



Ústecký kraj

**STRATEGIE
PODPORY ZDRAVÍ
A ROZVOJE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB
V ÚSTECKÉM KRAJI**

na období 2015 – 2022

Obsah

ZADÁNÍ	4
DEMOGRAFICKÝ ÚVOD A ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATEL	5
DEMOGRAFIE	5
ZDRAVÍ	5
UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU	6
NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ	7
ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	8
ZHDNOCENÍ VÝCHOZÍ SITUACE, TRENDY A OČEKÁVANÝ VÝVOJ	9
ZDRAVOTNÍ STAV	9
OČEKÁVANÝ VÝVOJ	9
ZDRAVÍ 2020 – NÁRODNÍ STRATEGIE OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ A PREVENCE NEMOCÍ	11
ZDRAVÍ 2020	11
REGIONS FOR HEALTH NETWORK – WORLD HEALTH ORGANIZATION	12
KOMPETENCE KRAJE VE VZTAHU KE ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍM SLUŽBÁM	13
ÚVAHA O STRUKTUŘE KOMPETENCÍ KRAJŮ V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ	13
PŘÍMÉ KOMPETENCE OBLIGATORNÍ	13
PŘÍMÉ KOMPETENCE FAKULTATIVNÍ	14
NEPŘÍMÉ KOMPETENCE	14
VEŘEJNÝ ZÁJEM	15
PODPORA ZDRAVÍ – ZLEPŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA KRAJE	16
PRIORITY PRO ZLEPŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA	16
PODPORA VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	16
AKTIVITY V OBLASTI PODPORY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	17
PODPORA ROZVOJE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ KRAJE	19
PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	19
POTŘEBY ROZVOJE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	19
PODPOROVANÉ PRIORITY A AKTIVITY V OBLASTI DOSTUPNOSTI A VYBAVENOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	20
VĚDA A VÝZKUM	20
DALŠÍ AKTIVITY V OBLASTI DOSTUPNOSTI A VYBAVENOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	21
POVINNOSTI KRAJE V OBLASTI ZAJIŠTĚNÍ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	22
ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	22
PROTIALKOHOLNÍ ZÁCHYTNÁ STANICE	23
LÉKAŘSKÁ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA	24
LÉKÁRENSKÁ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA	25
POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA V OBORU ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ	25
PROHLÍDKY TĚL ZEMŘELÝCH	25
POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB POSKYTOVATELI, JEJICHŽ ZAKLADATELEM NEBO ZŘIZOVATELEM JE KRAJ	26
KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ, A.S.	26
KOJENECKÉ ÚSTAVY ÚSTECKÉHO KRAJE	27
PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA PETROHRAD	28

NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE MOST	28
NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE RYJICE	29
ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA ÚSTECKÉHO KRAJE	29
SHRNUTÍ.....	31
SEZNAM ZKRATEK	32

Ústecký kraj – Krajský úřad
odbor zdravotnictví
Velká Hradební 3118/48
400 02 Ústí nad Labem

- ✓ Dne 12. 8. 2014 strategii projednala pracovní skupina pro přípravu koncepce poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji ustavená Zastupitelstvem Ústeckého kraje usnesením č. 17/2Z/2012 ze dne 19. 12. 2012.
- ✓ Dne 20. 8. 2014 strategii projednala Rada Ústeckého kraje a usnesením č. 23/59R/2014 ji navrhla Zastupitelstvu Ústeckého kraje ke schválení.
- ✓ Dne 3. 9. 2014 Strategii podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015-2020 schválilo Zastupitelstvo Ústeckého kraje svým usnesením č. 19/18Z/2014.
- ✓ Dne 1. 11. 2021 schválilo Zastupitelstvo Ústeckého kraje svým usnesením č. 29/10Z/2021 prodloužení platnosti strategie do roku 2022.

Zadání

Zastupitelstvo Ústeckého kraje usnesením č. 17/2Z/2012 ze dne 19. 12. 2012 ustanovilo pracovní skupinu pro přípravu koncepce poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji a uložilo jejím prostřednictvím zajistit zpracování koncepce poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji.

Pracovní skupina se v úvodních jednáních shodla na tom, že koncepce resp. strategie by měla navazovat výhradně na kompetence dané Ústeckému kraji právním řádem České Republiky.

Nezbytnou podmínkou pro přípravu materiálu bylo zpracování analytického podkladu pro přípravu koncepce poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji a mapy projektových záměrů v oblasti zdravotnictví. Jednalo se o výchozí analytický materiál pro potřeby zpracování Koncepce poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji. Analytický podklad byl zpracován a pracovní skupině předložen v prosinci 2013. Jeho účelem bylo shrnutí dostupných relevantních dat, jejich statistické vyhodnocení a formulace základních zjištění, která jsou z hlediska poskytování zdravotních služeb významná. Jako podklady při zpracování analytického podkladu byly použity materiály poskytnuté Ústeckým krajem a dále dokumenty a data z veřejných informačních zdrojů (ČSÚ, ÚZIS, SZÚ, MZ ČR, WHO, VZP ČR a další) a vlastní šetření.

Pokud není dále uvedeno jinak, jsou veškerá statistická zjištění čerpána z analytického podkladu, popřípadě jsou aktualizována z údajů Českého statistického úřadu (www.czso.cz).

Demografický úvod a zdravotní stav obyvatel

demografie

Ústecký kraj se řadí se svoji rozlohou 5 334 km², což představuje 6,8 % rozlohy České republiky, na sedmé místo v pořadí krajů. Ke konci roku 2012 měl Ústecký kraj 826 746 obyvatel, což představuje 7,9 % počtu obyvatel České republiky a řadí jej na páté místo v republice. Hustota obyvatel (155 obyvatel/km²) je vyšší než vykazuje celostátní průměr (133 obyvatel/km²) a je po Hlavním městě Praze, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji čtvrtou nejzaldněnější oblastí.

Ke konci roku 2013 žilo v Ústeckém kraji celkem 825.120 obyvatel a oproti předchozímu roku v Ústeckém kraji ubylo 1.644 obyvatel. Pokračoval tak sestupný trend započatý v roce 2010. Ve srovnání s rokem 2006 však počet obyvatel Ústeckého kraje vzrostl o 1,9 tisíce osob, především díky vysoké zahraniční migraci v letech 2007 a 2008. Již v roce 2009 však vliv stěhování ze zahraničí radikálně klesl a celková bilance obyvatelstva se tak v letech 2010 a 2012 dostala do záporných hodnot.

Charakteristickým rysem kraje je relativně mladé obyvatelstvo, průměrný věk je 40,9 let, oproti průměru v ČR, který je 41,5 let. Věková skladba obyvatelstva Ústeckého kraje se tak od celorepublikové struktury výrazně liší. V roce 2012 byly především patrné vyšší podíly obyvatel ve věku 0-14 let a ve věku 15-64 let. Podíl starší generace ve věku 65 a více let (15,7 %) byl sice nižší než celorepublikově (16,8 %), ale i v Ústeckém kraji se projevuje stárnutí populace každoročním zvyšováním podílu obyvatel starších 64 let. V roce 2012 převýšil v Ústeckém kraji počet obyvatel starších 65 let počet obyvatel mladších 15 let a index stáří tak prolomil hranici 100%. Ve srovnání s průměrem za celou Českou republiku je však hodnota indexu stáří trvale nižší o cca 15 p.b. a trvale patří i mezi nejnižší mezi kraji.

zdraví

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 1946). Tato definice vymezuje zdraví jako ideální stav, který však neumožňuje jeho objektivní měření. Proto byla tato definice postupně upřesňována a doplňována do podoby „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pociťované úrovně zdraví“ (WHO, 1999).

Zdraví je složitě podmíněný fenomén, který má složku biologickou i sociálně-ekonomickou. Rozpětí faktorů sahá například od podmiňujících faktorů genetických a demografických, přes fyzickogeografické podmínky pro život (zejména stav životního prostředí), charakter práce a strukturu zaměstnanosti, hygienické a bezpečnostní normy, životní styl a hodnotové orientace, stravovací zvyklosti, vzdělanost a účinnost zdravotnické osvěty, až po dostupnost a kvalitu zdravotnické péče.

Mezi základní **determinanty zdraví** patří:

- životní a pracovní prostředí - ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika (odhadovaný vliv cca 15-20%);
- genetická výbava - podmiňuje např. některé rozdíly ve zdraví mužů a žen, úroveň intelektových schopností, vývojové vady, dispozice ke vzniku nemoci, odolnost vůči rizikům (odhadovaný vliv cca 10-15%);

- životní styl včetně všech rizikových prvků v něm obsažených - individuální životní úroveň, způsob života, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, péče o vlastní zdraví a prevence onemocnění, stravovací návyky, fyzická aktivita, kouření, alkohol, drogy (odhadovaný vliv cca 50%);
- efektivita a kvalita zdravotní péče spojená s rozvojem medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, dostupnost lékařské péče, organizace financování a řízení zdravotnictví (odhadovaný vliv cca 10-15%).

Zdravotní stav obyvatel lze hodnotit na základě tzv. ukazatelů (indikátorů) zdravotního stavu (zdraví), které můžeme třídit do tří základních skupin

- demografické ukazatele související se zdravím;
- ukazatele úmrtnosti (mortality);
- ukazatele nemocnosti (morbidity).

ukazatele zdravotního stavu

Nejčastější příčinou smrti v České republice i Ústeckém kraji jsou dlouhodobě nemoci oběhové soustavy. Podíl zemřelých v jejich důsledku činil v roce 2012 v Ústeckém kraji 44,0% a byl téměř shodný s průměrem ČR (44,3%). Druhou nejčastější příčinou smrti jsou dlouhodobě zhoubné novotvary (ZN). Zemřelí na novotvary tvořili jak v Ústeckém kraji, tak i v celé ČR cca čtvrtinu všech zemřelých osob, přičemž u mužů byl tento podíl vyšší než u žen. Třetím nejčastějším důvodem úmrtí u mužů byly vnější příčiny (např. dopravní nehody, pády, sebevraždy, utonutí atd.), které se podílely na celkovém počtu zemřelých 7,9% v Ústeckém kraji resp. 7,4% v rámci ČR (u žen je tento podíl zhruba poloviční) U žen byly třetím nejčastějším důvodem úmrtí nemoci dýchací soustavy, které se podílely na celkovém počtu zemřelých 4,1% v Ústeckém kraji resp. 3,7% v rámci ČR. V celorepublikovém porovnání je postavení Ústeckého kraje mezi ostatními kraji nejhůře hodnoceno u většiny příčin úmrtí. Hodnota úmrtnosti je výrazně nadprůměrná u všech příčin u mužů i žen s výjimkou úmrtnosti na dýchací choroby.

Střední délka života (též naděje dožití) při narození je důležitým demografickým ukazatelem a současně základním ukazatelem úrovně zdravotního stavu ve sledované oblasti. Úzce souvisí se všemi determinantami zdraví, jak byly popsány výše. Ukazatel se nejčastěji používá ve formě „Střední délka života při narození“ nebo „Naděje dožití při narození“, ve které vyjadřuje průměrnou délku života osoby právě narozené za předpokladu setrvání úmrtnostních poměrů platných v roce, ve kterém se osoba narodila. Střední délka života při narození mužů v Ústeckém kraji ve sledovaném období 2001 – 2012 vzrostla o 2,88 roku na 73,0 let. Přesto je tato hodnota v celém období trvale o cca 2,0 roku nižší než průměr za ČR. V rámci České republiky patří z pohledu tohoto ukazatele Ústecký kraj a zejména jeho okresy Teplice a Chomutov k nejhůřším. Střední délka života při narození žen v Ústeckém kraji ve sledovaném období 2001 – 2012 vzrostla o 2,51 roku na 79,0 let. Přesto je tato hodnota v celém období o cca 1,9 roku nižší než průměr za ČR. V rámci České republiky patří z pohledu tohoto ukazatele Ústecký kraj a zejména jeho okresy Teplice, Most, Chomutov a Louny k nejhůřším.

Ukazatel hrubé míry plodnosti (počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel) byl v Ústeckém kraji od roku 2001 do roku 2009 nad průměrem České republiky, od roku 2010 ale dochází k jeho postupnému propadu pod tuto průměrnou úroveň. Úhrnná plodnost (počet živě narozených dětí připadajících na jednu ženu) se v ČR v období 2002-2012 zvýšila na 1,45 dítěte na ženu (je tak výrazně pod magickým číslem úhrnné plodnosti, kterým je hodnota 2,1, která zajišťuje udržení početního stavu populace). V Ústeckém kraji se plodnost trvale drží na nadprůměrných hodnotách, i když v roce 2012 došlo k jejímu významnému poklesu na hodnotu 1,46, tj. téměř na úroveň průměru.

Kojenecká úmrtnost uvádí počet zemřelých kojenců do jednoho roku věku na 1000 živě narozených dětí, **novorozenecká úmrtnost** počet zemřelých kojenců do věku 28 dnů na 1000 živě narozených dětí. Kojenecká i novorozenecká úmrtnost patří v České republice dlouhodobě k nejnižším v Evropě a i přesto se ve sledovaném období stále snižuje. Vývoj obou těchto ukazatelů v rámci Ústeckého kraje se pohybuje na téměř dvojnásobných hodnotách a v průběhu celého období značně kolísá. Přesto i zde je celkový trend klesající. V rámci celorepublikového srovnání patří kojenecká i novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji i jeho jednotlivých okresech k nejvyšším.

nejčastější onemocnění

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je akutní nebo chronické onemocnění srdečního svalu vzniklé na podkladě nedostatečného krevního zásobení srdeční svaloviny při postižení věnčitých tepen. Ischemické nemoci srdce jsou nejčastější příčinou hospitalizace v ČR a zároveň nejčastější příčinou úmrtí (na roční úmrtnosti se podílejí přibližně čtvrtinou). Ústecký kraj patří mezi kraje s nejvyšší mírou hospitalizovanosti na ICHS (v roce 2003 nejvyšší, v roce 2010 druhá nejvyšší), která o cca 1/3 převyšuje průměr za celou ČR.

Cévní onemocnění mozku (CNM) jsou v České republice po onemocněních srdce nejčastější příčinou hospitalizace a umírá na ně ročně přibližně desetina z celkového počtu zemřelých. Pacienti, jejichž průběh onemocnění není fatální, bývají fyzicky i psychicky zatíženi nejen vlastní chorobou, ale také jejími invalidizujícími následky, které jsou často doživotní.

Zhoubné nádory (ZN) představují závažný zdravotní problém současné české populace, nejen z toho důvodu, že neustále roste počet nově diagnostikovaných onemocnění, ale také proto, že představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR a po onemocněních srdce a cév tvoří druhou nejčastější příčinu úmrtí. I přes rostoucí incidenci standardizovaná úmrtnost na ZN mírně klesá. To je dáno jednak zvyšující se kvalitou léčby, ale také včasnějším záchytem těchto onemocnění, kdy je léčba úspěšnější.

Diabetes mellitus představuje skupinu chronických onemocnění, která má různý mechanismus vzniku a projevuje se poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. V důsledku těchto poruch dochází k rozvoji komplikací, kde jsou postiženy cévy, oči, nervový systém, ledviny a dolní končetiny. V roce 2012 představují diabetici v Ústeckém kraji 8,8 % všech obyvatel. Počet léčených diabetiků každoročně trvale roste a ve srovnání s celorepublikovým průměrem je v Ústeckém kraji vyšší. Nejvyšší počet léčených diabetiků je v okrese Teplice, nejnižší pak v okrese Louny.

Infekční onemocnění mohou představovat závažné riziko ohrožení zdraví. Česká republika patří k zemím, kde se podařilo snížit výskyt řady závažných infekčních onemocnění a jejich incidence tak má většinou dlouhodobě klesající trend. Některé infekce jsou však typické značnými meziročními výkyvy (např. u virové klíšťové encefalitidy). Specifikum představují pohlavně přenosné infekce, v jejichž počtu zaujímá Ústecký kraj dlouhodobě jedno z předních míst v ČR. Pohlavně přenosné infekce zaznamenaly po roce 1990 dramatický vývoj mj. v souvislosti se zahraniční migrací. V poslední době se však incidence těchto onemocnění v kraji snížila na úroveň celorepublikových průměrů.

V roce 2011 bylo ambulantně léčeno s demencí u **Alzheimerovy nemoci** celkem 14 932 pacientů. Nejvíce pacientů (přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Kraje Vysočina, mezi další kraje, ve kterých byl přepočtený počet pacientů vyšší než průměr za ČR, byl i kraj Ústecký. Pro ostatní demence bylo léčeno celkem 17.955 pacientů.

Při přepočtu na 100 tisíc obyvatel daného kraje bylo nejvíce pacientů léčeno v zařízeních na území Pardubického kraje, Ústecký kraj dosahuje v tomto ukazateli podprůměrných hodnot.

čerpání zdravotních služeb

Nemocnost vyžadující hospitalizaci v lůžkových zdravotnických zařízeních je sledována Národním registrem hospitalizovaných (NRHOSP). Údaje o počtu hospitalizací na obyvatele (se zohledněním trvalého bydliště hospitalizovaného pacienta) vypovídají o intenzitě nemocnosti v jednotlivých regionech. Počet hospitalizovaných v Ústeckém kraji trvale výrazně převyšuje průměr České republiky o cca 15% a dosahované hodnoty za kraj jako celek i jednotlivé okresy patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR. Trvale nejvyšší počet hospitalizovaných je v okresech Litoměřice a Teplice, nejdelší průměrná ošetrovací doba je pak trvale v okresech Most a Louny.

Počet ambulantních ošetření/vyšetření v Ústeckém kraji mezi roky 2007 – 2010 poklesl cca o 15% na cca 10 mil. a na této úrovni stagnuje. Počet ošetření/vyšetření na 1 obyvatele mezi roky 2007 – 2010 poklesl z 14,0 na 12,0 s tím, že tato hodnota je ve srovnání s hodnotami dosahovanými za celou ČR mírně podprůměrná.

U registrovaných pacientů bylo praktickým lékařem či specialistou sledováno pro hypertenzní nemoci 22,9 %, pro obezitu 14,5%, pro ischemické nemoci srdeční 9,6 % a pro cévní nemoci mozku 3,6 % pacientů. Dosažená hodnota u pacientů sledovaných pro obezitu je nadprůměrná, ostatní hodnoty odpovídají průměru za celou ČR.

Zhodnocení výchozí situace, trendy a očekávaný vývoj

zdravotní stav

Zdravotní stav obyvatel Ústeckého kraje patří z pohledu hodnocených indikátorů k nejhorším v rámci krajů České republiky. V převážné většině indikátorů je mezi 14 kraji na nejhorším místě. Z hlediska vývoje je pak možné zaznamenat tyto zásadní trendy:

- od roku 1990 se v Ústeckém kraji i celé ČR prodloužila naděje dožití při narození u žen o 4,7 roku a u mužů o 6,6 roku. Je především výsledkem zlepšené zdravotnické péče, v první řadě rychlé intervence při mozkových a srdečních příhodách, a také dalším snížením kojenecké úmrtnosti, která v ČR dosáhla jedné z nejnižších měr na světě;
- přes uvedené pozitivní změny jsou úmrtnostní podmínky v Ústeckém kraji nejméně příznivé a to jak z celkového pohledu, tak i z pohledu jednotlivých příčin;
- i přes zvyšující se hodnotu je naděje na dožití u mužů i žen v Ústeckém kraji trvale nejnepříznivější ze všech krajů České republiky (o cca 2 roky nižší oproti průměru ČR u mužů i žen);
- zatímco klesá úmrtnost na choroby oběhové soustavy a zhoubné novotvary (měřeno měrami standardizované úmrtnosti), zjištěné případy (incidence) všech zhoubných novotvarů mají trend dlouhodobě rostoucí;
- vývoj zdravotního stavu lze obecně charakterizovat dlouhodobým rostoucím trendem výskytu chronických onemocnění diabetes, hypertenzní nemoci, ischemické nemoci srdeční, cévní nemoci mozku, obezita);
- výskyt nemocí a jejich závažnost roste s přibývajícím věkem a nemocnost a úmrtnost je vyšší u mužů než u žen.

očekávaný vývoj

Na základě projekce obyvatelstva Ústeckého kraje do roku 2065 zpracované ČSÚ lze očekávat tyto **trendy populačního vývoje** v Ústeckém kraji:

- stagnace (do roku 2030), následně mírný pokles počtu obyvatel (za předpokladu nulové migrace) - v horizontu projekce (do roku 2065) by se tak mohl snížit až o 15%;
- dynamické stárnutí obyvatelstva:
 - o průměrný věk se do roku 2030 zvýší o 5 let, následně do roku 2065 o dalších 5 let
 - o podíl dětí do 15 let na populaci bude do roku 2030 stagnovat v současné výši 15%, následně bude mírně klesat k úrovni 13%,
 - o dynamicky poroste podíl osob starších 65 let z výchozí úrovně 13% až na konečných 32%, což představuje nárůst o 240% (v roce 2030 bude tento podíl cca 22,5%) a to na úkor ekonomicky aktivní části populace, jejíž zastoupení v populaci se bude ve stejné míře zmenšovat,
 - o index stárí konstruovaný jako podíl počtu osob starších 65 let k počtu dětí do 15 let se zvýší z výchozí úrovně 90% na konečných 250%;
- budoucí demografický obraz Ústeckého kraje i celé ČR:
 - o přibližně stejný počet obyvatel jako dnes,
 - o přibližně stejně dětí,
 - o méně osob v produktivním věku,
 - o podstatně více seniorů,

- podstatně větší nároky na zdravotní péči;
- demografické stárnutí v ČR i Ústeckém kraji je neodvratným procesem, který může zmírnit pouze kladné saldo migrace.

Prognóza vývoje zdravotního stavu obyvatelstva je zpracována na základě současného zdravotního stavu a budoucího populačního vývoje obyvatelstva Ústeckého kraje a lze (stejně jako v celé ČR) očekávat následující trendy:

- další prodlužování doby dožití, stárnutí populace a s tím spojené zvyšování počtu lidí ve vyšších věkových skupinách, bude vzhledem k silné závislosti nemocnosti na věku pacientů znamenat další nárůst nemocnosti;
- pokračující změna struktury onemocnění od akutních k chronickým;
- další nárůst počtu závažných chronických onemocnění, zejména:
 - nádorová onemocnění,
 - onemocnění oběhové soustavy (ischemické nemoci srdeční, cévní nemoci mozku),
 - muskuloskeletální poruchy,
 - metabolické poruchy (diabetes, metabolický syndrom, obezita),
 - astma, chronická obstruktivní onemocnění plic,
 - vysoký krevní tlak,
 - onemocnění ledvin,
 - poruchy zraku,
 - poruchy sluchu;
- nárůst počtu onemocnění nervového systému (demence a Alzheimerovou choroba).

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Ústecký kraj na základě doporučení schváleného usnesením Vlády České republiky č. 23 ze dne 8. ledna 2014 o Zdraví 2020 -Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále jen „Národní strategie“) by měl implementovat Národní strategii při přípravě obdobných programů v rámci zdravotní politiky kraje.

Zdraví 2020

Národní strategie je nástrojem pro realizaci programu Světové zdravotnické organizace (dále jen „SZO“) Zdraví 2020 v ČR. Program Zdraví 2020 byl schválen 62. zasedáním Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012 a je adaptabilním a praktickým strategickým rámcem umožňujícím specificky zaměřené přístupy. Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století, se kterými se ČR potýká, spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví.

Účelem Národní strategie je především **stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví** a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke **zlepšení zdravotního stavu populace**. Národní strategie navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ (dále jen „Zdraví 21“) podpořený vládou ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a je naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu. Ústecký kraj se k programu Zdraví 21 přihlásil v roce 2005 Programem „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“.

Hlavním **cílem je zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí**, kterým lze předcházet, přičemž hlavní vizí do roku 2020 je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

K tomuto cíli vedou **dva strategické cíle**:

1. zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví;
2. posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

Pro naplnění výše uvedených cílů byly identifikovány **čtyři oblasti prioritních politických opatření** zaměřených na řešení vybraných dominantních problémů zdravotního stavu populace ČR:

1. realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, **posílovat roli občanů** a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu;
2. **čelit závažným zdravotním problémům** v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel;
3. posílovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, **zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb** z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích;

4. podílet se na vytváření podmínek pro **rozvoj odolných sociálních skupin**, tedy komunit žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Schválená vize systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů předpokládá zapojení nejen všech složek státní správy, tak i všech složek společnosti s důrazem na účast komunit i jedinců při posilování veřejného zdraví. Ve výsledku je dobrý zdravotní stav populace přínosem pro všechny rezorty a celou společnost.

Prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví jsou důležitými prioritami České republiky. Jsou založeny na vědeckých důkazech a mezinárodních zkušenostech o vysokém společenském a ekonomickém přínosu předcházení nemocem a posilování zdraví. Předpokladem efektivního účinku na zdravotní stav populace je spoluúčast všech složek společnosti, občanů, rodin, státní správy a samosprávy, podnikatelské sféry, nevládních organizací a sdělovacích prostředků. Dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos ke zlepšování zdravotního stavu populace.

Podporována musí být i oblast elektronizace zdravotnictví (eHealth)

Regions for Health Network – World Health Organization

Ústecký kraj se na plnění programu Zdraví 2020 podílí mj. svým členstvím v Síti zdravých regionů Světové zdravotnické organizace (Regions for Health Network – World Health Organization). RHN – WHO byly založeny v listopadu roku 1992. Tehdy 32 regionů souhlasilo se vzájemnou spoluprací s cílem dosáhnout lepšího zdravotního stavu obyvatel Evropy. V současné době je v této síti 19 aktivních regionů ze 13 zemí Evropy, 4 další regiony obnovují své předchozí členství a 9 regionů plánuje vstup do sítě zdravých regionů. Členové sítě věnují pozornost zdravotní problematice na úrovni regionů především vzájemnou výměnou nápadů, vědomostí a zkušeností. RHN – WHO napomáhá v rámci evropské politiky Zdraví 2020 k urychlení realizace inovací a zlepšení v klíčových oblastech, jako jsou zdravotní služby, nepřenosné nemoci, sociální determinanty zdraví, vládní přístupy, vzdělávání ve zdravotnictví apod.

Implementace evropského a národního programu Zdraví 2020 je průřezem zapracována do jednotlivých priorit této strategie. Stejně tak členství kraje v RHN – WHO je v mnoha ohledech přínosem.

Kompetence kraje ve vztahu ke zdraví a zdravotním službám

úvaha o struktuře kompetencí krajů 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). Páteřní 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 zdravotnická 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. Páteřní 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 právníkům osobám – k příspěvkovým organizacím v oblasti zdravotnictví (které poskytují zdravotní služby) a k akciové společnosti Krajská zdravotní, a.s. – páteřní síť nemocnic Ústeckého kraje (kraj rozhoduje ve věcech kraje jako jediného společníka obchodní společnosti).

Současně sem patří i **poskytování dotací** spolkům, humanitárním organizacím a jiným právníkům 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. Páteřní 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 právníků 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;
- 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.

Podpora zdraví – zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva kraje

priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva

Na základě výsledků analýz a hodnocení provedených v předchozích částech byly identifikovány tyto hlavní **problematické oblasti zdravotního stavu** obyvatelstva Ústeckého kraje (oblasti s nepříznivými trendy vývoje jednotlivých chorob, případně oblasti s nadprůměrně vysokou incidencí a prevalencí jednotlivých chorob):

- Nejvyšší úroveň úmrtnosti v rámci celé ČR
 - o kojenecká i novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji i jeho jednotlivých okresech patří k nejvyšším v rámci ČR,
 - o výrazně nadprůměrná úmrtnost u většiny nejvýznamnějších příčin úmrtí,
 - o nejvyšší úmrtnost na zhoubné novotvary přestože incidence je podprůměrná.
- Nejnižší střední délka života mužů i žen v rámci celé ČR.
- Nejvyšší míra hospitalizací v rámci ČR jako odraz vysoké intenzity nemocnosti, zejména u
 - o novotvarů (nejvyšší v ČR),
 - o nemocí oběhové soustavy,
 - o nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (nejvyšší v ČR),
 - o nemoci močové a pohlavní,
 - o těhotenství a porod tkáně (nejvyšší v ČR),
 - o nemoci nervové soustavy u žen (nejvyšší v ČR)
- Trvale nadprůměrná incidence pohlavně přenosných infekcí.
- Trvalý růst počtu pacientů sledovaných pro hypertenzní nemoci.
- Trvalý růst počtu pacientů sledovaných pro obezitu (alarmující růst počtu dětí dispenzarizovaných pro obezitu).
- Nadprůměrný počet léčených diabetiků.
- Dlouhodobý rostoucí trend výskytu chronických onemocnění.

Do těchto problematických oblastí by proto měly být směřovány priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

podpora veřejného zdraví

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.

Aktivity zaměřené do oblastí podpory zdraví by měly respektovat současné celospolečenské priority prevence, podpory a ochrany zdraví a současně napomoci **ke zlepšení** nejzávažnějších identifikovaných **problémů zdravotního stavu obyvatel Ústeckého kraje**, tj. zejména:

- nadprůměrná úmrtnost;
- nejnižší střední délka života;
- nadprůměrná nemocnost (resp. i úmrtnost) zejména u těchto skupin nemocí:
 - o zhoubné novotvary,
 - o nemoci oběhové soustavy,
 - o metabolická onemocnění
 - diabetes mellitus
 - obezita
 - o onemocnění pohybového aparátu.

Ke společným rizikovým faktorům těchto nemocí patří nevhodný životní styl a návyky, přičemž jejich změna patří k základním opatřením při jejich prevenci. Tímto směrem by proto měly být zaměřeny i konkrétní aktivity na podporu veřejného zdraví v Ústeckém kraji.

Priority podpory veřejného zdraví v Ústeckém kraji proto jsou následující:

1. Eliminace zdravotně rizikového chování (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, užívání drog, chování vedoucí k úrazům, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních onemocnění - zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí).
2. Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na determinanty a rizikové faktory zdraví, a také na podporu screeningových programů závažných a častých onemocnění.
3. Zvládání stresu a duševní zdraví.
4. Správná výživa a stravovací návyky populace.
5. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.
6. Snižování nerovností ve zdraví.
7. Dostatečná pohybová aktivita populace.

aktivity v oblasti podpory veřejného zdraví

Správná výživa a stravovací návyky populace

- nutriční výchova, propagace hlavních zásad správné výživy = pestrost a vyváženost stravy;
- propagace změny stravovacích návyků (např. snížení energetické hodnoty stravy snížením spotřeby nasycených tuků a cukrů, zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných výrobků, ryb a mořských produktů, mléčných produktů se sníženým obsahem tuku atd.);
- aktivity zaměřené na pozitivní změny ve společném stravování, zejména pak u dětí (vzorové jídelníčky pro školní jídelny, prezentace jídel zdravé výživy ve školních jídelnách, atd.).

Dostatečná pohybová aktivita populace

- propagace ke zvyšování či optimalizaci pohybové aktivity u široké veřejnosti nebo u definovaných cílových skupin (předškolní a školní děti, dospívající mládež, těhotné a kojící ženy, senioři apod.);
- podpora vytváření podmínek (infrastruktury) pro pohybové aktivity;
- podpora jednotlivých pohybových aktivit.

Zvládání stresu a **duševní zdraví**

- propagace významu duševního zdraví pro celkový zdravotní stav;
- propagace duševní hygieny.

Zdravotně **rizikové chování** (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, užívání drog, chování vedoucí k úrazům, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních onemocnění - zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí).

- intervenční aktivity na zvýšení informovanosti o zdravotních rizicích spojených s uvedenými druhy rizikového chování;
- podpora prevence závislostí.

Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na determinanty a rizikové faktory zdraví a také na podporu screeningových programů závažných a častých onemocnění

- výchova k zodpovědnosti za zdraví;
- podpora rozvoje informovanosti o významu a způsobech prevence identifikovaných skupin onemocnění;
- propagace a podpora screeningových programů (např. v oblasti onkologických onemocnění atp.);
- tlak na zdravotní pojišťovny směřující k rozvoji kapacit screeningových programů v Ústeckém kraji;
- podpora a propagace bezpříspěvkového dárcovství krve;
- podpora rozvoje a udržitelnosti projektu zaměřeného na plošné racionální zpřístupnění časné defibrilace.

Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.

- podpora rozvoje informovanosti o zdravotních rizicích ze životního prostředí (ovzduší, voda, hluk, odpady a kontaminovaná půda, elektromagnetické pole).

Snižování nerovností ve zdraví

- tlak na zdravotní pojišťovny směrem k posílení nedostatečných kapacit identifikovaných v rámci jednotlivých zdravotních služeb;
- podpora rovnoměrného rozvoje infrastruktury zdravotních služeb ze strukturálních fondů EU v rámci nového programovacího období 2014-2020.

Při realizaci všech aktivit v oblasti podpory veřejného zdraví se doporučuje využít stávajících odborných (analytických, vědeckých, vzdělávacích a realizačních) kapacit regionálně působících institucí v návaznosti na zákon o ochraně veřejného zdraví (např. Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem). Do podpory veřejného zdraví je třeba zapojit místní municipality, poskytovatele zdravotních služeb a dobrovolné organizace.

Podpora rozvoje zdravotních služeb na území kraje

personální zabezpečení zdravotních služeb

Celkový počet zdravotnických pracovníků připadajících na 10.000 obyvatel v Ústeckém kraji dosahuje ve srovnání s průměrem ČR ve všech kategoriích podprůměrných hodnot. Nejzávažnější situace je v kategoriích vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků - lékaři (-19%), zubní lékaři (-26%), farmaceuti (-28%). V oblasti středního zdravotnického personálu je situace sice lepší, odchylky od průměru podle jednotlivých kategorií však dosahují hodnot až -14%.

Problém s nedostatkem lékařů existuje ve všech segmentech zdravotní péče, kde jejich přepočtený počet na 10.000 obyvatel dosahuje podprůměrných hodnot:

- primární péče - PL (-7%), PLD (-7%), PSTOM (-7%);
- ambulantní péče (-27%);
- lůžková péče (-8%).

Důležitou charakteristikou lidských zdrojů ve zdravotnictví je jejich věková struktura, která je významná zejména s ohledem na budoucí vývoj. Klíčová je pak zejména kategorie lékařů. Současná demografická struktura lékařů je z pohledu rozložení podle věku značně nerovnoměrná, převládá především počet lékařů ve vyšším středním věku. V celé věkové kategorii nad 50 let je téměř 50 % všech lékařů, přičemž ve věku 55–59 let se nachází každý čtvrtý lékař. Oproti tomu v nejnižších věkových kategoriích, tj. do věku 39 let, je evidováno jen necelých 28 % všech lékařů. Ve srovnání s rokem 2000 je zřejmý trend demografického stárnutí lékařů, kdy dochází k posunu většího počtu lékařů nižších věkových skupin do věkových skupin vyšších. Markantní je to zejména u skupiny nad 60 let, kdy zatímco v roce 2000 činil podíl lékařů starších 60 let 12%, tak v roce 2011 je to již téměř 22%. Tento trend představuje riziko zejména do budoucna.

S ohledem na obecný nedostatek lékařů je **priorita získávání lékařů s odbornou způsobilostí** a jejich následné specializační vzdělávání jednou z možností, jak řešit personální problémy v této oblasti. Vzhledem k tomu, že specializační vzdělávání je dlouhodobý a finančně náročný proces jak pro samotné lékaře, tak i pro jejich zaměstnavatele, může být podpora specializačního vzdělávání jedním z rozhodujících faktorů při řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů.

potřeby rozvoje zdravotních služeb

Z výsledků provedených analýz a hodnocení a v návaznosti na definované priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva vyplývají tyto hlavní **potřeby rozvoje zdravotních služeb**:

- Rozvoj zdravotních služeb a jejich infrastruktury **v oblasti onkologie** (nadprůměrná míra úmrtnosti při podprůměrné incidenci onemocnění, nadprůměrná míra migrace mohou být signálem horší kvality a dostupnosti této zdravotní služby).
- Rozvoj zdravotních služeb a jejich **infrastruktury v oblasti kardiiovaskulárních a cévních mozkových chorob** - kardiocentra, iktová centra (nadprůměrná míra úmrtnosti, nadprůměrná míra hospitalizovanosti, rostoucí počty nemocných).
- Rozvoj zdravotních služeb **v oblasti primární péče** a to zejména praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost (v důsledku rostoucích počtů dispenzarizovaných nemocí – diabetiků, pacientů sledovaných pro hypertenze, obezitu a dalších chronických onemocnění).
- Rozvoj zdravotních služeb **v oboru gerontologie** (v důsledku stárnutí populace).

- Rozvoj zdravotních služeb v oblasti **dlouhodobé intenzivní péče**, specializované a **superspecializované** péče
- Zvyšování celkové kapacity zdravotních služeb **v souvislosti se stárnutím populace** (vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech).

podporované priority a aktivity v oblasti dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb

Na základě výsledků analýzy a ve vazbě na potřeby rozvoje zdravotních služeb lze formulovat tyto **priority pro další rozvoj dostupnosti a vybavenosti** zdravotních služeb:

- Rozvoj zdravotních služeb v oblasti lůžkové péče:
 - o rozvoj kapacit a infrastruktury **v oblasti onkologických onemocnění**,
 - o udržení a případný rozvoj kapacit a infrastruktury **v oblasti kardiovaskulárních a cévních mozkových chorob** (kardiocentrum, komplexní cerebrovaskulární centrum, iktová centra),
 - o posílení dostupnosti lůžkové zdravotní péče v okrese Louny,
 - o udržení a případný další rozvoj center specializované péče,
 - o posílení kapacit v oborech ARO, DIP, DIOP, ORL,
 - o podpora diferenciací lůžek následné péče na lůžka rehabilitačně – doléčovací, lůžka ošetrovatelská a lůžka dlouhodobé péče (stratifikace péče podle potřeb skupin pacientů – např. polymorbidní pacienti, senioři)
 - o posílení kapacit zdravotních služeb, u kterých jsou překračovány limity časové dostupnosti ve vztahu k místní dostupnosti zdravotních služeb.
- Rozvoj zdravotních služeb v oblasti primární péče:
 - o **posílení kapacit praktických lékařů** pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost (podprůměrné současné hodnoty počtu lékařů, rostoucí počty dispenzarizovaných nemocí - diabetiků, pacientů sledovaných pro hypertenze, obezitu a dalších chronických onemocnění), zejména pak v okrese Ústí nad Labem,
 - o **posílení kapacit praktických stomatologů** zejména v okresech Teplice a Chomutov.
- Rozvoj zdravotních služeb v oblasti ambulantní péče:
 - o posílení kapacit ambulantních specialistů (celkový počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel o 27% pod průměrem ČR, kraj s nejhorsí vybaveností specializované ambulantní péče),
 - o nejhorsí je situace v oborech interna, diabetologie, ortopedie, oční, radiační a klinická onkologie a lékařská genetika,
- Rozvoj zdravotních služeb **v oboru gerontologie** (neexistence geriatrických lůžek a nedostatek ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb v tomto oboru).
- Rozvoj zdravotních služeb v oboru psychiatrie v návaznosti na záměr reformy / transformace psychiatrické péče v ČR.
- Podpora rozvoje aktivní spolupráce mezi všemi poskytovateli zdravotních služeb lůžkové péče na území Ústeckého kraje.
- Podpora rozvoje aktivní spolupráce ambulantního a lůžkového segmentu zdravotních služeb.

věda a výzkum

Výchova a vzdělávání studentů všech typů zdravotnických škol, lékařských a farmaceutických fakult, pregraduální a postgraduální vzdělávání lékařů a farmaceutů, vzdělávání zdravotnických pracovníků

i jiných odborných pracovníků pracujících ve zdravotnictví a rozvoj vědeckovýzkumné činnosti ve zdravotnictví je v Ústeckém kraji zajišťován zejména v Krajské zdravotní, a.s., kde se všechny tyto aktivity staly nedílnou součástí poslání této akciové společnosti. Bylo realizováno a realizuje se řada vědeckovýzkumných projektů, které využívají potenciálu a širě oborů pokrytých pracovišti KZ a jsou dále prohlubovány spoluprací s pracovišti univerzitními, zvláště Univerzitou Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, s pracovišti Univerzity Karlovy v Praze, Českého vysokého učení technického v Praze, Akademie věd a s řadou dalších národních i mezinárodních institucí.

K základním cílům do budoucna patří vybudování infrastruktury vědy a výzkumu v nemocnicích Ústeckého kraje. Aktivity v oblasti vzdělávání, vědy a výzkumu mohou významnou měrou přispět ke zvýšení atraktivity nemocnic v Ústeckém kraji, ale i celého regionu pro příliv vysoce kvalifikovaných pracovníků a tím napomoci jak k řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů zdravotních služeb, tak ke zvýšení celkové úrovně a dostupnosti zdravotní péče.

Nezanedbatelná v oblasti vědy a výzkumu je i role regionálně působících institucí jako např. Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem a Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem. Podpora by měla být zaměřena i na udržení a případný rozvoj těchto institucí.

další aktivity v oblasti dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb

- Podpora poskytovatelů lůžkové péče na území kraje ve vztahu k zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.
- Zvyšování celkové kapacity zdravotních služeb v souvislosti se stárnutím populace (vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech).
- Podpora restrukturalizace akutního lůžkového fondu efektivním využitím stávajících kapacit lůžek následné péče.
- Podpora rozvoje jednodenní péče v návaznosti na domácí péči.
- Posílení financování zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven - většina z analyzovaných problémů a celkové hodnocení Ústeckého kraje, jako jednoho z nejhůře hodnocených z hlediska zdravotního stavu obyvatel i kapacit jednotlivých zdravotních služeb, je spojena s nedostatečným financováním zdravotních služeb.
 - o zpracování srovnávacích analýz v rámci jednotlivých segmentů,
 - o podpora poskytovatelů při jednání se zdravotními pojišťovnami.
- Podpora projektu univerzitní nemocnice rozvíjeného ze strany Krajské zdravotní, a.s.
- Podpora rozvoje systémů hodnocení kvality a bezpečí (akreditace a certifikace) zejména v oblasti lůžkové péče, ale i v dalších zdravotních službách – zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů ve zdravotnických zařízeních a tím i bezpečnost a kvalitu poskytovaných služeb.
- Podpora rozvoje elektronického zdravotnictví (eHealth).
- Podpora realizace opatření vyplývajících v oblasti infrastruktury zdravotních služeb z Programu rozvoje Ústeckého kraje 2014 – 2020 (např. opatření 2.3 a 5.2).
- Podpora realizace hlavních strategických cílů Strategie lázeňství Ústeckého kraje 2014 – 2020 zpracované v listopadu 2013 (RIS3 – Research Innovation Strategy 3).

Povinnosti kraje v oblasti zajištění poskytování zdravotních služeb

V rámci výkonu samosprávy a státní správy Ústecký kraj přímo odpovídá za zabezpečení těchto zdravotních služeb:

- v oblasti samostatné působnosti kraje:
 - o zajištění dostupnosti zdravotnické záchranné služby,
 - o zajištění protialkoholní a protitoxikomanické záchranné stanice;
- v oblasti přenesené působnosti:
 - o organizace a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
 - o organizace a zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení.

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 Radou Ústeckého kraje dne 13. 3. 2013 usnesením č. 14/10R/2013.

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 obydlenosti 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 ZZS ÚK 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 rozumí rozmístění výjezdových základen na území kraje tak, aby byla zajištěna dostupnost zdravotnické záchranné služby na území Ústeckého kraje. K naplnění plánu přispěje i připravované Ujednání o přeshraniční spolupráci zdravotnických záchranných služeb v návaznosti na realizaci 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.

Zvláštní priority ani opatření nejsou s ohledem na plnění zákonné povinnosti prostřednictvím Plánu pokrytí území Ústeckého kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby navrhována.

protialkoholní záchytná stanice

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 právníckými osobami nebo fyzickými osobami), popř. koordinuje zřizování, zakládání a činnost záchytných stanic zřizovaných či zakládaných obcemi v samostatné působnosti či fyzickými nebo právníckým osobami.

V Ústeckém kraji není v současné době zřízena žádná záchytná stanice. Protialkoholní záchytné stanice zřizované, resp. financované, okresními úřady byly v Ústeckém kraji postupně do roku 2000 zrušeny. Výjimkou byla stanice provozovaná nestátním zdravotnickým zařízením Hornická nemocnice s poliklinikou v Bílině (okr. Teplice), která byla zrušena svým provozovatelem pro nedostatek finančních prostředků už v roce 2001 (Okresní úřad v Ústí nad Labem v roce 2001 přestal této stanici přispívat na provoz).

Ústecký kraj se možností zřízení protialkoholní záchytné stanice začal zabývat částečně již v roce 2001, intenzivněji pak v letech 2003, 2010. Od roku 2013 pak intenzivně hledá provozovatele záchytné stanice, zatím však neúspěšně.

V současné době je pro **zřízení záchytné stanice** definována řada rizik a sporných právních otázek, které brání bezproblémové realizaci zajištění provozu záchytné stanice. Za hlavní sporné otázky jsou považovány následující:

1. Současná právní úprava typů péče, které se poskytují osobám závislým na návykových látkách, nekoresponduje zcela s platnou právní úpravou v oblasti poskytování zdravotních služeb. V zákoně č. 379/2005 Sb. je záchytná stanice definována jako zdravotnické zařízení poskytující v souladu s § 17 zákona specializovanou péči akutně intoxikovaným osobám. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, při poskytování zdravotních služeb hovoří o poskytovatelích a o službách. Zdravotnickým zařízením se proti tomu podle § 4 rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb. Zmínka o zdravotní službě v podobě záchytné stanice v zákoně zcela absentuje. Chybí tedy jasné právní ukotvení provozu záchytné stanice, jejího minimálního technického a věcného vybavení, personálního zajištění, atp. *Zřejmý rozpor spočívá v tom, zda jsou služby záchytné stanice zdravotní službou podle zákona o zdravotních službách (tato zdravotní služba není zákonem nijak upravena, nelze tedy podle názoru krajského úřadu vydat oprávnění k poskytování zdravotních služeb), nebo jde o zcela odlišný režim podléhající výhradně zákonu č. 379/2005 Sb. (v tom případě chybí*

jednoznačné ukotvení provozních náležitostí – viz výše). Při realizaci konceptu záchytné stanice jako pouhých „místností pro vystřízlivění“ (nebudou-li poskytovány žádné zdravotní služby) hrozí zvýšené riziko případného poškození zdraví zachycené osoby v souvislosti s neposkytnutím očekávatelné zdravotní péče.

2. Nedostatečně je upravena problematika vyšetření přítomnosti alkoholu a jiných návykových látek, a to zejména z důvodu obecného ustanovení k financování odborného lékařského vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu nebo jiné návykové látky, které je vyžádáno oprávněným subjektem. V praxi byl zaznamenán rozdílný přístup při řešení úhrad tohoto vyšetření. Opakovaně jsou podávány různé právní výklady, k problematice orientačního vyšetření na přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky u osob mladších 18 let, které zejména zpochybňují oprávnění k provedení výše uvedeného vyšetření, a to zejména obecní policií nebo osobou, která je pověřena kontrolou osob, které vykonávají činnost, při níž by mohly ohrozit život nebo zdraví svoje anebo dalších osob nebo poškodit majetek.
3. Vysoká finanční náročnost, kdy územním samosprávným celkům jsou ukládány povinnosti v přenesené i samostatné působnosti bez alokace finančních prostředků.

Očekává se zpracování nového zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky tabáku, alkoholu a jiných návykových látek, integrované protidrogové politiky, který by měl sporné otázky vyřešit.

Prioritou je **zajistit službu záchytné stanice na území kraje** tak, aby služba splňovala územní a kapacitní potřeby a napomohla k řešení nepříznivé situace na urgentních příjmech nemocnic.

Lékařská pohotovostní služba

Lékařská pohotovostní služba pro dospělé i pro děti a dorost je v současné době poskytována v obou segmentech ve 14 ordinacích. V každém okrese jsou umístěny vždy minimálně 2 ordinace LPS pro dospělé i LPS pro děti a dorost. Výjimku tvoří okres Ústí nad Labem s pouze 1 pracovištěm pro každou skupinu. S ohledem na rozlohu tohoto okresu a koncentraci většiny obyvatel ve městě Ústí nad Labem je však toto řešení dostačující.

Celkově je tak možné říci (a vyplývá to i ze srovnání s ostatními kraji), že pokrytí Ústeckého kraje službami LPS pro dospělé a LPS pro děti a dorost je rovnoměrné s dostupností této služby běžnými dopravními prostředky (osobním automobilem) do cca 30 minut pro všechny obyvatele Ústeckého kraje. Tato dostupnost je tak výrazně pod doporučenou maximální hodnotou MZ v rámci standardu pro poskytování LPS (doporučená dostupnost 60 min.).

Z uvedeného vyplývá, že tyto zdravotní služby není nutné dále rozšiřovat, ale spíše naopak **zvážit možnost koncentrace** v některých oblastech tak, aby služby byly dostupné pouze na 1 stanovišti v okrese (s výjimkou hůře dostupných částí některých okresů – např. Šluknovský výběžek). Takové řešení by umožnilo **efektivnější využití finančních prostředků** vynakládaných na zajištění těchto služeb i s ohledem na vzrůstající náklady na zajištění této služby a její skutečnou potřebu.

Za úvahu stojí příprava legislativních návrhů, které povedou k přímější vymahatelnosti účasti praktických lékařů na zajištění LPS a současně jednání o přijetí takových opatření na úrovni státu, aby LPS byla poskytována na celém území ČR za srovnatelných podmínek (zabezpečení LPS je výkonem státní správy, státní správa by měla být vykonávána celoplošně srovnatelně.)

lékárenská pohotovostní služba

Ústecký kraj v současné době lékárenskou pohotovostní službu nezajišťuje. 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.

Za předpokladu, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékárenské péče není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis, umožňuje zákon č. 378/2007 Sb. výdej léků ošetřenému pacientovi lékařem.

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

pohotovostní služba v oboru zubní lékařství

Pohotovostní služby v oboru zubní lékařství jsou v současné době poskytovány na 4 stanovištích v různých okresech Ústeckého kraje. Současný stav 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 je v současném rozsahu dostatečná a není nutné ji měnit.

prohlídky těl zemřelých

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.

Prohlídky provádějí lékaři se specializovanou způsobilostí. Každá ordinace lékařské pohotovostní služby v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, resp. v ní sloužící lékař, zajišťuje prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení a to i po skončení ordinační doby ordinace lékařské pohotovostní služby, vždy do 6:00 hod. následujícího dne ve všedních dnech, resp. do začátku ordinační doby ordinace lékařské pohotovostní služby následujícího dne ve dnech pracovního klidu (poskytovatel zdravotních služeb provozující ordinaci lékařské pohotovostní služby zajistí službukonajícímu lékaři dopravu na místo prohlídky a zpět).

S ohledem na vyhodnocení zkušenosti jiných krajů lze v budoucnosti zvážit možnost zajištění prohlídek zemřelých prostřednictvím individuální smlouvy s vybraným poskytovatelem zdravotních služeb.

Poskytování zdravotních služeb poskytovateli, jejichž zakladatelem nebo zřizovatelem je kraj

Krajská zdravotní, a.s.

Společnost Krajská zdravotní, a. s. je hlavním poskytovatelem zdravotní péče v Ústeckém kraji a tvoří páteří osu krajských nemocnic. Na vrcholu stojí ústecká Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, jako poskytovatel superspecializované péče. V dalších lokalitách kraje zajišťují zdravotní péči čtyři nemocnice s přirozenou spádovou oblastí. Po sdružení 5 krajských nemocnic do jednoho celku, jejich ekonomické stabilizaci, dovybavení a obnově zejména zdravotnickou technikou, se Krajská zdravotní, a. s. stále potýká s velkým vnitřním dluhem jednotlivých nemocnic, jehož příčiny a počátky sahají daleko před vznik společnosti.

Operativní cíle směřují k zajištění zachování kontinuity zdravotní péče na stávající úrovni:

- Přístrojová technika – investice do přístrojů jsou nedostatečné a díky zákonu o veřejných zakázkách se nákupy velmi prodlužují. Je zpracován plán investic přístrojové techniky dle priorit. Prioritou je podpora obnovy a rozvoje přístrojového vybavení
- Investice stavební – je velmi žádoucí investovat do rekonstrukcí nebo výstavby operačních sálů a urgentních příjmů. Současně je třeba podporovat investice do dispozičního, sociálního a technického zázemí všech nemocnic, které bude odpovídat potřebám moderní medicíny:
 - o Operační sály – Nemocnice Teplice, o. z. – výstavba / Nemocnice Chomutov, o. z. – rekonstrukce / Nemocnice Děčín, o. z. – rekonstrukce
Výstavba a rekonstrukce operačních sálů nemocnic zajistí pokračování poskytování zdravotní péče, která je nyní ohrožena z důvodů neplnění zejména hygienických požadavků.
 - o Urgentní příjmy - Nemocnice Děčín, o. z. / Nemocnice Chomutov, o. z. / Nemocnice Teplice, o. z.
Vybudování urgentních příjmů řeší zákonnou povinnost zřízení kontaktního místa pro zdravotnickou záchrannou službu a může řešit i problém s provozováním lékařské služby první pomoci. Soustředí jednotlivé odbornosti na jedno místo a ošetření pacienta je efektivní. Přejíždění v nemocnicích pavilonového typu prodlužuje dobu ošetření a využití pracovníků především nižšího zdravotnického personálu není efektivní.
 - o Dispoziční, sociální a technické zázemí všech nemocnic.
- Lůžková oddělení:
 - o rekonstrukce a vybudování lůžkových oddělení se samostatným sociálním zařízením na každém pokoji
 - o úprava prostředí - malování, výměny dveří a drobné úpravy, odstranění dřevěných a umakartových obložení
 - o výměna oken k zajištění bezpečnosti pacientů a zamezení tepelných ztrát včetně zateplení budov a opravy fasád ve všech nemocnicích KZ, a. s.
 - o připojení na internet pro klienty a připojení do nemocničního informačního systému pro lékaře přes síť pro zefektivnění pracovní doby během vizit a konzilií využitím např. tabletů
 - o vybavení novým zařízením (postele a noční stolky, skříně a ostatní vybavení pokojů).
- Ambulance:

- rekonstrukce ambulancí (podlahových povrchů, obložení stěn, výměny nábytku).
- zajištění bezpečnosti personálu kamerovými systémy a bezpečnostními prvky (dveřmi, okny, apod.). Vhodné zajištění připojení na pulty centrální ochrany či bezpečnostní agentury.
- Vzdělávání zdravotnického personálu - vzdělávání je povinné ze zákona, který určuje povinnost vzdělávat se na akreditovaných pracovištích. Akreditovaná pracoviště jsou základem pro vzdělávání zdravotníků a společnost se řadí mezi největší poskytovatele vzdělávání na těchto pracovištích. Současných 110 akreditovaných pracovišť je třeba nejen udržet, ale postupně i rozšiřovat.

Strategické cíle

- Převzetí nemocnic následné péče, jejichž zřizovatelem je Ústecký kraj (jediný akcionář společnosti) v horizontu let 2015/2016;
- převzetí péče o dialyzované pacienty v horizontu 2 let v dialyzačních střediscích Most a Chomutov, v další fázi pak v dialyzačním středisku Teplice;
- udržení a případný rozvoj zdravotní péče v centrech specializované (příp. superspecializované) péče (např. stratifikace péče MNUL a superspecializovaná péče na většině oddělení MNUL / centra excelence v ostatních nemocnicích společnosti);
- rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti onkologických onemocnění (udržení statutu komplexního onkologického centra, nezbytné investice do rozvoje KOC);
- rozvoj kapacit v oborech ARO, DIP, DIOP;
- rozvoj služeb primární péče poskytované na celém území kraje;
- rozvoj jednodenní péče v návaznosti na domácí péči;
- restrukturalizace akutního lůžkového fondu efektivním využitím stávajících kapacit lůžek následné péče;
- rozvoj spolupráce s Univerzitou Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem prostřednictvím klinik, včetně rozvoje oblasti vědy a výzkumu;
- realizace zásobování KZ, a. s. zdravotnickým materiálem a přístroji formou strategického vyhlášení veřejných zakázek;
- udržení a rozšíření akreditace pro vzdělávání zdravotnických pracovníků ve všech nemocnicích společnosti s dokončením v horizontu do poloviny roku 2016,
- získání akreditace podle národních akreditačních standardů
- rozvoj eHealth i ve vztahu k pacientům (scheduling apod.).

Kojenecké ústavy Ústeckého kraje

Hlavním předmětem činnosti Kojeneckých ústavů, příspěvkové organizace, je poskytování léčebně preventivní péče pro děti do 3 let věku, poskytování sociálně-právní ochrany dětem od 0 do 3 let vyžadující okamžitou pomoc a odborné poradenství a pomoc žadatelům o zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče a poskytování poradenské pomoci osvojitelům nebo pěstounům. Posláním kojeneckých ústavů je zajištění komplexní diagnostické, léčebné, preventivní, ošetrovatelské a výchovné péče jejich malým klientům a co nejrychlejší navrácení nejvyššího možného počtu dětí do rodin vlastních či náhradních.

Operativní cíle

- Zajištění kontinuity péče o děti ve věku od narození do tří let (výjimečně do šesti let);

- zajištění sociálního prostředí ohroženým dětem;
- sledování dětí po zdravotní, neurologické a psychické stránce;
- zajištění rehabilitační péče a výchovných programů (získávání běžných návyků a dovedností - vytvoření prostředí co nejvíce podobné rodinnému prostředí);
- umožnění realizace praxe budoucích zdravotních sester, sociálních pracovníků, ergoterapeutů.

Strategické cíle

- Zlepšovat přímou péči o svěřené děti a postupně dosáhnout snížení celkového počtu jejich umístění do ústavu;
- snížení počtu dětí ve skupinách z 6 na 5;
- udržení akreditace podle národních akreditačních standardů

Psychiatrická léčebna Petrohrad

Psychiatrická léčebna Petrohrad, příspěvková organizace, poskytuje zdravotnické služby v odbornosti psychiatrie a to v oblasti následné lůžkové zdravotní péče. Jedná se o komplexní psychiatrickou péči pacientům od 18 let věku, s výjimkou závažných somatických komorbidit, které nejsou řešitelné v podmínkách následné péče, akutních intoxikací či odvykacích stavů způsobených psychoaktivní látkou, protitoxikomanických, protialkoholních a sexuologických léčeb, návykových a impulzivních poruch, poruch příjmu potravy, disociální poruchy osobnosti bez přítomnosti příznaků projevů duševní poruchy. Posláním PLP je usilovat prostřednictvím všech složek péče o podporu a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta a jeho návrat do přirozeného sociálního prostředí.

Strategické cíle

- Posílení zdravotních služeb ambulantní formou péče
- zapojení se do národní strategie transformace psychiatrické péče - kvalita, kontinuita, bezpečnost a efektivita zdravotní péče (projekt psychiatrické rehabilitace).
- udržení akreditace podle národních akreditačních standardů.

Nemocnice následné péče Most

Hlavní náplní činnosti Nemocnice následné péče Most, příspěvková organizace, je poskytování následné lůžkové zdravotní péče pro pacienty s převážně chronickými chorobami a po stabilizaci akutních onemocnění, kteří potřebují (do)léčení a rehabilitaci. Pacientům je poskytována komplexní odborná lékařská, ošetrovatelská a rehabilitační péče, fyzioterapie i ergoterapie. Pacienti nemocnice pocházejí nejčastěji ze spádového území Mostecká a okolí.

Operativní cíle

- Zajištění nepřetržité odborné lékařské péče, ošetrovatelské péče, fyzioterapie a ergoterapie;
- zajištění kvality života prostřednictvím dostatečné výživy - dietoterapie - léčba pomocí odborně sestavených diet, léčebná výživa, výživa sondami, infúzemi;
- zajištění sociální péče, jejíž těžiště spočívá v zjišťování sociálních podmínek pacientů, pomoc s řešením sociálních problémů a sociální poradenství, podpora při podávání žádostí o sociální příspěvky a umístění v zařízení sociální péče.

Strategické cíle

- Získání akreditace podle národních akreditačních standardů;
- v rámci spolupráce s odbornými školami poskytovat prostory pro praktickou výuku studentů středních a vyšších zdravotnických škol, sociálně právních škol, fyzioterapeutům a ergoterapeutům a do jejich výuky zapojit své zdravotnické pracovníky;
- zvážit začlenění nemocnice do společnosti Krajská zdravotní, a.s.

Nemocnice následné péče Ryjice

Hlavní náplní činnosti Nemocnice následné péče Ryjice, příspěvkové organizace, je poskytování následné lůžkové zdravotní péče pro dlouhodobě nemocné pacienty s převážně chronickými chorobami a po stabilizaci akutních onemocnění, kteří potřebují (do)léčení a rehabilitaci. Převážně geriatrickým pacientům je poskytována komplexní odborná lékařská, ošetrovatelská a rehabilitační péče. Péče je poskytována obyvatelům ústeckého kraje, především pro spádové území Ústecka.

Operativní cíle

- Zajištění nepřetržité odborné lékařské péče, ošetrovatelské péče, fyzioterapie a ergoterapie;
- zajištění kvality života prostřednictvím dostatečné výživy - dietoterapie - léčba pomocí odborně sestavených diet, léčebná výživa, výživa sondami, infúzemi;
- zajištění sociální péče, jejíž těžiště spočívá v zjišťování sociálních podmínek pacientů, pomoc s řešením sociálních problémů a sociální poradenství, podpora při podávání žádostí o sociální příspěvky a umístění v zařízení sociální péče.

Strategické cíle:

- Udržení akreditace podle národních akreditačních standardů;
- získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru geriatry;
- rozšíření péče hrazené ze zdravotního pojištění v oblasti dlouhodobé intenzivní péče (DIP, DIOP);
- podpora výuky a přípravy lékařů nižšího stupně pro obor geriatry (dle uděleného certifikátu Ministerstva zdravotnictví ČR);
- rozvoj přednáškové činnosti na krajských i celostátních vzdělávacích akcích a účastnit se řady studií v oboru geriatry;
- zvážit začlenění nemocnice do společnosti Krajská zdravotní, a.s.

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, příspěvková organizace, poskytuje na základě tísňové výzvy zejména přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Jako ucelená organizace funguje od 1. 1. 2004, kdy došlo ke sloučení záchranných služeb Děčín, Teplice, Ústí nad Labem a Žatec, dosud provozovaných jako samostatné subjekty. V roce 2005 se do ní včlenily i záchranné služby z Litoměřic a Roudnice nad Labem, které do té doby patřily pod místní nemocnice.

Operativní cíle

- Poskytování přednemocniční neodkladné péče, kterou v současné době poskytuje na území celého kraje prostřednictvím 44 posádek záchranářů, vyjíždějícími za pacienty z 22 základůn rozmístěných po celém regionu. Jmenovitě se jedná o 14 posádek rychlé lékařské pomoci

(RLP), 29 posádek rychlé zdravotnické pomoci (RZP) a jedné posádky letecké záchranné služby (LZS);

- pravidelně vyhodnocovat strategický dokument „Plán pokrytí Ústeckého kraje výjezdovými základnami ZZS“ a přijímat případná opatření v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých měst a obcí tak, aby místo události bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut;
- spolupracovat se složkami IZS Ústeckého kraje a zabezpečovat činnosti potřebné k plnění úkolů krizové připravenosti;
- průběžně modernizovat infrastrukturu ZZS v návaznosti na plnění hlavních úkolů;
- zvýšit výkonnost systému prevence a řešení přírodních, technologických a bezpečnostních rizik, které povedou ke zdokonalení vzájemného postupu složek IZS při řešení mimořádných událostí.

Strategické cíle

- Realizovat doporučené postupy u triage (třídění) pacientů a jejich transportu z terénu přímo na vyšší etapu v přednemocniční neodkladné péči a zvyšovat tím počet pacientů předaných do center specializované péče (iktová a trauma centra apod.);
- plnění Plánu pokrytí Ústeckého kraje výjezdovými základnami ZZS;
- podpora a rozvoj vzdělávacího centra ZZS ÚK (zajištění průběžného vzdělávání zaměstnanců, školení členů ostatních složek Integrovaného záchranného systému (IZS) pro systém first-responder (projekt časná defibrilace);
- rozvoj eHealth (realizovat elektronický přenos dat mezi ZZS a ostatními poskytovateli zdravotních služeb);
- navázání přeshraniční spolupráce se záchrannými službami Svobodného státu Sasko (v rámci realizace Rámcové smlouvy mezi Českou republikou a Spolkovou republikou Německo o přeshraniční spolupráci v oblasti zdravotnických záchranných služeb podepsané v Plzni 4. dubna 2013).

Shrnutí

Strategie navazuje výhradně na kompetence dané Ústeckému kraji právním řádem České Republiky. Nástroje, které má kraj k dispozici pro ovlivnění zdravotnictví na svém území a pro své občany a osoby se v kraji nacházející lze rozdělit do čtyř základních oblastí (přímé kompetence obligatorní, přímé kompetence fakultativní, nepřímé kompetence, veřejný zájem) se v rámci strategie úzce dotýkají a prolínají při naplňování všech cílů a opatření této strategie.

V oblasti podpory zdraví je definováno 7 základních priorit, na které by se měl kraj ve svých aktivitách zaměřit, ať už prostřednictvím vlastní práce či spolupráce s dotčenými municipalitami, institucemi a dobrovolnými organizacemi. Základem je prevence zdravotně rizikového chování, vzdělávání a screeningové programy závažných a častých onemocnění.

V oblasti podpory zdravotních služeb jsou stanoveny priority pro personální zajištění zdravotních služeb a definovány potřeby rozvoje. Strategie, v návaznosti na to, definuje priority a aktivity v oblasti dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb a podpory vědy a výzkumu. Zvláštní pozornost si zaslouží rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti onkologických onemocnění, posílení kapacit v oborech DIP a DIOP, posílení kapacit praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost a praktických stomatologů. Vyzdvihnuta by měla být i podpora poskytovatelů lůžkové péče na území kraje ve vztahu k zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, podpora aktivní spolupráce mezi všemi poskytovateli zdravotních služeb lůžkové péče, posílení financování zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven, podpora rozvoje systémů hodnocení kvality a bezpečí a podpora rozvoje elektronického zdravotnictví (eHealth).

V části odpovědnosti kraje za zajištění poskytování zdravotních služeb je prioritou zajištění přednemocniční neodkladné péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života prostřednictvím zdravotnické záchranné služby, naplnění záměru zajištění služby záchytné stanice na území kraje a v neposlední řadě zajištění pohotovostních služeb a prohlídek těl zemřelých.

Samostatnou kapitolou je pak **podpora operativních i strategických cílů při poskytování zdravotních služeb poskytovateli, jejichž zakladatelem nebo zřizovatelem je kraj**. Zde stojí za zmínku podpora obnovy a rozvoje přístrojového vybavení a stavebně-technického uspořádání (urgentní příjmy nemocnic), udržení a případný rozvoj zdravotní péče v centrech specializované příp. superspecializované péče, specifický rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti onkologických onemocnění (udržení statutu KOC), rozvoj služeb primární péče a rozvoj jednodenní péče v návaznosti na domácí péči, zvážení začlenění nemocnic následné péče do společnosti Krajská zdravotní, a.s. a v neposlední řadě rozvoj kapacit zejména v oborech ARO, DIP, DIOP.

Naplnění priorit, opatření a aktivit této strategie se neobejde bez aktivní spolupráce mezi krajem, obcemi, poskytovateli zdravotních služeb, zdravotními pojišťovnami, státními (vládními) institucemi a organizacemi, profesními společnostmi a dalšími dotčenými subjekty.

Seznam zkratk

ARO	anesteziologie a resuscitace
CNM	cévní onemocnění mozku
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelské péče
DIP	dlouhodobá intenzivní péče
ICHS	ischemická choroba srdeční
IZS	integrovaný záchranný systém
KOC	komplexní onkologické centrum
KZ a.s.	společnost Krajská zdravotní a.s.
LPS	lékařská pohotovostní služba
LZS	posádka letecké záchranné služby ZZS
MNUL	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NRHOSP	národní registr hospitalizovaných
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
o.z.	odštěpný závod
ORL	otorhinolaryngologie
PL	praktický lékař pro dospělé (všeobecný praktický lékař)
PLD	praktický lékař pro děti a dorost
PLP	Psychiatrická léčebna Petrohrad, příspěvková organizace
PSTOM	praktický zubní lékař
RHN–WHO	Regions for Health Network–WHO/Síť zdravých regionů-SZO
RIS3	Research Innovation Strategy 3
RLP	posádka rychlé lékařské pomoci ZZS
RZP	posádka rychlé zdravotnické pomoci ZZS
SZO	Světová zdravotnická organizace
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚK	Ústecký kraj
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZN	zhoubné novotvary/nádory
ZZS	zdravotnická záchranná služba