Vazby zdravotnictví na jiné systémy

ZHODNOCENÍ DATOVÝCH ZDROJŮ

Informace o dalších systémech, které se významně podílí na péči o zdraví nebo na dosahované úrovni zdraví, nejsou dostatečné.

Údaje ze sociální oblasti nemají potřebné epidemiologické členění. Nelze je proto jednoduše provázat s údaji ze zdravotnictví.

Údaje o životním prostředí nejsou dosud standardně strukturovány dle potřeb zdravotnictví a nejsou k dispozici v potřebném geografickém členění tak, aby bylo možno blíže specifikovat příčinné vztahy s úrovní zdraví. Tato situace se však začíná zlepšovat – především v oblasti znečištění ovzduší.

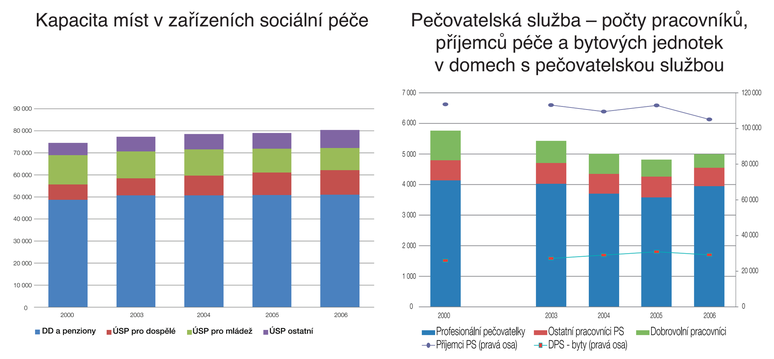
Údaje o úrazech (dopravní, pracovní, sportovní a podobně) nejsou dosud dostatečně podchyceny ve vztahu k populaci, u které k nim dochází.

VYMEZENÍ PROBLEMATIKY

Nárůst počtu osob s chronickým onemocněním a zdravotním postižením společně se sílícím zaměřením zdravotní péče na prevenci a dlouhodobou péči vyvolává potřebu urychleného řešení vazeb na ostatní systémy, které svojí činností ovlivňují úroveň zdraví nebo se podílejí na poskytování péče. Jedná se především o úlohu a postavení domácností, sektor sociálních služeb a oblast péče o životní a pracovní prostředí.

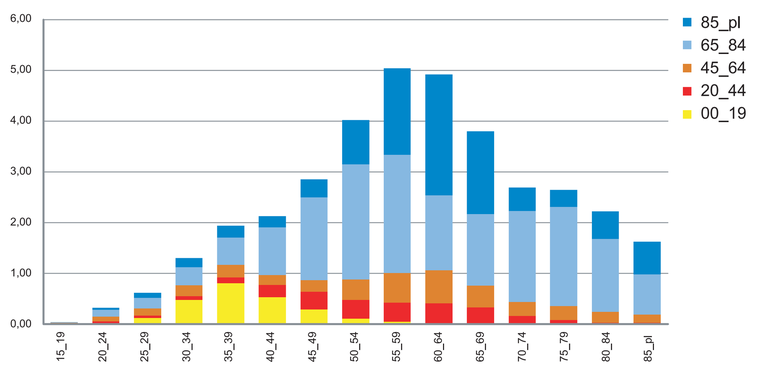
V měnících se podmínkách je potřebné, aby se změnil i zdravotnický systém. Jeho současné zaměření na řešení akutních stavů a zaměření na jednotlivé epizody péče se musí přizpůsobit potřebám dlouhodobé a kontinuální péče, potřebám domácností, které v této péči hrají rozhodující úlohu, a integrovat se více se sektorem sociálních služeb. Ve vztahu k životnímu a pracovnímu prostředí a k jeho dopadům na úroveň zdraví lze očekávat tlak na oceňování rozsahu poškození dotčené populace a tím vytváření prostoru pro soudní a mimosoudní uplatňování náhrad – především ve vztahu k energetice a dopravě.

Kapacita v sociálních službách se zatím nepřizpůsobuje jejich očekávané zvýšené potřebě



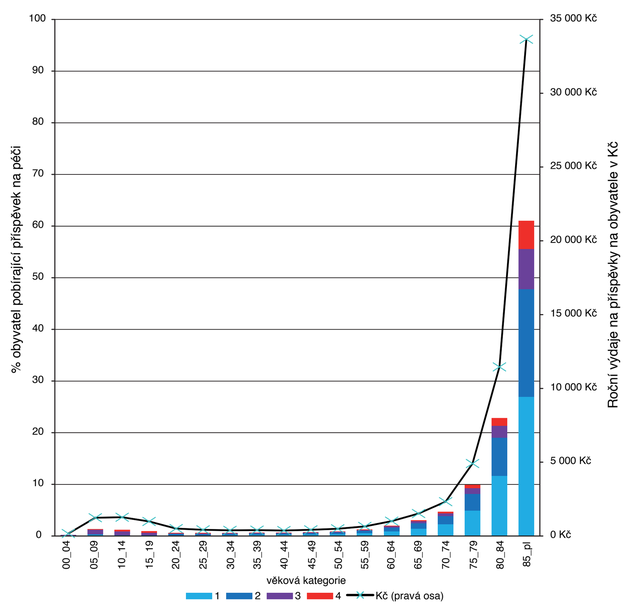
Kapacita institucionální i neinstitucionální sociální péče se dosud nezačala přizpůsobovat budoucím potřebám.
Zdroj: ČSÚ, 2007.

Počet poskytovatelů neformální péče ve věku 55–65 let dosahuje 5 % populace



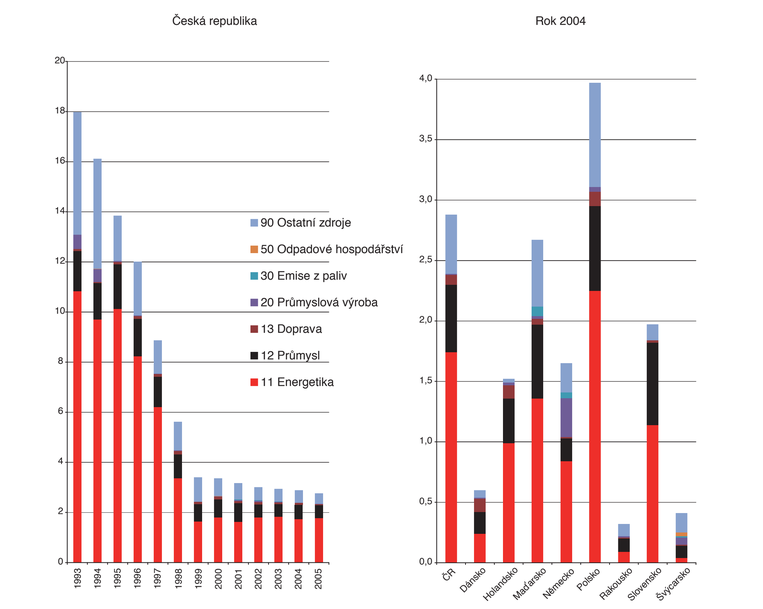
Na poskytování dlouhodobé péče se významně podílí i starší věkové kategorie, např. 5 % obyvatel ve věku kolem 60let. V seniorských kategoriích bude přibývat jak příjemců péče, tak i poskytovatelů péče. Poskytování péče představuje významnou příležitost pro využití ekonomického a pracovního potenciálu seniorů.
Zdroj: MPSV. Databáze IS Hmotná nouze. Březen 2008

Podíl osob závislých na cizí pomoci prudce narůstá s věkem. To se násobí s narůstajícím počtem seniorů.



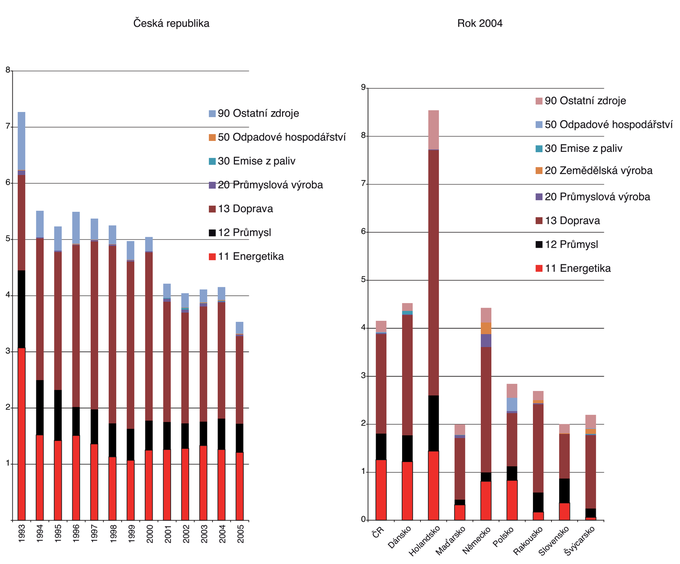
Ve věkové kategorii nad 85 let dosahuje podíl závislých osob více než 60%. Stupně 1–4 vyjadřují stupeň závislosti osoby na cizí pomoci.
Zdroj: MPSV, Databáze IS Hmotná nouze, Březen 2008.

ČR zaznamenala v 90. letech výrazný pokles znečištění ovzduší SOx. Prostor pro zlepšení je stále veliký.



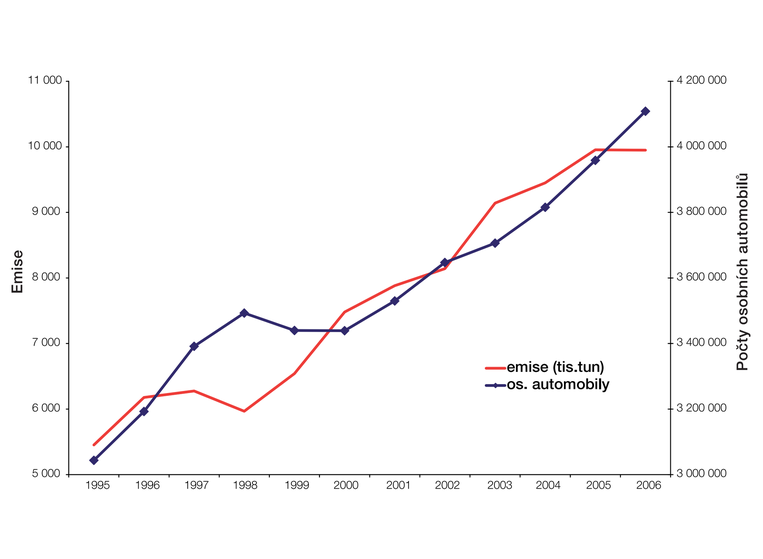
Pozitivní vývoj ve snižování emisí SOx v ČR se na přelomu nového milénia zastavil. Z mezinárodního srovnání je patrné, že prostor pro další snížení emisí SOx rozhodně existuje. Na tomto znečištění se nejvíce podílí sektor energetiky.
Zdroj: Eurostat. 2008, v tunách na km2

V emisích NOx v ČR k žádnému významnému zlepšení nedošlo



Na emisích NOx se nejvíce podílí sektor dopravy.
Zdroj: Eurostat, 2008, v tunách na km²

Počet osobních automobilů v ČR stále roste



Počet osobních automobilů v ČR stále roste; s tímto vývojem koresponduje i nárůst emisí. Výfukové plyny z dopravy mají negativní vliv na zdraví člověka.

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Česká gerontologická a geriatrická společnost předsedkyně

Současný stav poskytování dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních formou „poskytování sociálních služeb" ve zdravotnických zařízeních [doplněno představuje] mylné pojetí poskytování sociálních služeb, zatímco tito lidé zpravidla potřebují dlouhodobou (zdravotně sociální péči). Současné předpisy částečně řeší financování ošetřovatelských výkonů, avšak neprůchodným výkonovým systémem, který je spíše překážkou než nástrojem implementace ošetřovatelského procesu . Další aktivity, zejména lékařská péče, preskripce léků a pomůcek, jsou řešeny obdobně složitě. […] Současný stav poskytování zdravotní péče v zařízeních sociální péče [doplněno znamená] složitost administrativního systému indikování a vykazování výkonů [doplněno a] složitost systému pro praktické lékaře, nemožnost i neochota výkony indikovat. Současný stav poskytování (dlouhodobé) péče ve zdravotnických zařízeních [doplněno způsobuje, že] pacienti setrvávají na lůžkách plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění i tehdy, kdy se jedná o dlouhodobou péči. Z výše uvedených a dalších skutečností vyplývá potřeba změnit systém poskytování dlouhodobé péče jakožto péče zdravotně sociální.

MUDr. Pavel Vepřek
Všeobecná zdravotní pojišťovna ředitel pro strategii a rozvoj

Problémem není oddělení sociálních a zdravotních služeb, problémem jsou odlišné motivace spojené s jejich využíváním a rozdílný způsob financování a spolupodílu klienta, rozdílně stanovené podmínky pro poskytování péče a resortismus. Pokud se finanční zátěž jednotlivce spojená s čerpáním zdravotních služeb srovná s tou, kterou má v sociální oblasti, mnoho bariér padne. Potřebuje nastavit motivace tak, aby průnik obou těchto oblastí byl co nejhladší a umožňoval plynulý obousměrný přechod občanů v závislosti na jejich aktuálních potřebách.

MUDr. Jaroslav Volf , Ph.D.
Státní zdravotní ústav ředitel od ledna 2003 do března 2008

Pro reformy zdravotních systémů je žádoucí vnímat a respektovat deterministické postavení zdraví v jeho holistickém pojetí. Tato hrozná fráze, tento zvyk je hluboce zakořeněn a využíván jako štít starého proti novému. To však nevylučuje obecnou platnost této fráze či tohoto pojetí. Znečištěné ovzduší, voda, půda, hluk se jeví v posledních dekádách jako méně významné pro vývoj zdravotního stavu. V naší republice došlo k výraznému a objektivnímu (měřitelnému) zlepšení v oblasti ochrany životního prostředí člověka. Vnímání zdravotních rizik chemických, biologických a fyzikálních determinant zdraví v životním prostředí však v populaci přetrvávají. Stále platí: „Smrad nezabíjí, ale stresuje". Lze doplnit i jadrnější a lidovější výraz o tom, co dělají nízké koncentrace zapáchajících látek. Faktory životního prostředí tedy nadále hrají poměrně významnou roli při vnímání rizika tj. „mé zdraví musí poškozovat různé vnější faktory, ty jsou zodpovědné za mé problémy – zima dělá chřipku, prach dělá kašel a špína mikroby. Je až zarážející, jak silná je touha odvrátit pozornost od vlastních nedostatků v aktivní péči o vlastní zdraví směrem k životnímu prostředí a jeho zdravotním determinantám.

Bc. Vladimír Kothera, MBAZP
Metal Aliance generální ředitel

Regulace externalit není bohužel dostatečná, zejména v automobilové dopravě, jejíž dopad na zdravotní stav obyvatelstva (hluk, emise) velkých měst a obcí ležících na rušných komunikacích, je značný. Přitom řidič platí jen malou část nákladů na údržbu silniční infrastruktury, naopak škody na životním prostředí, zdravotním stavu občanů a krajině se jeho peněženky nijak nedotknou. Promítnutím externalit do cen automobilové dopravy by ekologicky přívětivější druhy dopravy (vlak, autobus) začaly být také (výrazně) ekonomicky výhodnější a tedy i využívanější.

RNDr. Jiří Schlanger
Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče předseda

Osobně jsem přesvědčen o vhodnosti a účelnosti propojení zdravotního a nemocenského pojištění. V podstatě se totiž jedná o jednu pojistnou událost (onemocnění), která byla historicky v původním systému nemocenského pojištění řešena dvěma dávkami. První je věcná dávka poskytnuté zdravotní péče spojená s její plnou nebo částečnou úhradou z fondu zdravotní péče = zdravotního pojištění, druhá je finanční dávkou náhrady (plné či částečné) za ušlý výdělek. Obdobně jako finanční dávka v nemoci slouží i další pojištění a to pojištění úrazové zaměstnanců, kterým je zaměstnanci garantováno vyšší a rozsáhlejší plnění v případě úrazu nebo nemoci z povolání než je tomu v případě nemocenské dávky. Obdobně vidím i původ pojištění invalidního, které je v podstatě změněnou a trvalou dávkou nemocenskou pro případ, kdy onemocnění trvá a nelze odstranit, případně trvají jeho následky s dopady na schopnost obživy prací. Ve všech případech je společným jmenovatelem nemoc, resp. onemocnění (úraz) a ve všech případech veřejný zájem na léčbě směřující k návratu do ekonomicky aktivního stavu, případně náhrada za ušlý výdělek, ať již na dobu přechodnou nebo trvalou. Vše by se mělo odvíjet od objektivní diagnózy, správného a efektivního způsobu léčení a následného posuzování zdravotního stavu směřujícího k poskytnutí či zamítnutí té či oné finanční dávky .

Václav Krása
Národní rada osob se zdravotním postižením předseda

[…] není společná vůle jednotlivých rezortů vytvořit ucelený systém léčebné péče, rehabilitační péče, rekvalifikace, úprava bydlení, zajištění zaměstnání a návrat do normálního života. Každý resort si hájí pouze svoji kompetenci. Jsme přesvědčeni, že tento systém musí fungovat na pojišťovacím systému, právě proto, aby byl zároveň ekonomickým přínosem pro společnost. Jen pojišťovna jako ekonomický subjekt bude mít zájem na efektivním fungování celého systému tak, aby z příjemce dávky a podpory se co nejdříve stal opět plátce pojištění. Zavedení ucelené rehabilitace bude mít dopad i do dalších sociálních systémů. Předpokládáme, že v určitých situacích by byla povinnost lidí se zdravotním postižením projít systémem ucelené rehabilitace s maximální snahou zajistit jim zaměstnání. Pokud by odmítli být zařazeni do systému ucelené rehabilitace, ztratili by zároveň nárok na některé sociální podpory, nebo opačně podmínkou sociálních podpor by bylo účastnit se systému ucelené rehabilitace.