.

Kojenecké ústavy Ústeckého kraje, příspěvková organizace je zdravotnické zařízení pro děti do tří let věku. Poskytuje zdravotní služby a zaopatření dětem, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím a dětem zdravotně postiženým. Posláním organizace je co nejrychlejší navrácení nejvyššího možného počtu dětí do rodin vlastních či náhradních. Svoji činnost provozuje ve dvou zařízeních, tj. v kojeneckém ústavu a v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Transformace a optimalizace činnosti kojeneckých ústavů probíhá kontinuálně již od roku 2006, kdy došlo ke sloučení tří stávajících subjektů (Most, Teplice a Rumburk) v jediné zařízení. Z původního počtu 230 míst pro děti do tří let věku a 225 zaměstnanců ve všech výše uvedených lokalitách, došlo nejen ke snížení celkové kapacity na dnešních 50 míst (40 míst v režimu kojeneckého ústavu a 10 míst v rámci zařízení pro

děti vyžadující okamžitou pomoc), ale i ke snížení zaměstnanců na 68 pracovních pozic na konci roku 2022.

V roce 2021 přijatá novela zákona č. 359/1999Sb., upravuje poskytování služeb sociálně právní ochrany v dětských domovech pro děti do 3 let věku dětem do dovršení tří let nejdéle do 31. 12. 2024. V zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc mohou být umístěny děti do 3 let věku nejdéle do 31. 12. 2024. Navržená a zatím neschválená novela zákona č. 372/2011Sb. by měla s vysokou pravděpodobností změnit dětské domovy pro děti do 3 let věku na centra komplexní péče o děti se závažným zdravotním nikoli sociálním problémem.

Legislativní změny a jejich návrhy způsobily, že je ze strany MPSV i nadále vyvíjen tlak ohledně upřednostňování umístění dětí do pěstounské péče než do péče ústavní. Tímto dochází jak ke snižování výkonů, tak ke snižování nákladovosti zařízení, které se projevuje především snižováním variabilních provozních nákladů a v úspoře mzdových nákladů zaměstnanců.

Uvolněné prostory jsou nabízeny jiným subjektům pro potřeby dalších chybějících služeb v regionu (např. zřízení dětské skupiny, pronájem části budovy pro speciální mateřskou školu). Diskutuje se také možná transformace na domov pro osoby se zdravotním postižením komunitního typu, který by se nadále zaměřoval strukturou péče na věkovou kategorii dětí.

Priority a opatření transformace služeb pro děti do 3 let

- Připravit a realizovat plán transformace služeb poskytovaných Kojeneckými ústavy Ústeckého kraje ve vazbě na probíhající legislativní změny v péči o děti do 3 let (vyhotovení konceptu služeb ve vztahu k možnému přesunu do sféry sociálních služeb), analyzovat budoucí využití areálu a navrhnout příslušná opatření.**

T: 2023 – 2024 (KojÚ, RÚK)

Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.

Psychiatrická léčebna Petrohrad, příspěvková organizace kromě zdravotních služeb, jako je lůžková, ambulantní a terénní psychiatrická péče, poskytuje také sociální služby, a to ve formě chráněného bydlení a sociální rehabilitace.

Léčebna má zpracovaný Transformační plán do roku 2030, který byl zpracován v souvislosti s realizací Národního akčního plánu pro duševní zdraví (NAPDZ). Cílem je vytvořit vyvážený model péče o duševní zdraví, kde všechny služby reflektují priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují a zároveň by mělo dojít k vyváženému poměru mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami. Snahou je, aby služby byly poskytovány co nejbližší k bydlišti pacienta/klienta, a aby intervence byly zaměřeny, jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta/klienta.

Priority a opatření pro PLP

- Definovat koncept role Psychiatrické léčebny Petrohrad nejen v rámci reformy péče o duševní zdraví ale globálně ve vztahu ke struktuře poskytované péče, efektivnímu využití personálních i prostorových kapacit napříč poskytovateli zdravotních služeb kraje (využití synergických efektů dlouhodobé ošetrovatelské péče a péče akutních oddělení nemocnic).**

T: 2024-2025 (RÚK)

2. **Aktualizovat a postupně realizovat opatření Transformačního plánu Psychiatrické léčebny Petrohrad v rámci reformy péče o duševní zdraví**

T: 2024 (ÚK-KÚ)

IX. Prioritní DESATERO Ústeckého kraje ve zdravotnictví

S ohledem na povinnosti a kompetence vyplývající z právního řádu, z kompetencí vyplývajících z postavení kraje jako veřejnoprávní korporace, ať už v roli vlastního zajištění konkrétních zdravotních služeb nebo jiných podpůrných aktivit nebo v oblasti úzké a účinné spolupráce s obcemi, regiony a poskytovateli služeb, a s ohledem na legální možnosti kraje podpořit veřejný zájem při vyjednávání se subjekty mající přímé kompetence na poskytování zdravotních služeb a dalších podpůrných aktivit, je k realizaci konkrétních patření stanoveno prioritní DESATERO Ústeckého kraje ve zdravotnictví.

I. Podpora personálního zajištění zdravotních služeb

Za určitý handicap Ústeckého kraje lze považovat absenci lékařské fakulty v regionu. Pravdou je, že v Ústí nad Labem je rychle se rozvíjející a expandující Univerzita Jana Evangelisty Purkyně a její Fakulta zdravotnických studií, nicméně ani to nepřináší do systému chybějící plnohodnotné všeobecné sestry. Proto je nutné, aby se poskytovatelé zdravotních služeb Ústeckého kraje, především páteří síť nemocnic, stali pro lékařský i nelékařský zdravotní personál atraktivními zaměstnavateli.

Proto je např. třeba zejména u páteřních nemocnic budovat tzv. pracoviště „excellence“, na kterých bude příležitost pracovního uplatnění a práce s přístroji, zařízeními a celkového zázemí na úrovni nejlepších pracovišť fakultních nemocnic. Vzhledem k existenci dominantního poskytovatele zdravotní péče v Ústeckém kraji je zde vhodné připomenout, že Krajská zdravotní, a.s. je de facto zodpovědná za zajištění dostupnosti kvalitní zdravotní péče obyvatelům kraje, zejména v oblasti péče neodkladné a péče specializované a vysoce specializované. V některých oborech ale poskytuje péči i za hranicemi regionu.

V rámci potřeby zvýšení přílivu zdravotnického personálu je třeba vytvořit účinné modely spolupráce kraje, obcí, poskytovatelů zdravotních služeb a vzdělávacích institucí (školy a univerzity), navrhnout úpravy vzdělávacích programů (využit kapacitní možnosti a zvýšit kvalitu a atraktivitu specializovaných výcviků v úzké spolupráci nemocnic a ambulantního sektoru). Je vhodné zvážit účinnou motivaci stávajících poskytovatelů služeb primární péče a umožnit jim zaměstnat mladé lékaře, kteří nejsou ochotni si prozatím otevřít vlastní praxi. Mladým lékařům vytvořit takové pobídky, které jim do budoucna umožní převzít praxi od lékaře seniora a zejména zůstat v Ústeckém kraji.

1. Vytvořit komplexní program motivačního posílení personálního zabezpečení ve všech zdravotnických kategoriích v Ústeckém kraji (pobídky pro "nové" lékaře a zdravotnické pracovníky)

- **finanční podpora kraje pro přilákání/udržení nových lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (k tomu, aby přišli do kraje a zůstali zde – bydlení, kulturní a sociální prostředí, služby pro vzdělávání a péči o děti, dotace na provoz ambulancí, stipendia, přímá finanční podpora).**
 - i. **stipendia pro studenty (lékaře, zubní lékaře a farmaceuty i ostatní nelékařské zdravotnické profese)**
 - ii. **motivační „náborové“ příspěvky pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty i ostatní nelékařské zdravotnické profese**
 - iii. **dotace na nové praxe a vybavení ordinací (pro lékaře, zubní lékaře)**

- iv. účast zástupců kraje na veletrzích pracovních příležitostí ve zdravotnictví
 - v. aktivní inzerce pracovních příležitostí v kraji na lékařských a farmaceutických fakultách a dalších vysokých školách vzdělávajících nelékařské zdravotnické profese, zvláštní programy připravit pro studenty pocházející z Ústeckého kraje
 - vi. finanční spoluúčast kraje na residenčních místech, především v primární péči (systém školitelů je nastaven bez motivačního faktoru pro školící lékaře, případné spolufinancování ze strany kraje zvýší zájem podílet se na přípravě nových lékařů primární péče)
 - spolupráce kraje, obcí, poskytovatelů a zdravotních pojišťoven (umožnit kombinaci motivačních programů pro zvýšení jejich atraktivity)
2. Individuálně reagovat na aktuální potřeby a umožnit vytvoření nadstandardních podmínek pro přilákání specificky důležitých zdravotnických profesí.
 3. Vytvořit program, který umožní residentům předatestační přípravu v oboru primární péče v nemocnicích Krajské zdravotní, a.s. s finanční podporou kraje (v případě, že po atestaci zůstanou pracovat v ÚK).
- T: průběžně, odpovědnost instituce napříč Ústeckým krajem

II. Podpora geografické dostupnosti a kapacit primární péče

1. Vytvořit komplexní program motivačního posílení dostupnosti zdravotních služeb:
 - motivačních faktor pro zabezpečení praxí na venkově
 - pobídky zdravotních pojišťoven zvyšujících dostupnost péče v Ústeckém kraji (extra bonifikace ve vybraných oblastech, nejen na příjem nového pacienta),
 - finanční podpora kraje pro lékaře otevírající novou praxi i pro lékaře, který by převzal praxi po odcházejícím lékaři.
2. Podpořit vznik (zvýšení kapacit) ordinací primární péče (VPL, PLDD, STO):
 - navrhnout systém nemocničních ordinací primární péče (např. jako nízkoprahových ordinací),
 - podpora ordinací primární péče, které zvyšují reálnou kapacitu péče zaměstnáváním dalších lékařů (byť jen s výhledem budoucího převzetí praxe – dotace na místo).
3. Vytvořit funkci koordinátora primární péče, jehož cílem by bylo:
 - promovat motivační benefity kraje, obcí a poskytovatelů služeb, a ve spolupráci s odbornými organizacemi oslovovat mladé lékaře s nabídkami (mít přehled o působících lékařích s atestací v primární péči nebo v přípravě nabízet těmto lékařům možnosti, kde mohou najít své trvalé působiště),
 - sledovat demografickou strukturu lékařů působících v primární péči, pravidelně aktivně oslovovat lékaře ve smyslu zajištění nástupce a dalšího zajištění provozu praxe,
 - koordinovat školence školícím pracovištím v primární péči.

4. Navrhnout změnu systému úhrad spočívající v navýšení (bonifikace) příjmů ordinací primární péče v regionech strukturálně postižených oproti regionů s dostatečným kapacitním zajištěním služeb primární péče (např. regiony Praha, Brno, velká města):

- zvážit i vyšší ohodnocení venkova oproti městům (zatraktivnit venkov oproti městu – kompenzovat ztrátu dostupnosti městských služeb).

III. Optimalizace struktury kapacit lůžkové péče

Páteřní síť nemocnic Ústeckého kraje

1. Podporovat udržení a nezbytný rozvoj potřebných kapacit nemocniční péče u páteřní sítě nemocnic Ústeckého kraje:

- aktivně ovlivňovat strukturu služeb nemocnic v rámci vyhodnocení jejich dostupnosti (obory/specializace),
- aktivně podporovat transformaci části akutní péče na následnou a dlouhodobou péči,
- aktivně podporovat rozvoj jednodenní péče (efektivní využití kapacit akutní lůžkové péče),
- primárně podporovat se stávajícími kapacitami následnou a sociální péči na úkor akutní, která je v dostatečné kapacitě,
- prioritně podporovat poskytovatele zdravotních služeb a obory s akreditací pro postgraduální vzdělávání lékařů.

T: průběžně, odpovědnost instituce napříč Ústeckým krajem

Centra specializované a vysocespecializované péče

Ústecký kraj by měl podporovat obnovu akreditací center vysoce specializované nebo specializované péče i potřebných screeningových center a pracovišť, aby občané a pacienti Ústeckého kraje měli zajištěnu místní dostupnost této péče.

Dostupnost kapacit následné a dlouhodobé péče

Ústecký kraj by měl podporovat investice do posílení a rozvoje potřebných kapacit následné a dlouhodobé péče, paliativní a lůžkové hospicové péče a služeb a tím rozvíjet tzv. žádoucí trajektorii péče o pacienty v závěru života. Reagovat je třeba na přípravu národní koncepce následné a dlouhodobé péče ve vztahu k sociálním potřebám – posílení zdravotně sociálního segmentu služeb (sociálně-zdravotní pomezí).

IV. Rozvoj adekvátních kapacit a struktury vzdělávání zdravotnických pracovníků, podpora výzkumu

Vzdělávání zdravotnických pracovníků (lékaři i nelékařská povolání)

1. Podporovat rozvoj vysokoškolského vzdělávání na území Ústeckého kraje vč. zahraniční spolupráce:

- v kraji existují kapacity na zajištění praxí studentů, chybí zde lékařská fakulta (nebo alespoň pobočka),
- cílem by měl být rozvoj výuky mediků, rozšíření aktivit lékařských fakult v Ústeckém kraji, např., zajištěním výuky od 4. ročníku u poskytovatelů nemocniční péče v Ústeckém kraji

Infrastruktura vzdělávacích kapacit (spolupráce škol a poskytovatelů zdravotních služeb)

1. Podporovat získání statutu fakultní nemocnice u Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

- užití spolupráce s lékařskými fakultami (pro 4. a vyšší ročníky lékařských fakult)
- vzdělávání a výzkum – definice spolupráce nemocnic, univerzit a kraje – rozvoj klinik a vzdělávání

V. Kvalita (adekvátní trajektorie) péče v závěru života

1. Podporovat rozvoj služeb domácích (mobilní) hospicové péče podpořit tak žádoucí trajektorie péče o pacienty v závěru života.

- podpora služeb lůžkové hospicové péče, paliativní péče, mobilní hospicové péče
- zvýšení poměru tzv. žádoucí trajektorie péče o pacienty v závěru života oproti nežádoucí trajektorie

VI. e-Health a elektronizace zdravotnictví

Národní strategie elektronického zdravotnictví řeší rozvoj elektronizace zdravotnictví České republiky ve střednědobém horizontu do roku 2026. V některých oblastech je velmi konkrétní a v některých naopak pouze stanovuje základní pravidla, zásady a představu budoucího stavu. Jedná se o příliš složitou problematiku a prostředí, kde působí mnoho vlivů a stát má jen omezené prostředky k prosazování byť účelných opatření.

Priority jsou nastavovány postupně a jsou ovlivňovány množstvím faktorů, které ani nelze v intencích jednoho strategického dokumentu účelně podchytit. Důležitým a stěžejním úkolem strategie je nalezení takového konceptu dalšího rozvoje, který by řešeným oblastem dal společné jmenovatele, společné sdílené služby a navzájem spolupracující (interoperabilní) prostředí. Prostředí, které by umožňovalo jednotlivým účastníkům sdílení informací definovaným způsobem a účelně podpořilo rozvoj zdravotního systému v kontextu elektronizace veřejných služeb.

Strategie nepřenáší na stát tíhu budování všech informatických služeb a vytvoření centrálního systému, který by měl být povinně využíván zdravotnickými pracovníky a nakonec i občany. Toto řešení, i když se někdy uplatňuje ve státech s odlišným zdravotnickým systémem a uspořádáním, není v kontextu českého zdravotnictví akceptovatelné. Oblast, kde strategie vidí nezastupitelnou roli státu, spočívá ve vytváření předpokladů a základních stavebních kamenů, o které se pak bude rozvoj elektronizace moci opírat. Paralelou k těmto základním stavebním kamenům jsou Základní registry ČR, ty vytvářejí předpoklad k jednoznačné identifikaci občanů, organizací a umožňují či umožní efektivní sdílení informací napříč veřejnou správou.

Obecně platí, že v současné době se zvyšuje význam e-Health technologií ve zdravotnictví, které pomáhají zlepšovat kvalitu a dostupnost zdravotní péče v kraji. Tyto technologie umožňují například on-line konzultace s lékařem, zlepšení koordinace mezi zdravotnickými zařízeními a zkrácení čekací doby na vyšetření a operace.

1. **Podílet se na realizaci cílů a opatření národní strategie elektronického zdravotnictví a Regionální inovační strategie (RIS3) v návaznosti na konkrétní potřeby a priority Ústeckého kraje.**
T: 2023 - 2033
2. **Rozvíjet projekty elektronického zdravotnictví ve vztahu k umožnění efektivního sdílení zdravotnických dat a informací mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty (např. rozvoj Portálu pacienta Ústeckého kraje).**
T: 2023 - 2033

VII. Prevence nemocí, podpora veřejného zdraví, screening

1. **Podporovat preventivní opatření, která mají předcházet nežádoucím jevům v oblasti zdraví populace.**
2. **Podporovat screeningové programy a služby je zajišťující v souladu s realizací národních screeningových programů.**

VIII. Kvalita péče pacientů s chronickým nebo dlouhodobým onemocněním

1. **Podporovat služby a systémy integrované péče, které souvisí s tzv. žádoucí trajektorií péče o pacienty v závěru života.**
T: 2023-2033 / Z: ÚK

IX. Management řízení a udržitelného financování zdravotnictví Ústeckého kraje

1. **Vytvořit pracovní skupinu pro vyhodnocování, návrhy úprav a realizaci konkrétních opatření strategie Zdraví 2030 Ústeckého kraje.**
T: 2023 / Z: RÚK
2. **Vytvořit Fond rozvoje zdravotnictví ÚK, jako nástroj pro dlouhodobé udržitelné financování aktivit souvisejících s realizací priorit a opatření strategie Zdraví 2030 Ústeckého kraje.**
T: 2023 / Z: ZÚK
3. **Vytvořit pracovní skupinu pro řízení finanční podpory Ústeckého kraje při realizaci priorit a opatření strategie Zdraví 2030 Ústeckého kraje (Pracovní skupina Fondu rozvoje zdravotnictví ÚK).**
T: 2023 / Z: RÚK
4. **Vytvořit pracovní skupinu pro vyhodnocování místní a časové dostupnosti kapacit zdravotních služeb na území Ústeckého kraje.**
T: 2024 / Z: RÚK

X. Prosazování realizace národních strategií ve zdravotnictví

1. **Podílet se na realizaci cílů a opatření národních strategií ve zdravotnictví v návaznosti na konkrétní potřeby a priority Ústeckého kraje.**
T: 2023 – 2033, odpovědnost instituce napříč Ústeckým krajem

Použité zkratky:

CDZ – centrum duševního zdraví
 CMP – cévní mozková příhoda
 COVID-19 -
 ČSÚ – Český statistický úřad
 ČLnK – Česká lékárnická komora
 ČSK – Česká stomatologická komora
 ČR – Česká republika
 EU – Evropská unie
 HDP – hrubý domácí produkt
 HP – hospitalizační případ
 IT – informační technologie
 KojÚ – Kojenecké ústavy Ústeckého kraje, p.o.
 KP – krajská pobočka
 KPPDZ – Krajský plán péče o duševní zdraví ~UK
 KZ – Krajská zdravotní, a.s.
 LPS – lékařská pohotovostní služba
 MDC – Major Diagnostic Category (MDC) – Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami – součást klasifikačního algoritmu CZ-DRG (pacientský klasifikační systém navržený pro akutní lůžkovou péči v ČR)
 MEERPS – projekt tvorby metodiky pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
 MNUL – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
 MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
 MŠ – mateřská škola
 MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR
 NAPAN – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění
 NAPDZ – Národní akční plán pro duševní zdraví
 NOPL – Národní onkologický plán ČR
 NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
 NRZP – Národní registr zdravotnických pracovníků
 OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
 PLDD – praktické lékařství pro děti a dorost
 PLP – Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.
 PZS – poskytovatel zdravotních služeb
 PZSt – protialkoholní záchytná stanice
 RÚK – Rada Ústeckého kraje
 STO – zubní lékařství (stomatologie)
 SPL – Sdružení praktických lékařů (VPL)
 SPLDD - Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD)
 SWOT – analýzy SWOT
 UJEP – Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem
 ULK – Ústecký kraj
 ÚK – Ústecký kraj
 ÚK-KÚ – Ústecký kraj - Krajský úřad
 v.z.p. – veřejné zdravotní pojištění
 VIZDOM - projekt včasné intervence u závažných duševních onemocnění
 VOŠ – vyšší odborná škola
 VPL – všeobecné praktické lékařství
 ZŠ – základní škola
 ZÚK – Zastupitelstvo Ústeckého kraje
 ZZS – zdravotnická záchranná služba
 ZZSÚK - Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, p.o.