



**Městská část Praha 11**

# **Generel zdravotnictví Městské části Prahy 11**

**Závěrečná zpráva**



# Obsah

Úvod.....	3
<b>Generel zdravotnictví Městské části Praha 11 .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Výchozí podmínky pro návrh generelu.....</b>	<b>4</b>
1.1 <i>Prevence</i> .....	5
1.1.1 Podpora zdraví a preventivní programy .....	5
1.2 <i>Dostupnost zdravotnických služeb</i> .....	7
1.2.1 Lékařská odbornost a úvazky na Městské části Praha 11.....	7
1.2.2 Provázanost PL a OAL.....	8
1.2.3 Predikce poptávky a nabídky zdravotních služeb.....	9
1.3 <i>Kvalita zdravotnických služeb</i> .....	10
1.3.1 Standardizace.....	10
1.3.2 Sledování kvality .....	10
1.4 <i>Možnosti Městské části Praha 11 ovlivnit zdravotní politiku na svém území</i> .....	11
1.4.1 Současná míra možností ovlivnit poskytovanou zdravotní péči .....	12
<b>2 Návrh generelu zdravotnictví Prahy 11 .....</b>	<b>14</b>
2.1 <i>Vize a principy Městské části Praha 11 v oblasti zdravotnictví na území Městské části Praha 11</i> .....	15
2.2 <i>Variety strategie</i> .....	16
2.3 <i>Strategie 1 Provozování zdravotnických zařízení ve svých objektech</i> .....	17
2.3.1 Hlavní úkoly strategie 1 .....	18
2.4 <i>Strategie 2 Pronájem objektů profesionálním provozovatelům zdravotní péče</i> .....	21
2.4.1 Hlavní úkoly strategie 2 .....	22
2.5 <i>Strategie 3 Privatizace objektů a zdravotnických zařízení</i> .....	25
<b>3 Závěrečné doporučení.....</b>	<b>26</b>
<b>4 Přílohy .....</b>	<b>27</b>
4.1 <i>Seznam použité literatury</i> .....	27
4.2 <i>Seznam legislativních norem</i> .....	27
4.3 <i>Seznam použitých zkratk a pojmů</i> .....	28

## Seznam obrázků

Obr. 1.1: Struktura determinantů zdraví.....	5
Obr. 1.2: Model podpory zdraví.....	5
Obr. 1.3: Richmond-Kotelchovův model zdravotní politiky.....	6
Obr. 1.4: Schéma vztahů účastníků zdravotní péče pro Městské části Praha 11.....	11
Obr. 1.5: Podíly lékařů dle stupně ovlivnitelnosti z Městské části Praha 11 .....	12
Obr. 2.1: Symbolický model generelu zdravotnictví Městské části Praha 11 .....	14

## Seznam tabulek

Tab. 1.1: Porovnání úvazků lékařů v rámci normativu.....	7
Tab. 1.2: Predikce úvazků lékařů v rámci normativu .....	7
Tab. 1.3: Dostatečnost zastoupené odbornosti .....	8
Tab. 1.4: Podíly lékařů dle pracovního poměru.....	12

## Úvod

Podkládaný materiál je shrnující částí projektu zaměřeného na návrh generelu zdravotnictví pro městskou část Prahy 11. Generelem zde rozumíme výhledovou představu o možnostech zajištění zdravotní péče v městské části a v souasných podmínkách a možnostech vývoje zdravotnictví v české republice.

V rámci projektu jsme vytvořili tři hlavní dokumenty – Návrh řešení problematiky Opatovská, Analýza zdravotnictví pro M P11 a tento záv re ný dokument Generel zdravotnictví M P11.

Dokument „Návrh řešení polikliniky Opatovská“ je ú elov zam en na problematiku dnešní polikliniky Opatovská. Zde se uvažuje o významné investiční akci, která by mohla pomoci ešit nevyhovující stav rozšířených ordinací praktických lékařů a ambulantních specialist zejména v bytových domech Hviezdoslavova a Tererova. Materiál analyzuje možnosti přesunu lékařů z výše uvedených bytových domů do polikliniky Opatovská.

Dokument „Analýza zdravotnictví pro M P11“ shrnuje výsledky analýzy segmentu zdravotnictví s ohledem na městskou část Prahy 11. Obsahuje významné výstupy analytických prací odborných institucí a sdružení, o kterých se domníváme, že jsou použitelné i pro městskou část Prahy 11. Dále pak obsahuje konkrétní analytické výstupy stavu zdravotnictví městské části Praha 11.

Tento třetí dokument obsahuje vlastní návrh generelu tak, jak ho vidí pracovní tým projektu. Záv ry dokumentu vycházejí z předšlých podkladových materiálů a navrhují vizi a tři varianty možného strategického chování městské části v oblasti zdravotní péče. Dvě varianty jsou rozpracovány do hlavních dlouhodobých a krátkodobých úkolů vedoucí k plnění zvolené strategie.

Materiál by měl sloužit především jako podklad pro širší diskusi zástupců městské části a jejich odborných skupin a komisí s cílem volby konkrétní strategie, zpracování formulací generelu a stanovení si úkolů k jeho realizaci.

Pracovní tým složený z odborníků společnosti **CS-PROJECT spol. s r.o.** a **NEWTON Solutions Focused, a.s.** by zde rád podkoval za významnou podporu paní H. Preislerové vedoucí OSVZ a místostarostovi panu J. Meixnerovi. Rovněž bychom chtěli podkovat za podnětnou diskusi k pracovní verzi materiálu skupin složené ze zástupců M P11 dne 28.5.2007.

Projektu dále významně pomohl UZIS, který připravil a zaslal pracovnímu týmu potřebná statistická data SÚ a VZP rovněž za datové podklady.

Pracovní tým ve složení:

Ing. Jaromír Šída, vedoucí projektu za CS-PROJECT

Ing. Petr Koltok, seniorní poradce CS-PROJECT

Ing. Petr Tomášek, poradce CS-PROJECT

MUDr. Jan Mojžíš, předseda představenstva NEWTON Solution Focused, a.s.

RNDr. Petr Peniška

# Generel zdravotnictví Městské části Prahy 11

## 1 Východiska pro návrh generelu

Městská část Prahy 11 je součástí sítě zdravotní péče za řízení hlavního města Prahy a celé republiky a tak se jí týkají obecně jak pozitivní stránky zdravotnictví, tak jeho negativní stránky. Za pozitivní lze považovat určitou dostupnost zdravotních služeb a jejich dílčí financování, za negativní chybějící koncepci zdravotnictví, na kterou by mohl generel navázat a nedostatečné informace použitelné právě pouze pro městskou část.

Pro ústavy a organizace, které se problematikou sbíru dat zabývají, je městská část příliš podrobnou rozlišovací úrovní a tak lze jen nepříjemně analyzovat strukturu odborností ambulantních služeb s cílem nalézt například jejich místní deficit nebo naopak jejich tlak. Bohužel neexistují ani data o migraci obyvatel (pacientů) za lékařskými službami za hranice městské části. Neexistují ani vhodné informace o kvalitě stávajících poskytovaných lékařských služeb jiné, než údaje získané místním šetřením u obyvatel a pochopitelně postavené na subjektivních názorech.

Vzhledem k tomu, že neexistuje ani jednoznačná celostátní strategie zdravotnictví a její akční plány, nezbyvá nic jiného než v rámci svých možností, znalostí a odvahy se pustit do vlastního návrhu.

Podkládaný návrh proto vychází z této situace a bude se opírat o:

- obecně detekované problémy v systému zdravotnictví s předpokladem, že městská část Prahy 11 není výjimkou,
- obecně uvažovaných predikcích vývoje zdravotnictví odvozených ze získaných materiálů ministerských, zdravotnických institucí a grantových analytických skupin,
- vlastní analytická zjištění ze získaných údajů a informací vztažených k městské části Praha 11.

Nejprve se zaměříme na problém prevence. Je to proto, že zdravotnické služby tvoří jen malou výše faktor ovlivňující zdraví člověka (uvádí se 10%). Prevence zasahuje nejen oblast samotných zdravotních služeb, ale též všechny další faktory působící na lidské zdraví a je zapotřebí ji vnímat v širším kontextu.

Následně se soustředíme na oblasti „dostupnosti“ a „kvality“ zdravotních služeb, přičemž „ekonomika“ bude vnímána na pozadí všech těchto úvah jako všudypřítomný aspekt rozhodování. V následujícím textu potom budou popsány mechanismy a nástroje, jež mohou být využity k prosazení priorit v oblasti prevence, dostupnosti a kvality poskytované péče.

Závěrem budou shrnuty hlavní body návrhu generelu, bude nastíněna možná podoba vize zdravotnické politiky Městské části Prahy 11, strategie vedoucí k jejímu naplnění a budou stanoveny dlouhodobé a krátkodobé cíle zdravotní politiky Městské části P11.

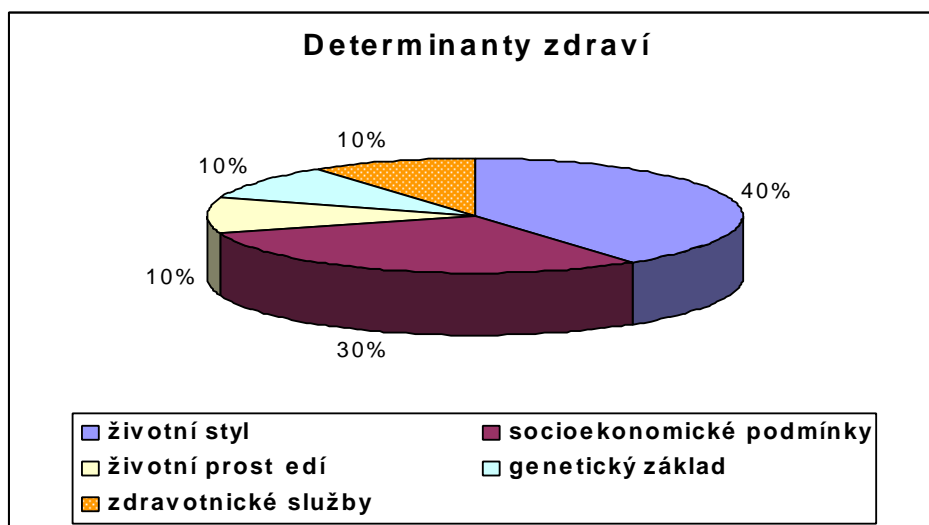
Generel zdravotnictví městské části P11, jak už bylo několikrát zdůrazněno, je součástí širšího systému a je třeba tento aspekt pečlivě zvažovat při stanovování si vlastních úkolů.

U vlastní zdravotní péče vidíme tři klíčové aspekty – **dostupnost zdravotních služeb**, jejich **kvalitu** a **ekonomickou náročnost**. Snahou a cílem koncepce je docílení vyváženého vztahu všech těchto aspektů.

## 1.1 Prevence

Zdraví je podle definice WHO (světová zdravotnická organizace) stavem úplné tělesné, duševní a sociální pohody – nikoliv pouze nepřítomnosti nemoci. Za zdraví jedince je v první řadě zodpovědný každý sám, nicméně společenskou odpovědnost za zdraví nese společnost, kterou reprezentuje státní správa a samospráva. Proto by mělo být prvořadým úkolem každé místní samosprávy vytvoření dostatečné podpory zdraví.

Za určující faktory zdraví (tzv. determinanty) jsou považovány: životní styl, socioekonomické podmínky, životní prostředí, genetický základ a zdravotnické služby. Tyto determinanty se podílejí na zdraví populace přibližně takto:



Zdroj: Krajská hygienická stanice Brno

Obr. 1.1: Struktura determinantů zdraví

### 1.1.1 Podpora zdraví a preventivní programy

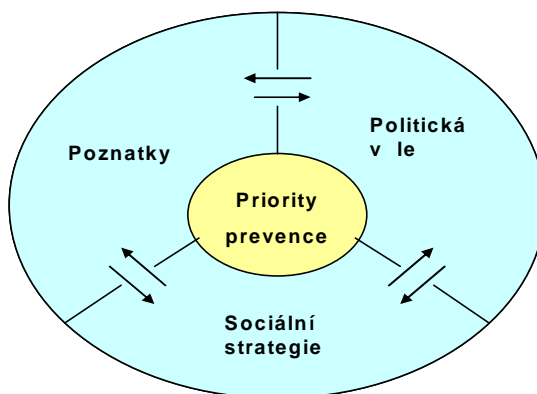
Podporou zdraví nazýváme proces, který umožňuje lidem zvyšovat kontrolu nad svým zdravím a zlepšovat svůj zdravotní stav. Podpora zdraví obsahuje 3 základní aktivity (zdroj: IZPE 2002):



Obr. 1.2: Prvky modelu podpory zdraví

Předcházet nemocem a snižovat rizika onemocnění je levnější, než nemocné lidi léčit nebo o nich přicházet z důvodu předasných úmrtí. Proto je základním kamenem podpory zdraví prevence.

Úroveň a „hloubku“ přístupu k problému prevence je nutné vyjasnit na základě projednání v politickém grémiu zastupitelů, protože i na MÚP11 platí Richmond-Kotelchovův model zdravotní politiky:



Obr. 1.3: Richmond-Kotelchovův model zdravotní politiky

Navrhované priority oblastí prevencí:

- zdravý životní styl a obezita
- primární prevence užívání návykových látek
- spolupráce se státním zdravotním ústavem - systém monitorování ovzduší a životního prostředí
- program BESIP
- podpora pohybových aktivit
- sekundární prevence v oblastech kouření, alkoholu, drogy a obezity

## Shrnutí

Existuje mnoho realizovaných preventivních programů se zaměřením na jednotlivé determinanty zdraví. Jejich rozmanitost odpovídá spektru iniciátorů, rozdílnosti cílů a na jaké úrovni byly iniciovány (státní, regionální, lokální). Dalším aspektem je cílová skupina, pro kterou byly programy vytvořeny (veřejnost, ohrožené skupiny) atd.

Měly by být zvažovány svou úlohou v programu Národní sítě zdravých měst České republiky (NSZM ČR). Úlohou v tomto programu umožňuje individuální řešení v rámci zpracované metodologie dle vlastních priorit na specifické úrovni samosprávy MÚP11 (metodologie jsou odlišně řešeny na úrovni města, obce, kraje, mikroregionu). Samospráva si může sama zvolit úroveň – kategorii podpory zdraví v jedné ze dvou linií za zpracovatele **doporuujeme linii Zdraví 21.**

## 1.2 Dostupnost zdravotnických služeb

Dostupností rozumíme dostatečné zastoupení PL a OAL jednotlivých odborností na M P11 s aspektem geografického rozmístění uvnitř sledovaného území a vzájemných vazeb mezi lékaři.

### 1.2.1 Lékařské odbornosti a úvazky na M P11

Tab. 1.1: Porovnání úvazků lékařů v rámci normativu

Nedostatek v rámci normativu	Nedostatek v rámci ostatních M	Odbornosti významně nedostatečné k dnešku
- PL pro dospělé (-14,1) - PL pro děti a dorost (-3,5) - PL zubaři (-5,1) - sestra domácí péče (-4,1)	- PL pro dospělé (-14,1) - PL zubaři (-5,1) - angiologie (-0,3) - revmatologie (0,0) - TBC a respirační nem. (-1,3) - dětská psych., sexuologie (-0,5) - foniatrie, audiologie (-0,4) - oční (0,1) - sestra domácí péče (-4,1)	- PL pro dospělé (-14,1) - PL zubaři (-5,1) - sestra domácí péče (-4,1) - PL pro děti a dorost (-3,5)

Poznámka: V závorce jsou uvedeny odchylky úvazků od normativu

Z tabulky vyplývá markantní nedostatek úvazků PL pro dospělé a to jak v rámci normativu tak ve srovnání s ostatními M. Problém zubařů a sester domácí péče vyvstává i vzhledem k ostatním M, které tyto odbornosti mají relativní dostatek, PL pro děti a dorost je odbornost, jejíž nedostatek postihuje celou Prahu, nicméně vzhledem k demografickému vývoji se její stav jeví dostatečný.

Tab. 1.2: Predikce úvazků lékařů v rámci normativu

Nejtěžší nároky ošetření podle odborností (2005/2000)	Nároky na odbornosti v důsledku demografického vývoje	Do budoucna potenciálně nedostatečné odbornosti
- gastroenterologie (0,6) - ortopedie (1,3) - neurologie (3,5) - TBC a respirační nem. (-1,3) - psychiatrie (8,2) - diabetologie (1,7) - interna/vnitřní lékařství (3,9)	- kardiologie (3,2) - ortopedie (1,3) - foniatrie, audiologie (-0,4) - oční (0,1) - rehabilitace (49,5) - sestra domácí péče (-4,1) - interna/vnitřní lékařství (3,9) - fyz. a rehabilitační lékařství (2,3)	- sestra domácí péče (-4,1) - TBC a respirační nem. (-1,3) - foniatrie, audiologie (-0,4) - oční (0,1) - gastroenterologie (0,6) - fyz. a rehabilitační lékařství (2,3) - dětská psych., sexuologie (-0,5)

Poznámka: V závorce jsou uvedeny odchylky úvazků od normativu

U predikce potřeb odborností jsme vycházeli jednak z minulých trendů, dále potom z výsledků demografického vývoje. Je třeba brát v úvahu, že mnohé odbornosti u nichž se dá předpokládat zvýšená poptávka jsou dnes na M zastoupeny dostatečně.

Tab. 1.3: Dostate n zastoupené odbornosti

Odbornosti z dnešního pohledu dostate n é
- kardiologie (3,2)
- ortopedie (1,3)
- psychiatrie (8,2)
- chirurgie (4,3)
- gynekologie (12)
- rehabilitace (49,5)
- logopedie (3,3)
- klinická psychologie (7,7)
- neurologie (3,5)

Poznka: V závorce jsou uvedeny odchylky úvazk od normativu

Systémové faktory jako například posílení role PL, který p evezme ást úkon dnes vykonávaných OAL, i zpoplatn ní návšt v u léka e budou hrát významnou roli v ur ování budoucí poptávky a nabídky zdravotnických služeb. Podrobn jší vý et faktor , které zt žují predikci pot eby jednotlivých odborností je uveden v kapitole 1.2.3.

## 1.2.2 Provázanost PL a OAL

Provázanost lékařských služeb je velká a to jak ve vzájemných vztazích PL - OAL tak mezi OAL navzájem. Nem žeme opomenout vzájemnou provázanost v i laborato ím všeho druhu.

Výsledkem šet ení krom jiného bylo vytipování OAL s nejvyšší provázaností na PL. Tabulka shrnující tyto údaje je navíc dopln na o informaci etnosti ošet ení u t chto OAL.

Tab. 1.4: Provázanost PL s OAL

Odd lení, pracovišt	vysoký počet ošet ení	vysoká provázanost s PL
Interna	x	x
Diabetologie		x
Alergologie a klinická imunologie	x	x
TBC a respira ních nemocí		x
Neurologie	x	x
Psychiatrie (v . sexuologie)		x
Gynekologie	x	x
Chirurgie	x	x
Ortopedie		x
Urologie		x
Ušní, nosní, kr ní (v . foniatrie)		x
O ní		x
Kožní	x	x
Rehabilitace		x

Z šet ení vyplývají výhody, které skýtá koncentrace lékařských služeb – jednak pro pacienty, ale zároveň pro léka e, pokud by mohli využívat p ístroje, na které doposavad nem li zdroje a jejichž návratnost je velmi nízká, pokud je využívá pouze omezený počet pacient .



### 1.2.3 Predikce poptávky a nabídky zdravotních služeb

K odhadu vývoje poptávky jsme použili analytický výstup ÚZIS s po ty ambulantních vyšetření (ošetření) v podob jak jsou evidovány.

Dalším vstupem do analýzy budoucí poptávky po zdravotních službách byla demografická analýza (viz. kapitola 2.2.1 Analytické zprávy)

Tab. 1.5: V budoucnu potenciálně nedostatečné odbornosti

Nejtíší nárost ošetření podle odborností (2005/2000)	Nároky na odbornosti v d sledku demografického vývoje	Do budoucna potenciálně nedostatečné odbornosti
- gastroenterologie (0,6) - ortopedie (1,3) - neurologie (3,5) - TBC a respirační nem. (-1,3) - psychiatrie (8,2) - diabetologie (1,7) - interna/vnitřní lékařství (3,9)	- kardiologie (3,2) - ortopedie (1,3) - foniatrie, audiologie (-0,4) - oční (0,1) - rehabilitace (49,5) - sestra domácí péče (-4,1) - interna/vnitřní lékařství (3,9) - fyz. a rehabilitační lékařství (2,3)	- sestra domácí péče (-4,1) - TBC a respirační nem. (-1,3) - foniatrie, audiologie (-0,4) - oční (0,1) - gastroenterologie (0,6) - fyz. a rehabilitační lékařství (2,3) - dtská psych., sexuologie (-0,5)

Poznámka: V závorce jsou uvedeny odchylky úvazků od normativu

Z tabulky vyplývají n které do budoucna nedostatečné odbornosti. Je však třeba si uv domít, že vý et nemusí být úplný, charakter poptávky i nabídky se m že výrazn m nit v závislosti na vývoji souvisejících faktor . Tyto faktory shrnujeme v následujícím vý tu:

#### Omezení predikce oblastí poptávky:

- Ze strany státní správy budou v budoucnu p ijímána opatření, která budou zvyšovat podíl financování zdravotnictví ze soukromých zdroj (spoluú ast pacient ), ty budou mít za následek utlumení poptávky zejména u PL.
- Ze strany státní správy budou p ijímána opatření ke sm rování n kterých ošetření z OAL na PL z d vodu nákladovosti, dá se o ekávat, že pacienti budou více navšt vovat jako prvního PL, teprve poté budou využívat OAL.
- S prodlužující se pr m rnou délkou života bude r st poptávka po PL a OAL.
- Ze státní správy budou p ijímána opatření ke snižování pr m rné délky ošetření v l žkových za ízeních z d vodu vysoké nákladovosti, to povede k r stu poptávky po službách homecare a OAL.
- Pokrok v medicín (léění d íve nelé itelného).

#### Omezení predikce oblastí nabídky:

- Nejasné zám ry MZ ohledn p erozd lování zdroj .
- Z d vodu neudržitelného stavu po tu nemocnic dojde k významné redukci nemocni ních l žek a tím dojde k r stu nabídky ze strany AOL pracujících v nemocnicích.
- Dojde k redukci fakultních nemocnic, která p inese r st nabídky OAL pracujících v t chto nemocnicích.
- VZP chystá redukci OAL, kte í mají menší úvazky, než 0,5, dojde k p erozd lení t chto úvazk mezi OAL

## Shrnutí

Z analýzy odborností vyplynul nedostatek zejména PL pro dospělé a PL zubní. V současné době se jako nejrizikovější jeví nízké zastoupení PL pro dospělé. Tím je na MZK známy nedostatek, navíc z provedeného průzkumu vyplývá, že se jedná zejména o starší rodiny. Nedostatek je o to markantnější, že se do budoucna dá předpokládat zvyšování nároků na PL a posílení jejich úlohy ve vztahu k OAL. Získávání nových mladých PL je obtížné. Na trhu práce je jejich nedostatek, nejenom kvůli znárodněnému vstupu do oboru, kdy mladý lékař musí několik let působit pod dozorem a to bez jasně stanovených pravidel jeho financování.

Z vývoje minulých trendů a z demografického průzkumu vyplynuly některé potenciálně nedostatkové odbornosti, zejména sestry domácí péče, TBC a respirační nemoci. Z demografického vývoje vyplývá nedostatek odborností souvisejících se stárnoucí populací - kardiologie, ortopedie, rehabilitace, interna, revmatologie a další. V této souvislosti je třeba sledovat i vývoj nových odborností, specializovaných na seniory jako je například geriatric.

Kromě demografického vývoje je nutné brát v úvahu též změnu životního stylu, která s sebou přináší zátěž nejen fyzickou, ale též psychickou. Dá se dovodit nárůst poptávky po odbornostech jako je psychologie i psychiatrie, jak pro dospělé tak pro děti.

Geografická dostupnost primární péče v rámci MZK PL pro dospělé a PL pro děti je znárodně koncentrována zejména v oblasti polikliniky Šustova. Pro lepší dostupnost je třeba uvažovat o rozptýlení těchto lékařů rovnoměrně po celé MZK. Gynekologové jsou znárodně koncentrováni zejména na poliklinice Šustova a v jejím okolí, což ovšem vnímáme jako žádoucí.

Z analýzy provázanosti poskytovaných zdravotnických služeb mezi PL a OAL vyplynuly některé odbornosti, které doporučíme koncentrovat. Jedná se zejména o odbornosti: interna, alergologie, neurologie, gynekologie, chirurgie a kožní. Celkový souhrn všech odborností s vysokou provázaností na PL je obsažen v tabulce v kapitole 1.2.2. Provázanost PL a OAL.

## 1.3 Kvalita zdravotnických služeb

### 1.3.1 Standardizace

V ČR chybí systém standardizace jako základní rámec pro řízení kvality zdravotnické péče. Řízení kvality zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí (podle definice WHO) souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Jsou určité oblasti, ve kterých byl vykonán určitý pokrok – například akreditace řízení podle národních nebo mezinárodních akreditací standardů v nemocnicích nebo obdoba standardů pro laboratorní pracoviště. V oblasti ambulantní péče však prakticky závazné standardy poskytované péče neexistují, pouze jsou k dispozici doporučené postupy odborných lékařských komor.

### 1.3.2 Sledování kvality

Přestože je řízené zvyšování kvality definováno jako cíl 16. schváleného dokumentu Zdraví 21, **nedostatečný stav** stále **přetrvává** a není nám známo, že by byly programovány

připravovány změny s cílem zlepšení. Pojem kvalita ve zdravotnictví má mnoho dimenzí: dostupnost, bezpečnost, úinnost, vědomost, ekvita (etika, právo) a efektivita.

### Shrnutí

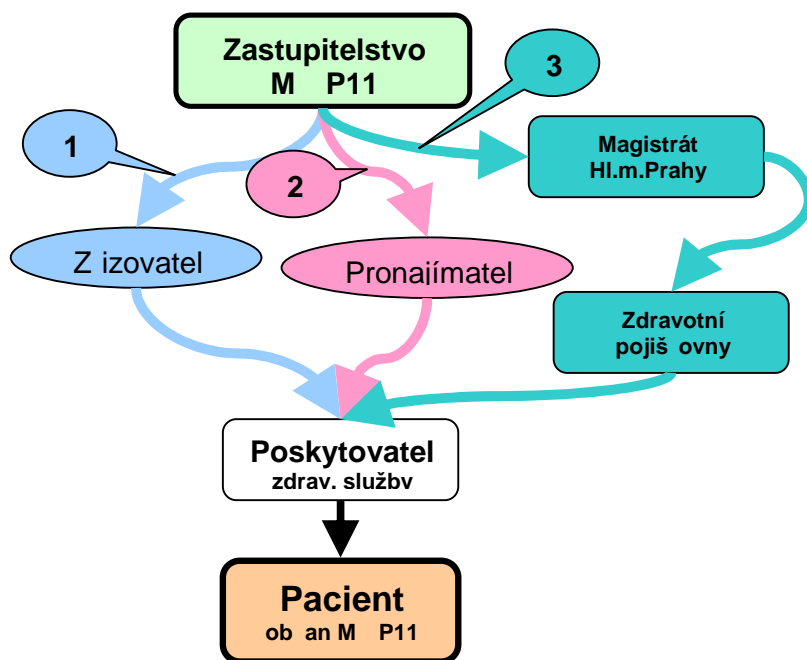
Přestože chybí celorepubliková standardizace v oblasti sledování kvality, měla by M vypracovat minimální program monitoringu sledování kvality u provozovatelů na území M, za účasti subjektů poskytující tuto péči a např. české společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví. Ti provozovatelé, kteří se následně do tohoto programu přihlásí, by měli být např. zviditelněni.

Navrhované oblasti, které by mohly být v rámci projektu sledovány:

- průběžné vzdělávání lékařů (odborného zdravotnického personálu)
- průměrná čekací doba
- počet oprávněných stížností
- systém vyřizování oprávněných stížností a zpětná vazba stěžovateli
- úplnost a správnost zdravotnické dokumentace
- docilování zpětné vazby PL → OAL → PL
- a další

### 1.4 Možnosti M ovlivňovat zdravotní politiku na svém území

Situaci účastníků lze znázornit zjednodušeně níže uvedeným schématem.



Obr. 1.4: Schéma vztahů účastníků zdravotní péče pro M Praha 11

**Možnost 1:** Pokud je samospráva zizovatelem provozovatele (např. formou sdruženého zdravotnického zařízení), je schopna ovlivňovat provozovatele podle svých priorit a tento provozovatel může realizovat záměry samosprávy v oblastech kvality, dostupnosti i ceny. Nevýhodou je náročnost na řízení provozovatele.

**Možnost 2:** Samospráva může využít svých objektů a pronajímat je soukromým provozovatelům zdravotní péče. Pokud existuje slabá nabídka po vhodných prostorách nebo jsou tyto prostory nabízeny za nižší nájemné než tržní, může samospráva využít tohoto vlivu k prosazení svých zájmů (kvalita, dostupnost, cena). Nevýhodou je rozdíl mezi inkasovaným nájemným a potenciálním tržním nájemným.

**Možnost 3:** Rozhodování o registraci provozovatele. Magistrát hlavního města Prahy je ze zákona povinen vypisovat výběrové řízení na poskytnutí smlouvy s pojišťovnou pro provozovatele zdravotní péče, pokud o to požádá zdravotní pojišťovna nebo registrovaný provozovatel zdravotnické služby. K vypsání výběrového řízení se sejdou komise, která vyhodnotí jednotlivé uchazeče o danou službu a vyhotoví doporučení na uzavření smluvního vztahu mezi provozovatelem a zdravotní pojišťovnou. Zástupci magistrátu, zdravotní pojišťovna i zástupci odborné komory v komisi hodnotí více kritérií, optimalizace lokality t.j. umístění konkrétní odbornosti na M P11 je v souvislosti zajímavá minimálně (jejich pohled je globální v rámci celé Prahy). M P11 zde možnost nemá.

### 1.4.1 Současná míra vlivu M na poskytovanou zdravotní péči

Následující tabulka shrnuje počet lékařů, kteří pracují v pracovním poměru pro SZZ JM I a II, lékaři a ostatních provozovatelů, kteří jsou v nájmu M a ostatních lékařů:

Tab. 1.6: Počet lékařů dle pracovního poměru

Počet lékařů SZZ JM I + II	49
Lékaři v nájmu M (bez SZZ)	73
Ostatní lékaři	102
<b>Lékaři celkem</b>	<b>224</b>

Navíc kromě 73 lékařů v nájmu jsou v nájmu ještě tyto provozovatelé:

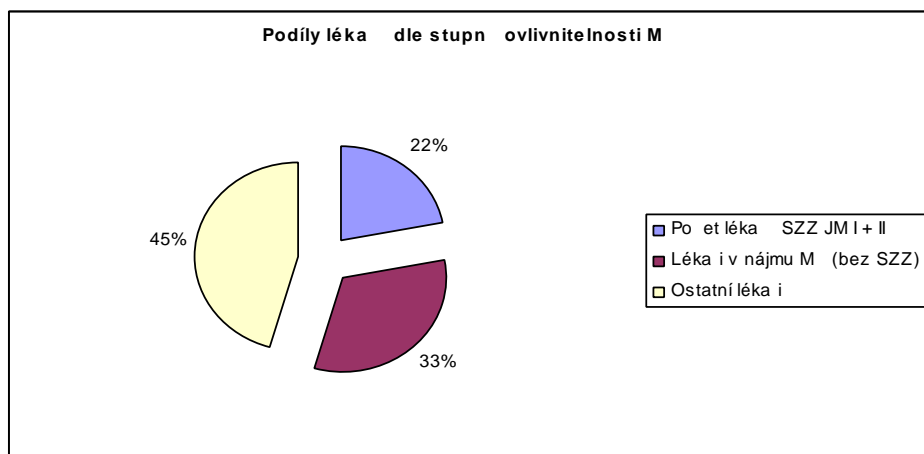
HARMONIE s.r.o.

DENTILA s.r.o.

INTERKARD s.r.o.

MONÁDA s.r.o.

Hebilab s.r.o.



Obr. 1.5: Podíl lékařů dle stupně ovlivnitelnosti z M

## Shrnutí

Samospráva je schopna jen **velmi omezen** ovlivovat **kvalitu a dostupnost** zdravotnické péče, jelikož v rámci Města nejsou stanoveny žádná kritéria pro optimální dostupnost zdravotnických služeb. Dle našich zjištění je u zástupců magistrátu i zdravotní pojišťoven sledován pouze zájem Prahy jako celku. Celý problém navíc komplikuje způsob evidence uchazečů o smluvní vztah se ZP, kdy je uchazeč evidován podle svého sídla a nikoli podle místa, ve kterém bude danou službu poskytovat.

Město se při prosazování svých zájmů nemělo příliš opírat o legislativní normy, ale mělo by si vytvořit vazby na bázi vzájemné spolupráce. Městská část se stává v podstatě **manažerem pro zdravotní péči** na území Prahy 11.

Odborná problematika zdravotní péče patří odpovědnost jiným orgánům a institucím státní a veřejné správy. Město má omezené možnosti vyžadování dle sledného plnění těchto rolí od těchto subjektů zdravotnické péče.

Z uvedeného vyplývá, chce-li Město ovlivovat zdravotní péči, pak ji může ovlivovat prostřednictvím poskytovatelů a to tak, že si bude sama zřídit poskytovatele nebo bude vytvářet podmínky jiným poskytovatelům pro jejich činnost a bude s nimi spolupracovat.

K tomu musí Městská část zaujmout zcela jasné stanovisko a postoupit. Generel by měl být tímto základem.

## 2 Návrh generelu zdravotnictví Prahy 11

Generel zdravotnictví vnímáme jako dokument určující směr a způsob zajištění zdravotní péče na území městské části. Generel určuje vizi (směr) a stanovuje strategii jako způsob realizace vize. V tomto materiálu předkládáme tři hraniční varianty strategie. Vybraná strategie by měla v jednom ze směrů dominovat.

Výběr vhodné strategie by měl proběhnout konsensuálním jednáním v širším plénu orgánů městské části. Tento dokument je proto podkladem pro diskusi k těmto jednáním.

Strategie se naplňuje dlouhodobými a krátkodobými úkoly. Za významné považujeme vedle strategie a jejích úkolů určování principů chování a jednání. Tyto principy by měly být obdobou morálního kodexu a tvořit základnu ve vztahové rovině, při tvorbě a posuzování variant a při realizaci jednotlivých aktivit.

Uvedený model znázorňuje následující obrázek.



Obr. 2.1: Symbolický model generelu zdravotnictví M

Vize a strategie představují dlouhodobý postup města k řešení zdravotní péče na svém území. Jsou důležitě, nebo umožní všem zúčastněným stranám předvídat a očekávat chování města tímto určenou cestou.

Dlouhodobé a krátkodobé úkoly pak stanovují jednotlivé kroky k dosažení zvolené strategie a opírají se kodex chování a postupu definovaný principy. Principy považujeme za velmi významné, neboť vytvářejí rovinu spravedlivosti a jsou následně základnou pro dále.

## 2.1 Vize a principy M v oblasti zdravotnictví na území M P 11

Vize a principy vytvářejí základní rámec pro chování a jednání úřadu mstské části a jeho spolupracujících orgánů (komisí a rad) při rozhodování o opatřeních a aktivitách souvisejících s zabezpečením zdravotní péče na území mstské části.

### Vize mstské části v oblasti zdravotní péče

Mstská část bude usilovat o to, aby poskytovaná zdravotní péče na území mstské části odpovídala **dostupností** a **kvalitou** potřebám demografického vývoje na území mstské části a bude podporovat aktivity zaměřené na **prevenci obyvatel** a **integraci** zdravotní péče **se sociální oblastí**.

Na této vizi se mstský úřad bude podílet svou majetkovou účastí, ekonomickou podporou a rozhodovacími aktivitami a aktivní spoluprací s profesionály, kteří zdravotní péči poskytují.

Svou vizi bude M opírat o následující principy.

#### **Princip 1: PARTNERSTVÍ**

Účastníci systému zdravotnictví, kteří se nacházejí nebo mají majetkovou účast na území mstské části Prahy, jsou naši partneři a nikoliv konkurenti ani nepřátelé. Budeme se k nim chovat spravedlivě a náročně tak jako sami k sobě. Pírozenými partnery považujeme zejména: soukromá zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, okolní mstské části, magistrát hl. města Prahy a významné podnikatelské subjekty.

#### **Princip 2: EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ M**

Mstská část podporuje síť zdravotnických zařízení, které poskytují **standard zdravotních služeb** (ne nadstandard).

Mstská část bude podporovat pouze konkurence schopné provozovatele zdravotní péče na svém území.

Mstská část bude usilovat o to, aby její náklady na zdravotní péči odpovídaly poskytovanému standardu zdravotních služeb.

Mstská část bude získané výnosy z poskytování zdravotní péče investovat zpět do zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní péče na svém území.

#### **Princip 3: DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Mstská část usiluje o rovnoměrné rozmístění praktických lékařů na svém zájmovém území zejména PL pro dospělé a děti. Pro stomatology a gynekology bude vytvářet podmínky pro jejich koncentraci a vyšší využitelnost technického a odborného zázemí.

Mstská část bude podporovat soustředění odborných ambulantních lékařů do zdravotnických zařízení ekonomicky soběstačných a dostupných mstskou hromadnou dopravou.

Mstská část bude usilovat o optimální spektrum odborností dle demografického vývoje obyvatel.

Mstská část bude rozvíjet úzké partnerství s mstskými částmi poskytujícími zdravotní péči nezastoupenou na území Prahy 11 („úzké“ ambulantní specializace, ústavní péče, pedemocní péče apod.).

**Princip 4: KVALITA**

Místská část bude usilovat o návrat k původnímu poslání praktických lékařů („gatekeeper“) a ambulantních specialistů a jejich úzké spolupráci ve prospěch pacientů/klientů.

Místská část bude usilovat o lékaře, provozovatele a zdravotnická zařízení, kteří se aktivně hlásí k programům zlepšování svého zařízení a odbornosti.

## 2.2 Varianty strategie

K diskusi a projednání jsme připravili tři varianty strategie. Jejich výběr je na rozhodnutí zastupitelů MČ a bude ovlivňovat i úpravy úkolů a aktivit. Jednotlivé varianty vycházejí z míry řízení zdravotní péče a postupu k majetku zdravotnického zařízení (ZZ).

### **Strategie 1 – MČ provozovatel ZZ**

Místská část využívá možností a nástrojů pro prosazení svých zájmů formou řízení a usmírnění zdravotnické péče na území místní části Praha 11. MČ P11 bude aktivně ovlivňovat nabídku zdravotnických služeb formou provozování vlastního zdravotnického zařízení a spolupracovat se soukromými provozovateli.

Role: Aktivní hráč

### **Strategie 2 – MČ pronajímatel objekt ZZ**

Místská část zabezpečuje podmínky pro zdravotní péči na území místní části Praha 11. MČ P11 bude využívat svůj majetek a prostředky k podpoře rozvoje zdravotní péče nepřímo formou, prostřednictvím profesionálních smluvních provozovatelů (nájemní vztahy).

Role: Pronajímatel

### **Varianta 3 – privatizace ZZ**

Místská část otevře prostor pro profesionální provozovatele zdravotních služeb a své objekty a za řízení zprivatizuje soukromým profesionálním provozovatelům. MČ P11 bude aktivně s těmito profesionály spolupracovat a podporovat jejich činnost.

Role: Pozorovatel

Uvedené strategie představují krajní hranice možného chování. Konkrétní varianta strategie může být kombinací krajových směrů pro dané objekty nebo právní subjekty. Doporučíme však určit strategicky jednu variantu jako primární a nosnou.



## 2.3 Strategie 1 Provozování zdravotnických zařízení ve svých objektech

Místská část bude **provozovatel** zdravotní péče ve svých objektech a to prostřednictvím vhodné formy právního subjektu (příspěvková organizace, obchodní společnost). Společnost bude jedinou záměna na poskytování zdravotní péče (zakládací listinou, stanovami) a bude konkurence schopná se soukromými provozovateli. Výnosy hospodaření budou zplně investovány do zdravotní péče.

Místní bude i nadále provozovat zdravotnické zařízení SZZ JM I a II (Šustova, Opatovská) a dle potřeby a množství provozovat další zdravotnické zařízení (např. v lokalitě Háje). Vzhledem k požadavku konkurenceschopnosti by se měla zvážit stávající forma SZZ JM I a II nebo vytvořit výhodnější podmínky zařízení této společnosti.

Pro potřeby praktických lékařů bude využívat rovněž své objekty. V případě soukromých lékařů by se tyto objekty pronajímaly.

Prioritním zájmem Místní je centralizace odborné ambulantní péče do zdravotnických zařízení a rovnoměrné rozložení praktických lékařů na území místní části.

### ***Výhody varianty***

Jako provozovatel bude mít Místní schopnost příjímáním zplně s sebou ovlivňovat významnou část lékařů poskytujících zdravotní péči a ovlivňovat i náklady na zdravotní zařízení.

V oblasti nákladů bude mít Místní možnost využívat efektu úspor z centralizace, efektivnějšího a účelnějšího využití zdravotnického zařízení. V kategorii lékařů může uplatnit odbornou orientaci, požadovanou kvalitu a požadovanou výkonnost. Využitím svých objektů může ovlivňovat geografickou dostupnost ke zdravotním službám.

Příjímání vztah jako provozovatel dále přináší zvýšení vyjednávací pozice vůči okolním partnerům – magistrát, zdravotní pojišťovny, odborná sdružení apod.

### ***Nevýhody varianty***

Jako provozovatel Místní na sebe přijímá významnou odpovědnost. Ve formě izolovatele odpovídá za daný subjekt v ceně, ekonomicky i organizačně. V ceně za rozsah a kvalitu nabízených služeb (zplně provádění, chování lékařů, ordinace hodiny apod.). Ekonomicky – komplexní provoz společnosti náklady, výnosy, majetek, finanční toky. Problémem zde je volba právní formy subjektu (viz analytický materiál). Organizačně – jednání orgánů společnosti, vztahy do okolí.

Úskalím při provozování vlastních zdravotnických zařízení je získání kvalifikovaného managementu a jeho motivace ve prospěch zdravotnických služeb. Trh však ukazuje, že o pozici manažerů je zájem, ale musí být dána jasná pravidla, dostatečná rozhodovací úroveň a samostatnost.

### 2.3.1 Hlavní úkoly strategie 1

Strategie se opírá o dlouhodobé a krátkodobé úkoly. Dlouhodobé úkoly jsou zaměřené na udržení a rozvoj systémových aspektů ovlivnitelných místní částí v rámci zdravotní péče a krátkodobé jsou zaměřené na tvorbu podmínek pro dlouhodobé úkoly.

Návrh klíčových úkolů s komentářem je v následující.

#### 2.3.1.1 Dlouhodobé úkoly

1. Rozvinutí sítě **vlastních praktických lékařů** splňujících vizi a strategii tohoto konceptu (pro všechny varianty).
  - a) vlastní síť by byla komplementární k síti soukromých PL koncipována tak, aby pokrývala dostupností území místní části,
  - b) síť by byla primárně zaměřená především na PL pro dospělé a děti, sekundárně by doplňovala gynekology,
  - c) stomatologie by byla ponechána soukromému sektoru.
2. Provozování **vlastních zdravotnických zařízení**
  - a) jako primární zdravotnické zařízení by bylo SZZ JM I a II (poliklinika Šustova a Opatovská), dle ekonomické rentability by se investovalo do dalších zařízení například v lokalitě Háje,
  - b) ZZ se soustředí především odborné ambulantní specialisty s vysokou provázaností na PL,
  - c) ZZ bude ekonomicky soběstačné a konkurence schopné v rámci soukromým provozovatelem,
  - d) ZZ bude podporovat lékárny a výdejny zdravotnických potřeb, případně další nadstandardní služby (zlepšující faktor ekonomiky ZZ).
3. **Monitorování a vyhodnocování kvality a účinnosti zdravotní péče** na území místní části
  - a) monitoring by byl zaměřen na lékaře a zařízení provozované MČ, soustředěná na soukromé provozovatele,
  - b) vyhodnocovalo by se v souladu s přijatým standardem odbornými lékaři,
  - c) vyhodnocování by sloužilo jako zpětná vazba pro zlepšující se cyklus.
4. MČ by se v rámci prevence zapojila **do preventivního programu** Národní sítě zdravých měst České republiky (NSZM – R) Zdraví 21, k tomu je zapotřebí:
  - a) vytvořit organizační ekonomické zajištění pro účast v programech,
  - b) nastavení vlastních priorit,
  - c) zajistit řízení a vyhodnocování účasti v programu.

#### 2.3.1.2 Krátkodobé úkoly

##### **Ekonomické**

1. **Posouzení výhodnosti právní formy SZZ JM I a II v kontextu strategie**
  - a) zpracování a posouzení právní formy SZZ z hlediska hospodářství, daní, motivace, dotačních možností apod. (viz analytický materiál),
  - b) projednání a rozhodnutí o vhodné formě (PO, obchodní společnost),

c) provedení případných změn

Stávající právní forma brání plnému využití možností SZZ. Vidíme zde významnou potřebnost efektivnějšího a účinnějšího využití potenciálu dnešní SZZ a rovněž posílení vlivu na zdravotní péči v městské části.

## 2. *Provedení a úprava pravidel řízení SZZ M*

- a) možnosti vedlejších ekonomických příjmů,
- b) způsobů reinvestice výnosů SZZ,
- c) motivace zaměstnanců SZZ,
- d) zásady dotačního krytí nákladů.

Vedle právní formy významným způsobem pomáhá managementu pro docílení vyšší efektivity stanovení a dodržování jasných ekonomicko-organizačních pravidel (bez ohledu na stávající politickou orientaci).

## 3. *Vypracování metodik nebo postupů pro posuzování investičních záměrů.*

- a) k investicím stavebním, k investicím zlepšování kvality, k investicím zlepšování systému řízení,
- b) nastavení vnitřních postupů, jak s investicemi pracovat (od podniku až po rozhodnutí)

Posuzování může být prováděno interně nebo externě (dodavatelsky), ale vnitřní rozhodnutí musí být v souladu s legislativou. Zejména stavební investice by měly být posuzovány metodikou studií proveditelnosti, která zahrnuje zvážení širších aspektů investice, včetně provozní fáze a ekonomické udržitelnosti.

## 4. *Vypracování konkrétních studií proveditelnosti.*

- a) pro rozhodování o **poliklinice Opatovská** by se měla zpracovat studie proveditelnosti vycházející z přijaté strategie a zahrnutím vlivů z uvolněných prostor Hvězdoslavova, Tererova, Anny Drabíkové, Majerského a ekonomického chování SZZ JM I a II,
- b) v případě úvah na vytvoření **dalšího ZZ (Háje)** zpracování samostatné studie proveditelnosti,
- c) zpracování studie využití uvolněných **prostorů** Hvězdoslavova, Tererova, Anny Drabíkové, Majerského.

***Obecně se u rozhodnutí majících ekonomické důsledky má je pod vlivem politických potřeb bez zvážení ekonomických krátkodobých i dlouhodobých dopadů. Metodické postupy existují a v rámci generelu doporučení je používat.***

## ***Standardizace***

### 1. *Vytvoření systému měření kvality zdravotní péče a řízení zdravotních služeb.*

- a) zpracování metodik měření kvality (ukazatele, způsob měření a jeho organizace, způsob vyhodnocení, PL, OAL),
- b) vytvoření organizačního ekonomického zajištění měření (průzkumy, dotazníky),
- c) odvození vlastních standardů kvality (ukazatele, limitní hodnoty).

Obecně stanovené standardy v nejbližší době nebudou. Nic nebrání tomu si provést nastavení sami a využít doporučení profesních organizací, které tuto problematiku již řešili.

2. *Vytvoření/upravení standard řízení zdravotnických zařízení na bázi „best practice“ nebo standard ISO/NAS apod.*
  - a) úpravy a výběr vhodných metodik,
  - b) vytvoření způsobů měření a vyhodnocení,
  - c) vytvoření organizačního ekonomického zajištění měření.

Obdobný případ jako u standardů zdravotní péče. Situace se standardy řízení je snazší, nebo existuje sada doporučení a to i pro zdravotnictví.
3. *Vytvoření postup vzájemných vazeb PL a OAL.*
  - a) předávání si pacientů a zdravotní dokumentace,
  - b) poskytování potřebné vazby o provedených úkonech,
  - c) vytvoření komunikačního modelu s pacienty o prováděných změnách.

Vazba PL a OAL se jeví jako velmi kritická a jakékoliv úsilí zde je známkou pokroku, navíc povede k významným ekonomickým úsporám a posílí odborný statut jak PL, tak OAL.

***Standardizační cíle považujeme za mimořádně významné, nebo stanovují metriku v níž je možné posuzovat úspěšnost řízení a plnění slíbených závazků. Z polohy verbální (subjektivní) se tak řízení dostává do polohy objektivní.***

### ***Organizace***

1. *Vypracování postupu pro řízení strategie.*
  - a) organizačního zajištění řízení strategie (administrativní, exekutivní, odborné),
  - b) vytvoření podmínek pro vlastní řízení.
2. *Vypracování postupu pro sladění koncepcí zdravotních pojišťoven působících na území M a koncepce M.*
  - a) zjištění vlivu jednotlivých ZP na území P11,
  - b) vypracování mechanismů vzájemného působení.
3. *Vypracování postupu pro sladění koncepcí sousedících M a Magistrátu a koncepce M.*
  - a) zjištění vzájemných překryvů a možných spoluprací,
  - b) vypracování mechanismů vzájemného sladění.
4. *Vypracování postupu pro sladění (integraci) komunitních plánů a koncepcí zdravotnictví M.*

***Často se pro operativní úkoly zapomíná na řízení dlouhodobých strategických úkolů. V podnikatelském sektoru je vytvořen samostatný postup pro řízení a kontrolu plnění strategie v etnické věci vztah s stakeholdery (klíčovými partnery). Postupy ešší pro edevším organizační pravidla – kdo, kdy, s kým.***

### ***Odborné***

1. *Získání praktických lékařů pro P11.*
  - a) vytvoření podmínek pro praktické lékaře (vlastní i soukromé),
  - b) příprava kampaní pro získání PL.
2. *Získání relevantních dat pro posuzování stavu zdravotních služeb.*
  - a) uzavření spolupráce s institucemi vytvářejícími data o zdravotních službách,
  - b) dojednání rozlišovací úrovně dat pro potřeby místní části,
  - c) vyhodnocení externích dat a posouzení výsledků proti doporučenému normativu.

## 2.4 Strategie 2 Pronájem objektů profesionálním provozovatelům zdravotní péče

M bude **pronajímat** své objekty určené potřebám zdravotnictví profesionálním provozovatelům zdravotní péče a na základě smluvního vztahu ovlivňovat dostupnost a kvalitu zdravotní péče na územích státní části. M bude preferovat strategické partnery – s dlouhodobým časovým horizontem poskytování zdravotní péče a společnými principy.

M zprivatizuje provozování SZZ JM I a II strategickému partneru. M zůstane i nadále vlastníkem stávajících objektů. Dle potřeb a množství se bude podílet na investicích do dalších objektů pro zdravotnictví, které bude rovněž pronajímat (jak organizacím, tak soukromým lékařům) soukromým provozovatelům zdravotních služeb. Prostřednictvím nájemních vztahů k objektům, kde bude provozována zdravotnická péče, si bude M P11 udržovat vliv na strukturu, kvalitu a dostupnost zdravotnických služeb.

Prioritním zájmem i nadále zůstane centralizace odborné ambulantní péče do zdravotnických zařízení a rovnoměrné rozložení praktických lékařů na územích státní části. Stávající objekty využitě pro zdravotnictví a neodpovídající záměru centralizace bude uvolňovat a využívat pro povodňové úkoly (Hviezdoslavova, Tererova, ...).

Strategie pronájmu vlastních objektů a prostor se týká i menších provozovatelů zdravotní péče.

### *Výhody varianty*

Jako pronajímatel M převede odbornou a ekonomickou stránku provozování zdravotní péče profesionálním organizacím. Vhodným nastavením podmínek nájmu bude moci motivovat provozovatele k zajištění kvalitní zdravotní péče. Získané prostředky z nájmu může M použít k dalším alokacím pro plnění volebních programů nebo je zpětně reinvestovat do zdravotnictví (legislativně a dle výhodnou formou).

Odborně sepsanou nájemní smlouvou může M dosáhnout i na větší ovlivnění rozsahu odborné lékařské péče (včetně prosazení méně lukrativních odborností) a jejich kvality (ordinací, dob, chování a vystupování lékařů, toky informací).

M se převedením národních úkolů provozovatele na profesionála uvolní kapacita pro vlastní programy například preventivní nebo integrované sociální oblastí.

### *Nevýhody varianty*

M ztratí přímý vliv na prosazení svých zájmů v oblasti zdravotní péče (míra centralizace OAL a decentralizace PL, dostupnost a kvalita). Vliv zůstane pouze prostřednictvím smluvních podmínek nájmu. Obtížná bude jejich kontrola a dodržování. Záměrem na provozovatele je náročný a dlouhodobý proces a než se prosadí náprava zdravotní péče tím může trpět dále.

Soukromí provozovatelé mohou mít vlastní strategii (maximalizace zisku), která nemusí korespondovat se zájmy M (chování lékařů, efektivita práce, využití majetku) a to i přes dohodnuté smluvní podmínky. Protože chybí standardy, lze se z nich snadno vyvinut a prosazení kvality je velmi obtížné.

## 2.4.1 Hlavní úkoly strategie 2

### 2.4.1.1 Dlouhodobé úkoly

1. Získat a udržet **strategického** partnera pro **SZZ JM I a II**.
  - a) udržení a rozvoj zdravotní péče ve spolupráci se strategickým partnerem,
  - b) vyhledání dalších provozovatelů pro menší ZZStrategický partner by měl mít zájem podporovat principy generelu a s místskou částí participovat na rozvoji zdravotní péče a to i v odbornostech, které nejsou ekonomicky atraktivní.
2. Usilovat o rozvinutí sítě **praktických lékařů** dostupných ze všech částí území místské části.
  - a) síť by byla primárně zaměřená především na PL pro dospělé a děti, sekundárně by doplňovala gynekology,
  - b) stomatologie by byla ponechána soukromému sektoru.Praktických lékařů se obecně nedostává a je vhodné jim vytvořit motivující podmínky a to i za cenu ústředních dotací a podpor (nízký nájem, spoluúčast při pořízení zdravotnického zařízení apod.).
3. **Monitorování a vyhodnocování kvality a úrovně zdravotní péče** na území místské části
  - a) monitoring by byl zaměřen jak na lékaře a zařízení provozované M, tak na soukromé provozovatele,
  - a) vyhodnocovalo by se v souladu k přijatým standardům odbornými idicím,
  - b) vyhodnocování by sloužilo jako zpětná vazba pro zlepšující se cyklus.
4. **Zapojení M do preventivního programu Národní sítě zdravých měst České republiky (NSZM R) Zdraví 21**
  - d) vytvoří se organizační ekonomického zajištění pro účast v programech,
  - e) nastavení vlastních priorit,
  - f) řízení a vyhodnocování účasti v programu.

### 2.4.1.2 Krátkodobé úkoly

#### **Ekonomické**

1. **Definování požadavků na strategického partnera**
  - a) požadavky ekonomický přínos,
  - b) struktura zdravotnických odborností,
  - c) kvalita poskytovaných služeb,
  - d) poskytnuté garance,
  - e) kapitálová vybavenost.
2. **Získání strategického partnera pro SZZ JM I a II**
  - a) vymezení podmínek nájemního vztahu (ovlivnění rozsahu, kvality, dostupnosti zdravotních služeb, míra standardizace kvality, vymezení a míra kontroly,

- omezující podmínky podnikání, závazné držení služeb, řešení konflikt , ekonomické toky),
- b) zm na právní formy stávajícího SZM JM I a II na obchodní společnost,
  - c) uzavření nájemní smlouvy se **strategickým** partnerem pro provozování SZZ JM I a II, dle možností dalšího za ízení v lokalit Āháje.
3. *Vypracování metodik nebo postup pro posuzování investicích zám r .*
- a) k investicím stavebním, k investicím zlepšování kvality, k investicím zlepšování systému ízení,
  - b) nastavení vnit ních postup ů adu jak s investicemi pracovat (od podn tu až po rozhodnutí)
- Posuzování m že být provád no intern nebo extern (dodavatelsky), ale vnit ní chod ů adu je musí um t zpracovat v souladu s legislativou. Zejména stavební investice by m ly být posuzovány metodikou studií proveditelnosti, která zahrnuje zvážení širších aspekt investice, v etn provozní fáze a ekonomické udržitelnosti.
4. *Vypracování konkrétních studií proveditelnosti.*
- a) pro rozhodování o **poliklinice Opatovská** by se m la zpracovat studie proveditelnosti vycházející z p íjaté strategie v etn zahrnutí vliv z uvoln ných prostor Hviezdoslavova, Tererova, Anny Drábíkové, Majerského a ekonomického chování SZZ Šustova,
  - b) v p ípad ů vah na vytvo ení **dalšího ZZ (Āháje)** zpracování studie proveditelnosti,
  - c) zpracování studie využití uvoln ných **prostor** Hviezdoslavova, Tererova, Anny Drábíkové, Majerského.

***Obecn se ada rozhodnutí d je pod vlivem politických pot eb bez zvážení ekonomických krátkodobých i dlouhodobých dopad . V rámci generelu doporu ujeme používat metodické postupy.***

### **Standardizace**

1. *Vytvo ení systému m ení kvality zdravotní pé e a efektivity ízení zdravotních služeb.*
  - a) zpracování metodik m ení kvality (ukazatele, zp sob m ení a jeho organizace, zp sob vyhodnocení, PL, OAL),
  - b) vytvo ení organiza n ekonomického zajišt ní m ení (pr zkumy, dotazníky)
  - c) odvození vlastních standard kvality (ukazatele, limitní hodnoty).

Obecn stanovené standardy v nejbližší dob nebudou. Nic nebrání tomu si provést nastavení sami a využít doporu ení profesních organizací, protože tuto problematiku již ešili.
2. *Vytvo ení/upravení standard ízení zdravotnických za ízení na bázi „best practice“ nebo standard ISO/NAS apod.*
  - a) úpravy a výb r vhodných metodik,
  - b) vytvo ení zp sob m ení a vyhodnocení,
  - c) vytvo ení organiza n ekonomického zajišt ní m ení.

Obdobný p ípad jako u standard zdravotní pé e. Situace se standardy ízení je snazší, nebo existuje ada doporu ení a to i pro zdravotnictví.
3. *Vytvo ení postup vzájemných vazeb PL a OAL.*
  - a) p edávání si pacient a zdravotní dokumentace,
  - b) poskytování zp tné vazby o provedených úkonech,
  - c) vytvo ení komunika ního modelu s pacienty o provád ných zm nách.

Vazba PL a OAL se jeví jako velmi kritická a jakékoliv úsilí zde je známkou pokroku, navíc povede k významným ekonomickým úsporám a posílí odborný statut jak PL, tak OAL.

***Standardiza ní cíle považujeme za mimo ádn významné, nebo stanovují metriku v i které je možné posuzovat úsp šnost ízení a pln ní slíbených závazk . Z polohy verbální (subjektivní) se tak ízení dostává do polohy objektivní.***

### **Organiza ní**

1. Vypracování postupu pro ízení strategie.
  - a) organiza ního zajišt ní ízení strategie (administrativní, exekutivní, odborné),
  - b) vytvo ení podmínek pro vlastní ízení.
2. Vypracování postup pro slad ní koncepcí zdravotních pojiš oven p sobících na území M a koncepce M .
  - a) zjišt ní vlivu jednotlivých ZP na území P11,
  - b) vypracování mechanism vzájemného p sobení.
3. Vypracování postup pro slad ní koncepcí sousedících M a Magistrátu a koncepce M .
  - a) zjišt ní vzájemných p ekryv a možných spoluprací,
  - b) vypracování mechanism vzájemného slad ní.
4. Vypracování postup pro slad ní (integraci) komunitních plán a koncepce zdravotnictví M .

***asto se pro operativní úkoly zapomíná na ízení dlouhodobých strategických úkol . V podnikatelském sektoru je vytvo en samostatný postup pro ízení a kontrolu pln ní strategie v etn ešení vztah se stakeholdery (klí ovými partnery). Postupy eší p edevším organiza ní pravidla – kdo, kdy, s kým. Kroky a opat ení p íjatá v rámci Generelu by m la být obdobnými nástroji monitorována a vyhodnocována.***

### **Odborné**

1. Získání praktických léka pro P11.
  - a) vytvo ení podmínek pro praktické léka e (vlastní i soukromé),
  - b) p íprava kampan pro získání PL.
2. Získání relevantních dat pro posuzování stavu zdravotních služeb.
  - a) uzav ení spolupráce s institucemi vytvá ejícími data o zdravotních službách,
  - b) dojednání rozlišovací úrovn dat pro pot eby m stské ásti,
  - c) vyhodnocení externích dat a posouzení výsledk proti doporu u jícímu normativu.



## 2.5 Strategie 3 Privatizace objektů a zdravotnických zařízení

Město nebude usilovat o významný vliv na zdravotní péči a plnění péče na soukromé provozovatele. Město zprivatizuje provozovatele zdravotní péče a to včetně objektů, které zdravotní péči sloužilo. Nebude zřizovat nové provozovatele a realizovat investice do objektů určených pro zdravotní péči. Současně stávající prostory nebo je využije ve prospěch jiných aktivit města.

Vliv lze udržovat nepřímo a to jednak při prodeji podmíněným využíváním objektu, zajištěním služeb v objektu a nebo vzájemnou dobrovolnou dohodou.

### *Výhody varianty*

Město může získat zpět objekty dnes využívané pro poskytování zdravotní péče a využít je k jiným účelům (sociální byty, komerční prostory apod.) nebo je může zcela prodat.

Výhodou bude obdobně jako u strategie 2 uvolnění kapacit vázaných k zdravotní péči a jejich přesměrování do jiných oblastí.

Široce nastavená platforma partnerských vztahů s provozovateli zdravotní péče.

### *Nevýhody varianty*

Významná ztráta vlivu na zdravotní péči (omezené možnosti pro plnění volebního programu nebo legislativou stanovených správních činností).

### 3 Záv re né doporu ení

Obecn platí zásada, že státní správa i samospráva není schopna p íjímat dostate n rychle a efektivn opat ení pro ízení spole ností. Jejich hlavním úkolem je vytvá et rámcové podmínky pro jejich rozvoj. Stálý r st požadavk ze strany státní správy a rozši ování povinností v rámci samosprávy dále oslabuje akceschopnost samosprávy a její možnosti a odborn a do hloubky posoudit a vyhodnotit jednotlivé problematiky v etn problematiky zdravotnictví.

Na základ analýzy trend vývoje v oblasti zdravotnictví, místních podmínek a reálných možností k ovliv ování zdravotnictví v m stské ásti doporu ujeme následující vizi, strategii a hlavní kroky k realizaci.

#### Vize m stské ásti v oblasti zdravotní pé e

M stská ást bude usilovat o to, aby poskytovaná zdravotní pé e na území m stské ásti odpovídala **dostupností a kvalitou** pot ebám demografického vývoje na území m stské ásti a bude podporovat aktivity zam ené na **prevenci obyvatel** a **integraci** zdravotní pé e **se sociální oblastí**.

Na této vizi se m stský ú ad bude podílet svou majetkovou ú astí, ekonomickou podporou a rozhodovacími aktivitami a aktivní spoluprací s profesionály, kte í zdravotní pé i poskytují.

#### Strategie m stské ásti v oblasti zdravotní pé e

M stská ást bude zdravotní pé i na svém území zajiš ovat prost ednictvím strategických profesionálních subjekt (organizací a soukromník ).

K tomu:

- **ponechá** si majetek k provozování zdravotnických za ízení ve svém vlastnictví,
- majetek bude subjekt m **pronajímat**,
- za p edpokladu spole ensko ekonomické p íjatelnosti **privatizovat** SZZ JM I a II,
- s provozovateli zdravotnických za ízení bude úzce a otev en **spolupracovat** na zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní pé e.

Prosazování své strategie bude m stská ást opírat o ty í principy – **partnerství, ekonomiky, dostupnosti a kvality**.

Kroky k realizaci

- **uvedenou strategii podrobn pojednat** na úrovni orgán M ,
- **spole nou dohodou p íjmout záv re né zn ní,**
- **upravit navržené dlouhodobé a krátkodobé úkoly,**
- **pov ít Ú ad M P11 jejich rozpracováním a realizací.**

## 4 P ílohy

### 4.1 Seznam použité literatury

	<b>Seznam použité literatury a zdroj :</b>
[1]	Dalhgren, G&Whithead, M. Polices and strategies to promote social equity I health, Stckholm, 1991
[2]	M. Bartley: Socioeconomic determinants of health,British medical journal, 1997
[3]	MZ R, Návrh koncepce zdravotnictví na léta 2005-2005 (leden 2005)
[4]	Možnosti regulace ambulantní zdravotní pé e, Grant IGA MZ R . 5043-1
[5]	SÚ, Rozloha a po et obyvatel podle správních obvod a podle m stských ástí k 31. 12. 2005
[6]	MPSV- Pr m rná nominální a reálná mzda (na fyzické osoby) v roce 2005 podle okres
[7]	M P11- internetové stránky
[8]	MHMP Analýza LSPP, 2006

### 4.2 Seznam legislativních norem

	<b>Seznam zákonných norem, na které se v textu odkazujeme, nebo z ní vyplývají povinnosti a vztahy v materiálu uveden:</b>
1	zákon . 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod
2	zákon . 20/1966 Sb. O pé i o zdraví lidu
3	zákon . 48/1997 Sb. O ve ejném zdravotním pojišt ní,
4	zákon . 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné zp sobilosti a specializované zp sobilosti k výkonu zdravotnického povolání léka e, zubního léka e a farmaceuta
5	zákon . 258/2000 Sb. O ochran ve ejného zdraví
6	vyhláška MZ . 242/199, O soustav zdravotnických za ízení z izovaných okresními ú ady a obcemi
7	zákon . 379/2005 Sb. O opat eních k ochran p ed škodami p sobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami
8	. 551/1991 Sb. O Všeobecné zdravotní pojiš ovn eské republiky
9	zákon . 160/1992 Sb. O zdravotní pé i v nestátních zdravotnických za ízeních
10	vyhláška MZ . 434/1992 Sb. O zdravotnické záchranné služb
11	zákon . 220/1991 Sb. O eské léka ské komo e, eské stomatologické komo e a eské lékárnické komo e

### 4.3 Seznam použitých zkratk a pojm

	Seznam použitých zkratk a pojm
M P11	m stská ást Praha 11
CSP	CS - PROJECT , spol s r.o.
PL	praktický léka
OAL	odborný ambulantní léka
ZZ	zdravotnické za ízení
SZZ	sdužené zdravotnické za ízení
NSZM R	Národní sí Zdravých m st eské republiky
WHO	Sv tová zdravotnická organizace
NEHAP	Ak ní plán zdraví a životního prost edí R
LEHAP	Ak ní plány zdraví a životního prost edí
VZP	Všeobecná zdravotní pojiš ovna
MZ R	Ministerstvo zdravotnictví eské republiky
MHMP	Magistrát hlavního m sta Prahy
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky R.
LSPP	léka ská služba první pomoci
HMP	Hlavní m sto Praha
ZZS	záchranná zdravotnická služba
RLP	rychlá léka ská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
JMI a JM II	rozd lení M na ást Jižní m sto I a II
M P4	m stská ást Praha 4
M P11	m stská ást Praha 11
DPS	d m s pe ovatelskou službou
MHD	m stská hromadná doprava
PID	Pražská integrovaná doprava
FN	fakultní nemocnice
FTN	Fakultní Thomayerova nemocnice
SÚ	eský statistický ú ad
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních v cí
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
AS	azylové domy
TPS	terénní pe ovatelská služba
PS	pe ovatelská služba
DS	domov senior
AD	azylový d m
PO	p ísp vková organizace