

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Jakub Hájek

Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina

Diplomová práce

Praha 2016

Autor práce: **MUDr. Jakub Hájek**

Vedoucí práce: **Mgr. Ing. Olga Angelovská**

Rok obhajoby: 2016

Bibliografický záznam

HÁJEK, Jakub. *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina*. Praha, 2016. 100 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Ing. Olga Angelovská.

Abstrakt

Diplomová práce *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina* se věnuje vzniku zdravotní politiky kraje a tvorbě a využití koncepčních dokumentů zaměřených na zdravotnictví. Vytvoření krajů v roce 2000, zrušení okresů v roce 2003 a převedení zdravotnických zařízení na kraje vyvolalo nutnost strategického řízení ve zcela nové oblasti. Původně ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, později samostatně se Kraj Vysočina rozhodnul připravit koncepční dokumenty, které by popsaly stávající situaci krajského zdravotnictví, definovaly cíle a priority pro jeho další směřování.

Kraj Vysočina pojal přípravy koncepce velmi zešíroka a mezi roky 2003 a 2007 vzniknul *Zdravotní plán kraje Vysočina*, který však nebyl zcela dokončen. Dále Kraj Vysočina připravil *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina* a *Koncepci eHealth Kraje Vysočina* zaměřené na další oblasti zdraví a zdravotnictví.

Diplomová práce zkoumá vznik těchto strategických dokumentů, práci krajské samosprávy s nimi a jejich využití v praktické politice při dosahování cílů spočívajících v dosažení co nejvyšší úrovně zdraví populace. Z hlediska jednotlivých koncepcí se diplomová práce věnuje naplňování stanovených cílů a aktualizaci dokumentů. V roce 2016 došlo ke schválení navazujících strategií pro všechny tři dokumenty.

Abstract

The diploma thesis *Formation of the Health Policy in Vysočina Region* is interested in the development of the health policy of the Vysočina Region and the creation and utilization of policy documents aimed at the health care. The constitution of regional public administrations in 2000, the abolition of districts in 2003 and the transfer of hospitals to the region brought new competences to regions. One of them is the health care administration. Originally, in cooperation with the Ministry of Health, and later self Vysočina Region decided to prepare a conceptual document, which would describe the current situation of the regional health service, define objectives and goals for its future direction.

Vysočina Region authority started with arrangements of regional health care strategy in 2003 and finished 2007 with *Zdravotní plán kraje Vysočina*, which was not fully completed. *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina* and *Koncepce eHealth Kraje Vysočina* were presented later focused on other areas of health and health care.

This thesis is interested by the formation of health care policy in Vysočina Region. The most important questions are how Vysočina Region authority prepared the strategic papers, how are these strategies applied and how is used the feedback in a renewal of the plans. There will be also compared the declared goals in health care policy documents with the real implementation of health care policy. In 2016, it was approved follow-up strategies for all three documents.

Klíčová slova

Kraj Vysočina, zdravotnictví, zdravotní politika, strategie, strategické vládnutí

Keywords

Vysočina Region, health care, health care policy, strategy, strategic governance

Rozsah práce: 100 stran, 215 342 znaků včetně mezer

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím se zpřístupněním této práce pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 12. května 2016

Jakub Hájek



Jméno studenta/studentky:	Bc. Jakub Hájek
Název v jazyce práce:	Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina
Název v anglickém jazyce:	Formation of the Health Policy in Vysočina Region
Klíčová slova:	Kraj Vysočina, zdravotnictví, zdravotní politika, strategie
Klíčová slova anglicky:	Vysočina Region, health care, health care policy, strategy
Akademický rok vypsání:	2013/2014
Jazyk práce:	český
Typ práce:	díplomová
Ústav:	Katedra veřejné a sociální politiky
Vedoucí / školitel:	Mgr. Ing. Olga Angelovská
Obor práce:	Veřejná a sociální politika

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Vymezení předmětu zkoumání, zdůvodnění výběru výzkumného tématu, návaznost na jiné práce

Vytvoření krajů v roce 2000 a převedení zdravotnických zařízení do jejich působnosti vyvolalo nutnost strategického řízení ve zcela nové oblasti. Původně v částečné spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, později již samostatně se kraje rozhodly připravit koncepční dokumenty, které by popsaly stávající situaci zdravotnictví a definovaly cíle a priority pro další směřování.

Kraj Vysočina pojal přípravy koncepce velmi zeširoka a mezi roky 2002 a 2007 vzniknul *Zdravotní plán kraje Vysočina*, který však nebyl zcela dokončen. Z dalších strategických dokumentů, které Kraj Vysočina připravil, jmenujme například *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina* či *Koncepce eHealth Kraje Vysočina*.

Oblast zdravotnictví patří k preferovaným politikám Kraje Vysočina a ročně na investice do zdravotnických zařízení a služeb míří stamiliony. Diplomová práce *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina* se chce zaměřit na vznik strategických dokumentů na krajské úrovni, práci krajské samosprávy s nimi, jejich aktualizaci a reálné využití při strategickém rozhodování a plánování.

Podkladem pro diplomovou práci je seminární práce *Naplňování cílů zdravotní politiky Kraje Vysočina*. Z dalších zdrojů jsou to především analytické studie, které vznikly při tvorbě Zdravotního plánu, dokumenty krajského úřadu a články z odborného tisku, které se věnují srovnání strategických dokumentů. Podrobným analýzám krajských zdravotních politik se ale dosud nikdo nevěnoval.

2. Cíle diplomové práce

- Popsat vznik strategických dokumentů zdravotní politiky Kraje Vysočina.
- Analyzovat návaznosti jednotlivých dokumentů a jejich provázání s reálnou

- politikou.
- Reflektovat vývoj jednotlivých dokumentů.
- Zhodnotit naplňování definovaných cílů v realizovaných politikách.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY:

ABEL-SMITH, Brian. *An introduction to health: policy, planning and financing*. London: Longman, 1997, viii, 237 s. ISBN 0-582-23866-8.

BILKOVÁ, Lucie. *Lidské zdroje ve zdravotnictví Kraje Vysočina se zaměřením na ambulantní specialisty*. Diplomová práce. Praha, 2005. 91 s.

BJORKMAN, James Warner, ed. a Altenstetter, Christa, ed. *Health policy*. Cheltenham: Edward Elgar, 1998. xxii, 766 s. An Elgar reference collection. The International library of comparative public policy; 7. ISBN 1-85898-587-0.

Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 96 s. ISBN 80-866-2518-4.

FELDSTEIN, Paul J. *Health care economics*. 6th ed. Clifton Park: Thomson, 2005, xxxiii, 541 s. ISBN 1-4018-5979-8.

FIALA, Petr. SCHUBERT, Klaus. *Moderní analýza politiky: uvedení do teorií a metod policy analysis*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2000, 170 s. ISBN 80-85947-50-1.

GARRIDO, M, F KRISTENSEN, C NIELSEN a R BUSSE. *Health technology assessment and health policy-making in Europe: current status, challenges and potential* [online]. Geneva: World Health Organization, 2008, xiv, 181 p.

HÁJEK, Jakub. *Naplňování cílů zdravotní politiky Kraje Vysočina*. Seminární práce. Praha, 2014. 24 s.

HÁVA, Petr. *Analýza sítě zdravotnických zařízení v kraji Vysočina: studie k přípravě Zdravotního plánu kraje*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005.

HÁVA, Petr. *Zdraví 21: osnova politiky zdraví pro všechny : základní koncepční východiska české zdravotní politiky v letech 2003-6*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 31 s. ISBN 80-86625-31-1.

Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 62 s. ISBN 80-866-2514-1.

JACAB, Z. *Better Health for Europe, The new European policy for health – Health 2020*. Azerbaijan: WHO, 2011.

KNOEPFEL, Peter. *Public policy analysis*. Bristol: Policy Press, 2007, xvii, 317 s. ISBN 978-1-86134-907-1.

KRONENFELD, Jennie J. *Care for major health problems and population health concerns: impacts on patients, providers and policy* [online]. Bingley: Emerald Jai, 2008, x, 249 p.

KUVÍKOVÁ, Helena. *Tvorba a realizácia zdravotníckej politiky*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2006, 209 s. ISBN 80-8083-340-0.

MACHOVÁ, Kamila. *Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2013. 118 s.

OCHRANA, František a Milan PŮČEK. *Efektivní zavádění a řízení změn ve veřejné správě: smart administration*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011, 246 s. ISBN 978-807-3576-677.

OCHRANA, František, POTŮČEK, Martin, DRHOVÁ, Zuzana. *Strategické řízení ve veřejné správě a přístupy k tvorbě politiky*. Praha: Matfyzpress, 2010, 193 s. ISBN 978-80-7378-130-9.

POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 399 s. ISBN 80-86429-50-4.

POZGAR, George D. *Legal aspects of health care administration*. 11th ed. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Learning, c2012, xxi, 602 s. ISBN 978-0-7637-8049-4.

VEVERKA, D. *Komparační analýza vybraných koncepčních dokumentů vytvořených v průběhu transformace zdravotnictví*. Diplomová práce. Praha: FSV UK, 2000.

HÁVA, P., TUŠKOVÁ, E., MÜLLER, L. Význam kvalitativních metod ve výzkumu zdravotní politiky (diskurzivní analýza a kritická diskurzivní analýza). In *Zdravotnictví v České republice*, 2011, roč. 14, č. 4. ISSN: 1213-6050.

PAVLÍK, Marek. Zdravotní politika na úrovni krajů mezi léty 2003 – 2010. *Zdravotnictví v České republice*, 2010, roč. 13, č. 4, s. 138-142. ISSN: 1213-6050.

RÁŽOVÁ, Jarmila. Implementace programu ZDRAVÍ 21. *Hygiena*, 2008, roč. 53, S1, S8. ISSN: 1802-6281.

ŠEDO, Jiří. MARX, David. Analýza krajských zdravotních plánů. *Zdravotnictví v České republice*, 2009, roč. 12, č. 4, s. 138-144. ISSN: 1213-6050.

Koncepce eHealth Kraje Vysočina 2012 – 2015 : verze 1.0. 2011.

Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví v letech 2003 až 2006 – koncepce reformy zdravotnictví. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004.

Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina : Koncepční dokument kraje Vysočina pro období 2008 – 2015. 2008.

Teze střednědobé koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2003-2006. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 14. 2. 2003.

Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. Kodaň: SZO. Regionální úřadovna pro Evropu, 2001. ISBN: 80-85047-19-5.

PŘEDBĚŽNÁ NÁPLŇ PRÁCE:

1. Výzkumné otázky a hypotézy

- Jakým způsobem vznikaly strategické dokumenty zdravotní politiky Kraje Vysočina?
- Do jaké míry tvoří jednotlivé dokumenty provázaný celek?
- Jak Kraj Vysočina přistupuje k aplikaci a následné aktualizaci koncepčních dokumentů?
- Odráží realizovaná zdravotní politika Kraje Vysočina a investiční priority definované cíle?

2. Teoretická východiska

Východí teorií pro analýzu tvorby zdravotní politiky Kraje Vysočina je teorie fází veřejně politického procesu, která velmi přiléhavě popisuje tvorbu politiky v několika na sebe navazujících krocích, kdy jednotlivé cykly postupně navazují. Dále bude práce vycházet z konceptu institucionalizovaných sítí či analýzy aktérů.

3. Metody a zdroje dat

Základní metodou diplomové práce je systematická kvalitativní analýza dokumentů a dat, poskytnutých Krajským úřadem Kraje Vysočina, Českým statistickým úřadem, Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, jednotlivými zdravotnickými zařízeními v kraji a dalšími písemnostmi. Dále bude využita metoda kritické diskursivní analýzy předkládaných dokumentů.

4. Předpokládaná struktura diplomové práce

- úvod
- teoretická východiska
- deskriptivní část
 - o vznik koncepčních dokumentů Kraje Vysočina
 - o strategické cíle krajské zdravotní politiky
- analytická část
 - o naplňování cílů zdravotní politiky
 - o aktualizace koncepčních dokumentů
- závěr

PŘEDBĚŽNÁ NÁPLŇ PRÁCE V ANGLICKÉM JAZYCE:

The constitution of regional public administrations in 2000 brought new competences to regions. One of them is health care administration. That resulted to the formulation of regional health plans and declarations of the goals in the field of health care policy.

Vysočina Region authority started with arrangements of regional health care strategy in 2002 and finished 2007 with *Zdravotní plán kraje Vysočina*. *Program ZDRAVÍ 21 pro kraj Vysočina* or *Koncepce eHealth Kraje Vysočina* were presented later.

The thesis is interested by the formation of health care policy in Vysočina Region. The most important questions are how Vysočina Region authority prepares the strategic papers, how are these strategies applied and how is used the feedback in a renewal of the plans. There will be also compared the declared goals in health care strategy plans with the real implementation of health care policy.

Obsah

OBSAH	1
ÚVOD	2
1. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	6
2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	11
2.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	11
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	13
3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	14
3.1 TEORIE FÁZÍ VEŘEJNĚ POLITICKÉHO PROCESU	14
3.2 ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY	19
4. METODOLOGIE A DATA	29
5. VÝVOJ ZDRAVOTNICTVÍ NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY A KRAJE VYSOČINA ...	33
5.1 HISTORICKÝ VÝVOJ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.....	33
5.2 Odstátnění nemocnic a vznik krajských nemocnic.....	38
5.3 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V KRAJI VYSOČINA	41
6. VZNIK KONCEPČNÍCH DOKUMENTŮ KRAJE VYSOČINA	43
6.1 ZDRAVOTNÍ PLÁN KRAJE VYSOČINA	43
6.2 PROGRAM ZDRAVÍ 21 PRO KRAJ VYSOČINA	46
6.3 PROGRAM ZDRAVÍ 2020 PRO KRAJ VYSOČINA	47
6.4 KONCEPCE EHEALTH KRAJE VYSOČINA	48
6.5 DALŠÍ KONCEPČNÍ DOKUMENTY KRAJE VYSOČINA	50
7. KONCEPČNÍ DOKUMENTY ZDRAVOTNÍ POLITIKY KRAJE	53
7.1 ZDRAVOTNÍ PLÁN KRAJE VYSOČINA	53
7.2 PROGRAM ZDRAVÍ 21 PRO KRAJ VYSOČINA	63
7.3 KONCEPCE EHEALTH KRAJE VYSOČINA	72
8. NAPLŇOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ POLITIKY KRAJE VYSOČINA	80
ZÁVĚR	86
SUMMARY	91
POUŽITÁ LITERATURA	92

Úvod

Zdraví je v naší společnosti považováno za jednu z nejdůležitějších hodnot a ne nadarmo si často přejeme „hodně zdraví“. Mnozí si však tuto cenu uvědomí možná až příliš pozdě. Význam ochrany a podpory zdraví se během uplynulých staletí významně kvalitativně i kvantitativně posunul. Hlavní roli v tom hrál především pokrok ve vědě a hospodářský rozvoj společnosti, kdy význam zdravé a činné populace začal být stále významnějším faktorem. Důležitou úlohu v rozvoji veřejného zdraví sehrály morové epidemie a opatření zaměřená proti jejich šíření. První z nich jsou popisována již ve 14. století, ale zásadní rozvoj znamenaly opatření a společenský posun související s koncem třicetileté války. (Janečková, 2009) Po předposlední velké morové epidemii v Čechách roku 1680 se mnoho měst pustilo do prvních velkých epidemiologických opatření. Jejich zavádění však nedokázalo zabránit poslední velké morové epidemii z let 1713 – 1715, která měla jen v Čechách na svědomí více než 200 tisíc životů, včetně přibližně čtvrtiny obyvatel Prahy. (Koubová, 2012) Reakcí byl významný skok v preventivních opatřeních nejprve řízený jednotlivými městy a později koordinovaný přímo panovníckým dvorem.

V roce 1753 vydala Marie Terezie *Generální zdravotní řád pro Království české*, který znamenal první komplexní řešení ochrany zdraví obyvatelstva. Spektrum zaváděných opatření zasahovalo jak výuku lékařů na univerzitách, tak preventivní opatření spočívající v přesouvání hřbitovů mimo hradby měst, budování městských kanalizací, ale také zakládání nemocnic a dalších potřebných ústavů. Vláda Josefa II. významně přispěla k dalšímu rozvoji nemocniční sítě, která byla v následujících staletích významně rozšiřována spolu se zlepšováním zdravotní péče.

Síť zdravotnických zařízení na území České republiky, v podobě jakou ji známe dnes, se začala konstituovat v konjunktuře na přelomu 19. a 20. století. Významným rozvojem prošlo zdravotnictví během první československé republiky. Budování jednotné struktury zdravotnických zařízení, která do značné míry přetrvává do dnešních dní, začalo v 50. letech 20. století na základě zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Tento zákon v § 7 stanovil strukturu „výkonných zdravotnických zařízení“, pro nemocnice pak úroveň okresní a krajské nemocnice. Akceleraci v tvorbě hierarchické sítě zdravotnických zařízení definuje vyhláška č. 121/1974 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení, která dává předobraz současnému rozmístění sítě zdravotnických zařízení. (Háva, 2005)

Významným mezníkem ve zdravotní politice státu se stala sametová revoluce v roce 1989 a následné období společensko-ekonomické transformace. Již v roce 1990 byla zavedena svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení, čímž bylo narušeno do té doby jednotné poskytování založené na místě bydliště. V roce 1991 byly přijaty zákony o veřejném zdravotním pojištění, v roce 1992 zahájila činnost Všeobecná zdravotní pojišťovna. Postupně byl opuštěn jednotně řízený model socialistického zdravotnictví a po přijetí zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, mohlo dojít k prvním privatizacím zdravotnických zařízení. Do soukromých rukou se dostala v podstatě kompletní sféra ambulantních poskytovatelů zdravotní péče, do té doby organizovaných v rámci krajských a okresních ústavů národního zdraví.

Základní předpoklady zdravotní péče v České republice definuje Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod v článku 31: *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“*. Úprava zdravotního pojištění proběhla v roce 1997, kdy byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který s řadou novelizací platí dosud. *„Současný model zdravotní péče v České republice je model národního zdravotního pojištění, založený na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění jako definovaný podíl ze svého příjmu. Zákonné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany bez výjimky a má spíše charakter povinné zdravotní daně.“* (Janečková, 2009 : 125) Dle tohoto zákona jsou *„tvorbou sítě zdravotnických zařízení pro své pojištěnce pověřeny zdravotní pojišťovny, a ty zodpovídají za dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo“* (Janečková, 2009 : 143), zároveň však další povinnosti ohledně zajištění péče jsou svěřeny jednotlivým krajům a Ministerstvu zdravotnictví, které vypisuje výběrová řízení na poskytování lůžkové zdravotní péče.

1. ledna 2000 vstoupil v platnost ústavní zákon č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územně samosprávných celků, na jehož základě vzniknul na území vymezeném okresy Havlíčkův Brod, Jihlava, Pelhřimov, Třebíč a Žďár nad Sázavou Jihlavský kraj. Od 31. května 2001 byl přejmenován na kraj Vysočina a konečně od 1. srpna 2011 se jmenuje Kraj Vysočina. Dle zákona č. 129/2000 Sb., o krajích, patří do působnosti krajů mimo jiné zdravotnictví a ochrana a rozvoj zdravých životních podmínek. V rámci reformy veřejné správy byly k 1. lednu 2003 převedeny na krajské samosprávy

ze zrušených okresů a z majetku státu zdravotnická zařízení a územní středisko Záchrané služby (zákon č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku ČR a zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků ČR). Další významná změna pro české zdravotnictví, kdy se většina nemocnic dostává do rukou krajů, je charakterizována absencí bližších plánů a centrálního řízení ze strany Ministerstva zdravotnictví. „*Celý vývoj se navíc odehrává za nedostatečně propracované či dlouhodobě vůbec neexistující koncepce zdravotní politiky v ČR.*“ (Hanušová, 2004 : 25)

Přesun nových povinností byl navíc doprovázen obtížnou finanční situací českého zdravotnictví, které se každoročně dostávalo do miliardových deficitů. Základní snahou politické reprezentace se stala snaha o finanční stabilizaci českého zdravotnictví. Jedním z prostředků, který měl těmto cílům napomoci a zároveň se měl stát prostředkem pro budování dostupné a kvalitní sítě zdravotnických zařízení, byla tvorba zdravotních plánů krajů. Kraj Vysočina se do přípravy pouští velmi komplexně a od roku 2003 připravuje řadu obsáhlých analytických dokumentů, na jejichž výsledcích stanovuje základní strategické cíle, a v roce 2007 představuje *Zdravotní plán Kraje Vysočina*, který však nebyl zcela dokončen. Z dalších strategických dokumentů, které Kraj Vysočina připravil, jmenujme například *Program ZDRAVÍ 21 pro kraj Vysočina* či *Koncepce eHealth Kraje Vysočina*, které se specificky zaměřují na dílčí oblasti zdravotní politiky kraje.

Oblast zdravotnictví patří k upřednostňovaným politikám Kraje Vysočina (Programové prohlášení Rady kraje Vysočina pro funkční období 2008 – 2012 a Programové prohlášení Rady Kraje Vysočina na období 2012 – 2016) a ročně na investice do zdravotnických zařízení kraje a služeb míří stamiliony. Diplomová práce *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina* se zaměřuje na vznik strategických dokumentů na krajské úrovni, práci krajské samosprávy s nimi, jejich aktualizaci a reálné využití při strategickém rozhodování a plánování. Více než patnáct let krajské zdravotní politiky si zaslouží podrobnější zkoumání, do jaké míry se Kraji Vysočina daří naplňovat stanovené cíle zdravotní politiky a zda je tato činnost řízena koncepčně s ohledem na vytvořené dokumenty.

Podkladem pro diplomovou práci je seminární práce *Naplňování cílů zdravotní politiky Kraje Vysočina*. Z dalších zdrojů jsou to především analytické studie, které vznikly při tvorbě *Zdravotního plánu Kraje Vysočina*, dokumenty krajského úřadu a

články z odborného tisku, které se věnují srovnání strategických dokumentů zabývajících se zdravotní politikou. Podrobným analýzám krajských zdravotních politik byla dosud věnována jen minimální pozornost v rámci odborné literatury.

1. Vymezení výzkumného problému

Moderní zdravotnictví se od svých počátků významně proměnilo. Zahrnuje komplexní systém založený na poskytování zdravotních služeb, ochraně a podpoře zdraví a prevenci vzniku nemocí. (Janečková, 2009) Organizace tohoto systému je rozdělena mezi celou řadu aktérů na různých úrovních. V rámci této práce se zaměřím na poskytování zdravotních služeb a vytváření podmínek pro jejich poskytování i v širším kontextu zdraví. Ty jsou poskytovány ve státních zdravotnických zařízeních (především fakultní nemocnice, psychiatrické nemocnice a výzkumné instituce s celorepublikovým významem), krajských či městských zdravotnických zařízeních (hlavně nemocnice a rychlá záchranná služba) a soukromých zdravotnických zařízeních (především ordinace primárních a ambulantních specialistů, ale i nemocnice). Ochrana a podpora zdraví se věnuje struktura Krajských hygienických stanic se svými územními pracovišti v místě bývalých okresů, která je řízena prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví, a Státní zdravotní ústav.

Řízení zdravotní péče, jak již bylo naznačeno, probíhá na několika úrovních. Jako zdravotní politiku označujeme „*cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva.*“ (Krebs, 2007 : 312) Na celostátní úrovni se na ní podílí Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny, v rámci územních samosprávných celků mají zdravotnictví na starost kraje. Na krajských úřadech probíhá „*registrace zdravotnických zařízení a organizují též výběrová řízení na poskytování zdravotní péče*“ (Janečková, 2009 : 144). Po zrušení okresů byly na kraje převedeny bývalé okresní nemocnice, jejichž další osud se v rámci krajů výrazně lišil – od privatizace, transformace v obchodní společnosti až po zachování původního stavu jako nestání příspěvkové organizace. Kraje zároveň zřizují zdravotnickou záchrannou službu a garantují její dojezdové časy. V současné době „*téměř dvě třetiny zdravotnických pracovníků a více než polovinu nemocničních lůžek najdeme v soukromém sektoru.*“ (Janečková, 2009 : 144)

Nástrojů pro řízení zdravotnictví existuje celá řada a vzájemně se různou měrou doplňují a překrývají. Jednotnou podobu zdravotního systému v zemi se však nedaří najít. Dochází ke střetávání řízení zdravotní péče prostřednictvím zdravotně pojistných plánů a smluvní politiky zdravotních pojišťoven, jejichž chování je do značné míry ovlivňováno silnými politickými tlaky. Tomu napomáhá např. princip obsazování členů dozorčí rady Všeobecné zdravotní pojišťovny, které volí dílem vláda a dílem

Poslanecká sněmovna. Obdobný vliv existuje i v dalších zdravotních pojišťovnách. Síť celorepublikových specializovaných lůžkových center spravuje a výběrové řízení organizuje Ministerstvo zdravotnictví. V neposlední řadě pak správa a organizace základní úrovně poskytování zdravotní péče spadá na kraje, z nichž část je přímo vlastníkem většiny nemocnic tvořících primární strukturu lůžkové péče pokrývající v dostupné míře území. Prostředkem k řízení zdravotnictví na krajské úrovni by měly být krajské zdravotní plány.

Současné pojetí zdravotnictví vytváří prostor pro realizaci vlastní zdravotní politiky jednotlivých krajů, které mohou sledovat své specifické cíle a jim přizpůsobovat další investice a rozvoj zdravotnictví. Setkáváme se se čtrnácti krajskými modely, které doplňují celostátní model řízeným Ministerstvem zdravotnictví. Zdravotnictví je oblastí, která se dotýká všech obyvatel České republiky, a proto je celému resortu věnována mimořádná pozornost. Změny zákonů, nastavení nových regulací či podmínek k poskytování zdravotních služeb, jsou velmi bedlivě sledovány jak médii, tak občany. Ve srovnání s tím jsou krajské zdravotní politiky poněkud skryty, přestože jejich vliv na poskytovanou péči může být velmi značný. Vývoj zdravotnictví v krajích od roku 2003 je však natolik odlišný, že jednoduché sledování médii není úplně možné.

Tato práce má přispět k hlubšímu porozumění tvorby zdravotní politiky v rámci Kraje Vysočina. Kraj Vysočina je pátým největším krajem v České republice, ale zároveň třetí nejméně zalidněný. Kraj se skládá z pěti původních okresů, které historicky patřily do tří různých krajů. Každý okres má svou vlastní okresní nemoc, které po převodu z okresů na kraj zůstávají krajskými nestátními příspěvkovými organizacemi. Historické zařazení úrovně nemocnic je shodné, ale jejich vazby na původně krajské nemocnice byly shodné s původním územním zařazením okresů. Tyto faktory tvoří zajímavý mix pro další výzkum, kdy zdravotní politika v rámci Kraje Vysočina je zcela novým fenoménem, jelikož správa zdravotnictví před vznikem krajů probíhala z jiných míst než nyní. Zároveň nově vzniklý region měl možnost vytvářet zdravotní politiku s ohledem na moderní přístup a poznání bez nutnosti přílišných ohledů na historické regionální vazby, dominanci některých zdravotnických zařízení a podobně. Přitom výchozí stav poskytuje přibližně rovnoměrné rozložení krajských nemocnic v bývalých okresních městech s výjimkou Žďáru nad Sázavou, kde je historicky nemocnice v nedalekém Novém Městě na Moravě. Počet obyvatel okresů,

tedy spádovost nemocnice, je velmi obdobná s výjimkou Pelhřimova, který má jen 75 % obyvatel ve srovnání s průměrem zbylých okresů. Počet obyvatel v jednotlivých okresech a v kraji ukazuje tabulka č. 1. Z těchto příčin a také z důvodu bydliště autora v rámci regionu je tato práce zaměřena na výzkum zdravotní politiky Kraje Vysočina.

Tabulka č. 1: Rozloha a počet obyvatel v jednotlivých okresech a v Kraji Vysočina v roce 2013.

	okres Havlíčkův Brod	okres Jihlava	okres Pelhřimov	okres Třebíč	okres Žďár nad Sázavou	Kraj Vysočina (celkem)
rozloha (km²)	1 265	1 199	1 290	1 463	1579	6 796
počet obyvatel	95 053	112 264	72 411	112 833	118 646	511 207

Zdroj: autor, data *Rozloha území*, ČSÚ.

Tvorba a realizace politiky je chápána jako komplexní děj, který zahrnuje vstup celé rozličných faktorů a sleduje mnoho různých cílů. V oblasti zdravotní politiky se střetává celá řada cílů od zajištění zdraví obyvatel kraje, dostupnosti zdravotních služeb, ale i efektivního a ekonomicky udržitelného zdravotnictví. Tato práce si klade za cíl přispět k lepšímu pochopení vzniku a řízení zdravotní politiky na úrovni Kraje Vysočina. Pro tento územní celek se jedná o zcela nově řešenou oblast, což je podtrženo i dosud neřešenou problematikou na úrovni celého státu. Vzhledem k absenci jednotné osnovy pro regiony pojal každý kraj přípravu a tvorbu zdravotní politiky jinak. Záměrem práce je zkoumat do jaké míry je zdravotní politika Kraje Vysočina založená na dlouhodobém koncepčním řešení a do jaké míry kraj pracuje se stanovením cílů této politiky, nebo zda se jedná spíše o nahodilou činnost podporovanou snahou o pouhou správu zdravotnických zařízení.

Vzhledem k množství financí, které každoročně zdravotnictvím prochází, je nutné bedlivé zkoumání, zda je zdravotnictví strategicky řízeno na základě kvalitních dokumentů a zda je účelně nakládáno s veškerými finančními prostředky. Je proto v nejvyšším zájmu občanů sledovat tvorbu a změny zdravotní politiky Kraje Vysočina, například její kontinuální vývoj, vztah k socioekonomickým změnám ve společnosti, reakce na aktuální problémy obyvatelstva i celostátní trendy v oblasti zdravotnictví. Především je kladen důraz na jejich odraz v koncepčních dokumentech kraje,

politických prohlášeních a skutečně realizované politice. Rada kraje považuje zdravotnictví za prioritu a deklaruje to i v programových prohlášeních v letech 2008 a 2012, kde se zdravotnictví vyskytuje na čelních pozicích. Hlavní cíl krajského zdravotnictví je zaměřena na „*udržení všech pěti krajských nemocnic v rozsahu dostupné, kvalitní a efektivní péče*“ (Programové prohlášení..., 2012 : 5). Ze svého rozpočtu kraj každoročně posílá do zdravotnictví na pravidelné výdaje kolem 200 milionů Kč. (rozpočty Kraje Vysočina) V uplynulém desetiletí bylo nejen do krajských nemocnic investováno více než 5 miliard Kč. (Rejstřík příspěvkových organizací zřizovaných Krajem Vysočina) Zároveň v roce 2003 započaly přípravy na tvorbu *Zdravotního plánu kraje Vysočina*, které vyvrcholily v roce 2007 jeho schválením, avšak v nedokončené formě. Od té doby vznikla dále *Koncepce eHealth Kraje Vysočina* a krajská aplikace programu Světové zdravotnické organizace *Zdraví 21 Program ZDRAVÍ 21 pro kraj Vysočina*, která reaguje na jeho národní rozpracování.

Co se týká množství dokumentů, tak je Kraj Vysočina obdařen mnoha materiály, čímž vyniká i v konkurenci ostatních krajů. Analytická fáze přípravy zdravotního plánu je pak hodnocena jako zcela nejlepší. (Šedo, Marx, 2009) Uznání si Kraj Vysočina vysloužil i v nastavení cílů, ale jako slabina je považována jejich nekonkrétnost. Daleko detailnější jsou další zmíněné plány, ale je otázkou, do jaké míry jsou jednotlivé plány slučitelné a vzájemně ze sebe vycházející, tak aby tvořily jednotný celek, který míří ke společnému cíli. S tím zároveň souvisí i distribuce krajských financí, která by měla odrážet definované cíle.

Na realizaci politik navazuje jejich hodnocení. Zdravotní plán Kraje Vysočina na tuto eventualitu myslí a doporučuje budoucí úpravy, ale zároveň definované cíle jsou jen obtížně měřitelné a na první pohled je nesnadné říci, zda byl cíl splněn či nikoli. V rámci zkoumané problematiky nás bude zajímat, jak Kraj Vysočina zdravotní politiku vyhodnocuje, jaké k tomu používá nástroje a do jaké míry výsledky evaluace vedou k úpravám strategických dokumentů (např. koncepce eHealth 2009 – 2013 a 2012 – 2015).

Zdravotní politika krajů nebyla dosud podrobněji zkoumána. Nejrozsáhlejší práce věnující se krajským zdravotním plánům je *Analýza krajských zdravotních plánů* (Šedo, Marx, 2009), která provádí srovnání všech dostupných dokumentů a porovnává je navzájem a v rámci základních teoretických předpokladů kladených na koncepční dokumenty. Stanovování cílů ve zdravotních plánech zkoumá Petr Háva v článku

Zdravotní plány krajů (Háva, 2004a). Četnější jsou studie zaměřené na jednotlivé kraje. Pro Kraj Vysočina řadu analytických materiálů pro tvorbu zdravotního plánu kraje zpracovával Petr Háva v rámci Institutu zdravotní politiky a ekonomiky a zároveň analyzoval vývoj zdravotní politiky kraje (Háva, 2003, 2004b, 2005).

Oblast výzkumného problému je poměrně široká, ale přesto je zaměřena na velmi specifickou oblast krajské politiky. Ačkoli se tato práce zabývá praktickými důsledky v oblasti zdravotní politiky, jejím těžištěm je především realizace politiky krajské samosprávy a její rozhodovací procesy, které definují podmínky pro vznik a realizaci zdravotní politiky. Metodologická a teoretická východiska práce se tedy opírají jednak o obecnější politické koncepty a zadruhé o teoretické koncepty zdravotnictví.

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Výzkumné cíle

Diplomová práce *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina* si jako svůj hlavní cíl klade zkoumání vzniku, tvorby a reálného uplatnění zdravotní politiky formované krajem. Tento cíl bude provázet základní směřování práce a dále jej členíme do čtyř základních cílů, které blíže popisují dílčí oblasti zkoumání. Jednotlivé cíle následně rozvíjí specifické otázky, na které se práce snaží najít odpověď. V rámci zvolených teoretických konceptů budou následně zvoleny vhodné prostředky – metody k dosažení těchto cílů.

Pro výzkum výše nastíněné problematiky si tato práce klade čtyři základní cíle, které mají chronologicky objasnit podstatu vzniku formalizované zdravotní politiky Kraje Vysočina, prvotní impulzy pro vznik jednotlivých koncepčních dokumentů ohledně krajského zdravotnictví a jejich odraz v reálné zdravotní politice. Základní výzkumné cíle této práce jsou následující:

1. Objasnit vznik strategických dokumentů zdravotní politiky Kraje Vysočina.
2. Zkoumat návaznosti jednotlivých dokumentů zdravotní politiky Kraje Vysočina a jejich provázání s reálnou politikou.
3. Reflektovat vývoj jednotlivých dokumentů.
4. Zhodnotit naplňování v koncepčních dokumentech definovaných cílů ve srovnání s realizovanou politikou.

Uvedené výzkumné cíle si lze představit jako pyramidu (viz obr. č. 1), kde základnu tvoří první a vrchol čtvrtý cíl. Prvotní úroveň výzkumu je pochopení vzniku strategických dokumentů v kontextu celostátní politické situace, vzniku krajských samospráv a situace ve zdravotnictví roku 2003. V případě Kraje Vysočina se vznik prvního strategického dokumentu protáhnul až do roku 2007 a další dokumenty následovaly v příštím roce. Tím se dostáváme do dalšího patra, kdy srovnáváme všechny koncepční dokumenty Kraje Vysočina a hledáme jejich návaznosti a reálný dopad na realizovanou politiku. Důležité je vzájemné provázání dokumentů ať na poli obsahovém, tak v rámci sdílení cílů apod. Do jak míry dochází k doplňování cílů, zda existuje hierarchická vazba mezi jednotlivými dokumenty a zda tvoří vzájemně

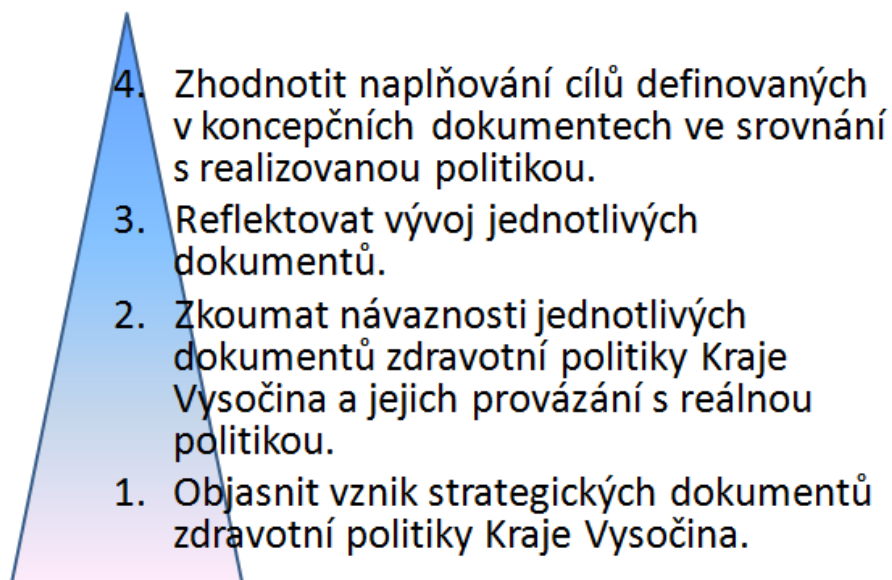
provázaný celek nebo fungují v podstatě samostatně a každý řeší jen svou problematiku.

Sledován bude dále vývoj jednotlivých koncepčních dokumentů zdravotní politiky kraje. Ať již ve vzájemné vazbě jednotlivých dokumentů, tak při reflexi vývoje zdravotnictví, rozvoje moderních technologií a posunech v naplňování dílčích cílů a jejich případné úpravě vzhledem k dosaženým mezníkům. S ohledem na třináctiletou historii zdravotní politiky kraje a druhou či třetí generaci některých dokumentů lze očekávat jistý vývoj.

Ve vrcholu pyramidy cíle odkazují ke zkoumání vývoje koncepčních dokumentů a jejich reakci na již splněné cíle a případně další politické priority. V závěru budou hodnoceny shody či rozpory v definovaných cílech a realizované politice. Tento pohled by měl reflektovat celý vývoj zdravotní politiky Kraje Vysočina a ukázat zda zvolená cesta tvorby zdravotní politiky je skutečně uváděna v život a její dopady mají odpovídající naplnění.

Chronologický postup v rámci výzkumných cílů by měl umožnit detailní posouzení zkoumané problematiky a získat relevantní výsledky.

Obrázek č. 1: Hierarchie výzkumných cílů.



Zdroj: autor.

2.2 Výzkumné otázky

V rámci definovaných cílů si tato diplomová práce klade několik základních otázek, na které se pokusí odpovědět. Jednotlivé otázky dále rozvíjí základní výzkumné cíle do konkrétnějších okruhů výzkumu, se kterými bude dále pracováno. Ke každému cíli připadají přibližně 2 – 3 výzkumné otázky. Otázky udávají konkrétní směr pro analýzu a práci se zmíněnými strategickými dokumenty a aktéry a ve výsledku zprostředkují vytvoření závěrů k předložené problematice.

cíl 1: Objasnit vznik strategických dokumentů zdravotní politiky Kraje Vysočina.

otázka 1: Jakým způsobem vznikaly strategické dokumenty zdravotní politiky Kraje Vysočina?

otázka 2: Jaké priority si Kraj Vysočina stanovuje?

cíl 2: Zkoumat návaznosti jednotlivých dokumentů zdravotní politiky Kraje Vysočina a jejich provázání s reálnou politikou.

otázka 3: Do jaké míry tvoří jednotlivé dokumenty provázaný celek?

otázka 4: Jak se koncepční dokumenty odráží v praktické politice?

cíl 3: Reflektovat vývoj jednotlivých dokumentů.

otázka 5: Jak Kraj Vysočina přistupuje k aktualizaci koncepčních dokumentů?

otázka 6: Je funkční rámec hodnocení plnění stanovených cílů?

cíl 4: Zhodnotit naplňování v koncepčních dokumentech definovaných cílů ve srovnání s realizovanou politikou.

otázka 7: Daří se kraji naplňovat stanovené cíle?

otázka 8: Odráží realizované investiční priority Kraje Vysočina cíle zdravotní politiky?

otázka 9: Jsou realizovány mezioborové předpoklady k naplnění cílů (např. vzdělávání ve zdravotnických oborech)?

3. Teoretická východiska

Záměrem této diplomové práce je hledání vazeb ve vzniku zdravotní politiky Kraje Vysočina a jejich následná realizace v rámci skutečné krajské politiky na tomto poli. Tento proces, do kterého zasahuje řada aktérů, odráží prvky strategického řízení, což je úsilí *„o efektivní řešení klíčových problémů dané instituce v dlouhodobé perspektivě. Jeho cílem je současnými rozhodnutími vytvářet co nelepší předpoklady pro naplnění vytyčených cílů.“* (Ochrana, 2010 : 25)

Tvorba zdravotní politiky a hledání jejích výstupů v sobě spojuje dvě základní východiska, se kterými budeme dále pracovat. Jedním je procesní stránka věci. Tedy formální ukotvení jednotlivých aktérů a jejich vliv na rodící se zdravotní plány odrážející zájmové pojetí cílů. Zkoumání těchto procesů odráží specifické teorie, které budeme rozebírat dále.

Druhé ukotvení této práce vychází z podstaty tématu, kterému se věnujeme – zdravotnictví. Tato část se věnuje především obsahové podobě zvolené politiky, která je důležitou součástí veřejných politik. Toto východisko přináší své specifické problémy a nutnost užití jiných přístupů.

Vzhledem k tématu této práce se obě východiska vzájemně dobře propojují a umožňují nám komplexní pohled na politickou práci s tématem zdraví zaměřenou na lokální úroveň Kraje Vysočina a její prolínání s obecnými cíly veřejného zdraví.

3.1 Teorie fází veřejně politického procesu

Přestože se tato práce věnuje především problematice zdravotní politiky, její podstatou je tvorba politiky v obecnějším významu rozhodování, definování a realizování stanovených cílů. Oblast zdravotnictví je pak již jen konkrétní formou její realizace. Veřejně politické teorie odpovídají charakteru vzniku a realizace krajské zdravotní politiky blíže z pohledu procesního spočívajícím ve tvorbě a přípravě zdravotních plánů.

„Ve strategickém řízení se uplatňuje určitá, historicky osvědčená a vnitřně logicky na sebe navazující, sekvence jednotlivých kroků“ (Ochrana, 2010 : 25) od stanovení vizí, prognóz, strategií, koncepcí až po konkrétní plány realizace a uplatňování konkrétní politiky. V takovém pojetí chápeme politiku jako dynamický proces, který dokáže integrovat vnější stimuly a generovat na ně vhodné odpovědi.

„V policy analysis je proto výzkumným cílem lokalizovat a analyzovat ty fáze, které mají pro řešení problému největší význam. Tento opakovaný proces může být modelově znázorněn jako cyklus rozdělený do různých fází.“ (Fiala, 2000: 75)

Fáze politického cyklu se mohou dle různých autorů významně odlišovat. Ve své podstatě jsou však vždy podobné a jejich základ ve formě čtyř fází formuloval ve svém systémovém přístupu americký politolog David Easton v roce 1953. Prvotním hybatelem takového modelu je vstup, pod kterým si můžeme představit identifikaci potřeb vedoucí k uznání konkrétního sociálního problému. Druhou fází je konverze, fáze rozhodování, kdy dochází ke zpracování vstupních dat a problémů. Je-li rozhodování úspěšné, přesouvá se cyklus do fáze výstupu – implementace, či realizace veřejné politiky. Závěrečnou částí cyklu, která zároveň kruh propojuje s počátkem, je evaluace, kdy dochází ke zhodnocení realizované politiky, jejímu porovnání se vstupními potřebami. Výsledky zpětné vazby se pak stávají případnými vstupy dalšího cyklu v případě nutnosti přeformulování veřejné politiky, případně úspěšného vyhodnocení vedou k uzavření cyklu. (Potůček, 2005: 37)

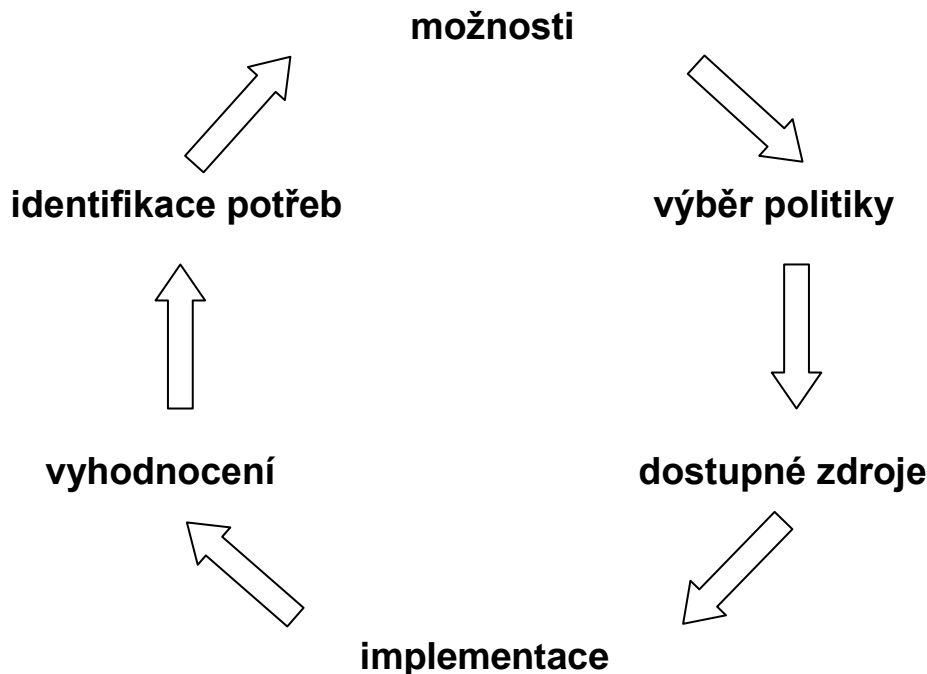
Možné schéma politického cyklu může nabývat různých podob díky zapojení celé řady dalších aktérů, vstupů a mezikroků. Jednotlivé fáze mohou být navíc dále propojeny řadou zpětných vazeb, které přispívají ke zlepšování výstupu jednotlivých fází a korigují případné nedostatky již v přechodu mezi fázemi. Takovýto komplexní model skládající se ze tří základních částí, dále rozdělených do 17 dílčích kroků, formuloval Dror. (Potůček, 2005: 38)

Jakýkoli model je jen hrubým odrazem reality, která samozřejmě bývá daleko košatější, bohatší a složitější. Avšak základní struktura a jednotlivé fáze, kterým vývoj rozhodování prochází, bývá obdobný a jednotlivé modely je vcelku přiléhavě popisují. Zároveň modely umožňují *„zdůraznění jednotlivých fází politických procesů a časového a dynamického charakteru realizace politiky,“* (Fiala, 2000: 77) což umožňuje lepší popis a vzájemné srovnávání politických procesů navzájem.

Pro tvorbu koncepčních dokumentů je nezbytné plánování, činnost, která má vést jednání vstříc předem daným konkrétním záměrům. Pro plánování je nutné analytické uvažování, včetně stanovování priorit a jejich zdůvodnění. McCartyho model racionálního plánování z roku 1982 je rovněž komplexním cyklickým procesem. Obdobně jako Eaton vychází McCarty od identifikace potřeb a přes hledání vhodných možností se dostává do fáze *„politického rozhodnutí, které po uvážení finančních*

možností umožňuje pokračování cyklu“ (Katz, 1997 : 258) realizací politiky a její následnou evaluací. Případné pokračování je obdobné.

Obrázek č. 2: McCarthyho (1982) model racionálního plánování.



Zdroj: Katz, J., 1997, s. 258.

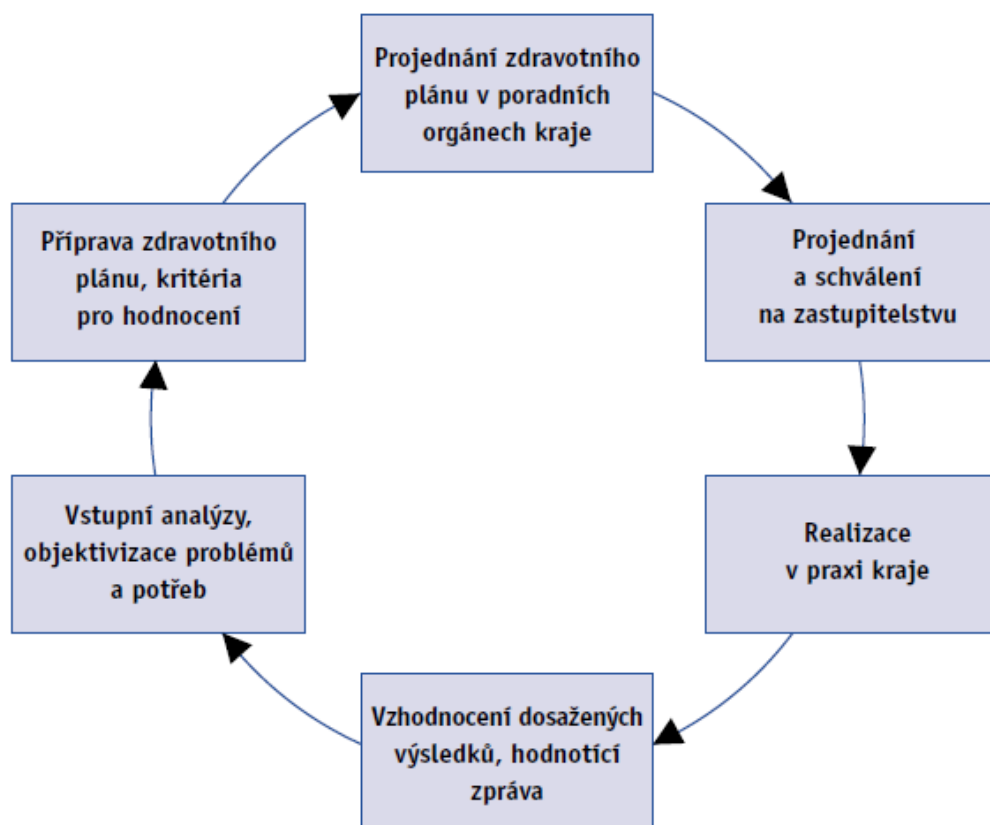
Hawe uvádí, že „racionální plánování je důležité pro navrhování programů podpory zdraví, které jsou vhodné k řešení zdravotních problémů a identifikování cílových skupin v rámci kterých bude mít program největší šanci na dosažení požadovaných cílů.“ (Katz, 1997 : 260) Obdobné schéma zaměřené na plánování a evaluaci programů podpory zdraví uvádí také Ewles a Simnet. (Katz, 1997 : 260)

Teorie fází veřejně politického procesu a model racionálního plánování je vzhledem k charakteru zdravotní politiky Kraje Vysočina vhodným adeptem pro uplatnění těchto modelů. Impulzy ke vzniku zdravotnické koncepce Kraje Vysočina, hledání řešení a jejich aplikace mají z procesního pohledu velmi blízko ke zmíněným teoriím. Pro výzkum této problematiky se tudíž jeví jako nejvhodnější. Navíc dále nacházíme několik důležitých paralel, které reálnou tvorbu koncepcí ještě více přibližují teoretickým konceptům.

Podíváme-li se na vznik koncepce zdravotní politiky Kraje Vysočina, tak se v podobném cyklickém rámci pohybuje od samého začátku příprav. O podstatě tohoto

děje nás informuje i zadání, které mělo „formulovat zdravotní plán kraje na období několika let (např. 3) a zároveň mít k dispozici metodiku pro vyhodnocení dosažených výsledků, tj. analytického východiska tvorby dalšího navazujícího zdravotního plánu“ (Háva, 2004b: 11). Jednotlivé kroky v rámci přípravy zdravotního plánu kraje ilustruje schéma (viz obrázek č. 3), které přetiskují i další dokumenty vydané v souvislosti se *Zdravotním plánem kraje Vysočina*. Jednotlivé kroky jen mírně rozšiřují základní Eatonovo čtyřfázové schéma teorie fází veřejně politického cyklu s podrobněji rozčleněnou rozhodovací fází. Tato část je upravena na míru konkrétního subjektu a v krocích popisuje posloupnost vstupů jednotlivých aktérů zapojených do přípravy zdravotního plánu. Fáze realizace, vyhodnocení a vstupů je pak zachycena bez další nutnosti rozčlenění.

Obrázek č. 3: Proces přípravy, realizace a hodnocení zdravotního plánu kraje.



Zdroj: Háva, P., 2004a, s. 61.

Předkládací zprávy, během konečného schvalování *Zdravotního plánu kraje Vysočina v roce 2007*, hovoří o opakujícím se ději a neustálých úpravách zdravotní politiky vzhledem ke stanoveným cílům. „Celý proces přípravy, realizace a hodnocení

zdravotního plánu kraje je nutno chápat jako neustále se opakující cyklus kroků, které povedou k zajištění komplexnější a dokonalejší péče o obyvatele kraje.“ (ZK-07-2007-58) Vzhledem k projektům zařazeným do investičního plánu kraje je dále uváděna nutnost další aktualizace koncepce.

Teorie fází veřejně politického procesu není jediným teoretickým konceptem, který by byl problematice tvorby zdravotních plánů blízký. Koncept institucionalizovaných sítí se pokouší více přiblížit reálnému životu, který podle autorů není nijak striktně oddělen do dílčích etap, ale největší důraz je kladen na aktéry politických procesů a místům a strukturám, kde politická rozhodnutí ve finále vznikají. Komplex vyjednávání, vzájemných interakcí a cest k dosažení finálních kompromisů je často velmi spletitý a vytváří vzájemně propojenou síť, kterou se snaží teorie dále blíže identifikovat a podrobně zkoumat. Důležitým předpokladem je, že jiná struktura sítě dává vzniknout zcela jinému řešení zadaného problému. (Fiala, 2000: 86 – 88)

Jak již bylo naznačeno výše a jak bude dále rozpracováno, struktura vztahů mezi jednotlivými aktéry v rámci Kraje Vysočina byla zřejmá a značně hierarchická. Dominantní roli sehrál odbor sociálních věcí a zdravotnictví, který měl celý proces vzniku strategických dokumentů na starosti a zadával jednotlivé dílčí úkoly ke zpracování vlastním i externím pracovníkům a své výsledky předával zdravotní komisi a zastupitelstvu kraje k posouzení. Jednotlivé fáze od počátečního impulzu, analytického podkladu a politického projednávání zdravotní politiky Kraje Vysočina odpovídají především teorii fází politického cyklu.

V rámci této diplomové práce model fází politického cyklu umožňuje sledovat vznikající zdravotní politiku Kraje Vysočina a shodu či naopak odchylky od teoretických modelů. To pomůže bližšímu sledování reakcí a změn příprav politiky na měnící se okolnosti a posoudit do jaké míry jednotliví aktéři reagovaly na nové vstupy a dokázali je včlenit do změn plánované politiky. Obdobně pak můžeme posuzovat, zda realizovaná politika je skutečně cyklickým dějem, kdy dochází k její evaluaci a úpravám, tak jak je teoreticky předpokládáno a jak to předpokládají i analytické materiály *Zdravotního plánu Kraje Vysočina*. (Háva, 2005)

Na základě teoretických východisek pro politické projednávání zdravotní politiky můžeme očekávat vznik cílevědomé politiky s dobře ukotvenými parametry pro vyhodnocení a další rozvoj zdravotnictví v rámci kraje. To by mělo být zároveň vhodně provázáno se strategickým plánováním k naplnění definovaných cílů vedoucích

ke zlepšování zdraví populace kraje, poskytování kvalitních zdravotních služeb a jejich efektivní správu krajskou samosprávou.

3.2 Zdraví a jeho determinanty

Druhý pohled na problematiku tvorby zdravotní politiky kraje míří na obsahovou stránku této politiky prostřednictvím teoretických východisek zdraví. Tento pohled se nezabývá politickým procesem tvorby politiky, ale především jeho obsahem a s tím souvisejícími vstupy a výstupy. Zajímá nás, do jaké míry tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina odráží moderní teoretické přístupy užívané ve zdravotnických programech a do jaké míry je v souladu s mezinárodními programy na podporu zdraví, které od Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) přejala a implementovala i Česká republika. Tato východiska by se měla předně odrážet v rámci iniciálních vstupů zdravotní politiky a následně promítnout do formulování jejích cílů. Vzhledem k přijatému strategickému dokumentu *Program ZDRAVÍ 21 pro kraj Vysočina* lze očekávat, že teorie zdraví a determinant zdraví byla užívána i při přípravě zdravotní politiky kraje.

WHO definuje zdraví jako stav celkové tělesné, duševní i sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci či slabosti. Tato definice se významně odklání „*od tradičního biologizujícího pojetí zdraví a klade důraz na mezioborový přístup v souladu s biopsychosociálním modelem zdraví umožňujícím vnímat lidské zdraví v kontextu prostředí, v němž člověk žije.*“ (Janečková, 2009 : 63) Vymezení zdraví pochází z roku 1948 a jak pozdější vývoj ukázal, chápání zdraví se postupně velmi přiblížilo tomuto komplexnímu pojetí.

Kromě definice zdraví je nutné dále zmínit definici veřejného zdraví. Vymezení tohoto medicínského oboru není zcela jednoznačné. Současný pojem veřejného zdraví vychází z definice C. E. A. Winslowa z roku 1920, kterou v roce 1988 nově přeformuloval sir Donald Acheson „*jako vědu a umění k prevenci nemocí, prodlužování života a podpory zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí celé společnosti.*“ (Rechel, 2014 : 3) Tuto definici v současné době uznává i WHO. Veřejné zdraví k dosahování svých cílů užívá celou řadu prostředků, mezi nimi se například věnuje kontrole přenosných onemocnění, diagnostice a prevenci, v širším kontextu pak

ochraně životního prostředí, organizování zdravotnických služeb či výchově společnosti ke zdraví. (Janečková, 2009)

Významným mezníkem v rozvoji zdraví a jeho chápání se stala konference WHO v Ottawě v roce 1986 a z ní vzešla *Ottawská charta podpory zdraví*, jež definuje podporu zdraví jako „proces, který lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad zdravím a tak zlepšovat zdravotní stav.“ (Rechel, 2014 : 171) Tato konference se stala vyústěním od 60. let 20. století trvajících procesu hledání komplexnějších a účinnějších modelů podpory zdraví. „*Medicínský model podpory zdraví, orientovaný na izolované rizikové faktory a snahu ovlivňovat především jednotlivé prvky životního stylu jedinců, se ukázal jako neúčinný.*“ (Janečková, 2009 : 231) Koncept determinant zdraví se ukázal jako východisko, které WHO dále rozpracovalo a stále jej užívá ve svých koncepčních materiálech.

Tzv. Llalondova zpráva (*A New Perspective on the Health of Canadians*) se stala důležitým milníkem ve změně dlouho zažitého čistě medicínsky vnímaného pojetí zdraví. Dokument pojmenovaný podle ministra zdravotnictví Kanady Marcka Llalonda vydala kanadská vláda v roce 1974. Výsledkem bylo zjištění, že „*při snaze o ochranu zdraví populace je nezbytné postihnout nejen biomedicínský model zdraví, ale také faktory životního prostředí, individuální chování a životní styl.*“ (Rechel, 2014 : 171) Tento dokument je považován za první nástin moderního pojetí podpory zdraví, které je možné dále zlepšovat prostřednictvím širšího spektra metod, než tomu bylo dosud. Zaujetí těmito principy zaznamenala deklarace WHO z konference z Alma Aty v roce 1978, která kladla velký důraz na mezioborovou spolupráci, plné přijetí muselo počkat až do 80. let 20. století.

Další potvrzení přinesla v roce 1980 zveřejněná tzv. Blackova zpráva (*The Black Report on Inequalities in Health*), studie kterou přednesl jako souhrn širokého výzkumu zdraví populace sir Douglas Black, prezident Královské společnosti všeobecných praktických lékařů ve Spojeném království. Tato studie přinesla šokující data o významných rozdílech ve zdraví souvisejících se sociálním nebo ekonomickým znevýhodněním. I přes vysokou úroveň poskytované zdravotní péče objevil Black významné zdravotní rozdíly mezi různými příjmovými a sociálními skupinami obyvatelstva. (Katz, 1997)

Následovala Ottawská charta, která k hlavním prostředkům „*podpory zdraví*“ řadí veřejnou politiku, která by měla prospívat zdraví a měla by se týkat nejen resortu

zdravotnictví, ale zdravotní problematiky ve všech resortech.“ (Janečková, 2009 : 231) K dalším nástrojům patří tvorba vhodného podpůrného prostředí, posílení společenských vazeb a hnutí, rozvoj osobních schopností jedinců a přeorientování zdravotních služeb na zcela nové pojetí zdraví. Podpora zdraví je koncipována velmi široce, přijímá však osobní autonomii a respektuje právo na svobodnou volbu jedince, úlohou státu je prosazovat podporu zdraví ve všech svých politikách. (Katz, 1997)

Výše uvedená definice podpory zdraví byla v roce 2005 revidována na konferenci WHO v Bangkoku, tak aby ještě lépe reflektovala moderní poznatky o zdraví. *„Podpora zdraví je proces, který lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví a tak zlepšovat zdravotní stav“* (Rechel, 2014 : 172).

Determinanty zdraví představují soubor vzájemně proměnlivých faktorů – osobních, společenských, ekonomických a faktorů životního prostředí, ale ve výsledku podstatně ovlivňují zdravotní stav populace. Tyto čtyři oblasti poprvé ve své zprávě uvedl Llalond. (Katz, 1997) Schematické znázornění determinant zdraví zobrazuje obrázek č. 4.

Středobodem schématu jsou dědičné faktory, *„které jsou široce fixovány, přestože moderní medicína může zlepšit i některá genetická onemocnění.“* (Katz, 1997 : 55) Avšak jejich vliv na zdravotní stav populace je jen 10 – 15 %. Vnitřní část ukazuje, že zdraví je podmíněno především individuálními způsobem života jako kouření, fyzická aktivita, strava a další. Faktory životního stylu ovlivňují zdravotní stav ze všeho nejvíce – přibližně z 50 %. Další část popisuje sociální vazby mezi rodinou, přáteli a další společenské vazby v komunitě. Podíl těchto vazeb nebývá procentuálně vyjádřen. Práce a životní prostředí zahrnuje celou řadu dílčích faktorů od vnějšího prostředí, zabezpečení domácnosti, pracovní prostředí, úroveň příjmů, přístup ke službám a další. Tato oblast bývá popisována asi 20 % vlivem s tím, že zdravotním službám, jejich kvalitě, dostupnosti a rozvoji bývá připisovaných zbývajících 10 – 15 % vlivu. (Janečková, 2009) *„Vnější vrstva zdůrazňuje širší socioekonomické síly jako je ekonomický rozvoj, posuny v sociálním systému, politické změny, sociální síly a struktury. Ačkoli to diagram neukazuje, je zde navíc mnoho možností k ovlivňování vzájemně mezi jednotlivými vrstvami.“* (Katz, 1997 : 56)

Obrázek č. 4: Determinanty zdraví.



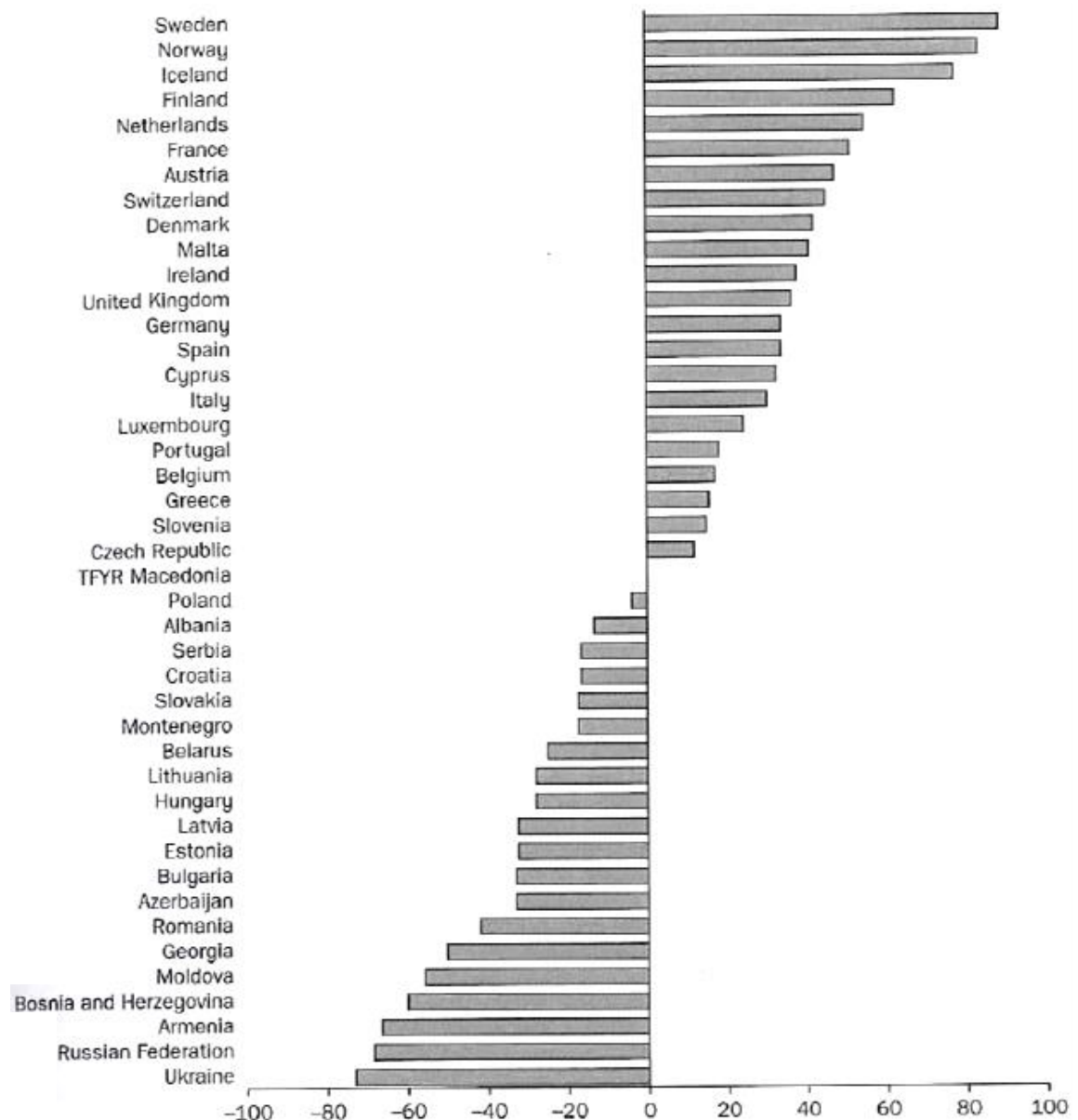
Zdroj: Zdraví 2020, 2014, s. 21.

Vzájemně odlišit vliv jednotlivých faktorů je téměř nemožné, ale komplexní politika podpory zdraví zahrnující prevenci, zdravotní výchovu a veřejnou zdravotní politiku zohledňující zdraví na všech úrovních může ukázat své pozitivní vlivy na zdravotní stav populace. Nedostatečně komplexní pojetí zdravotní politiky ukazují značné rozdíly ve zdraví populace napříč Evropou. (viz obrázek č. 5)

Zvláště v bývalém východním bloku byla podpora zdraví značně podfinancována a podceňována. „Na druhou stranu paradoxně preventivní medicína byla považována za klíčovou součást Semaškova modelu. Prevence ale spoléhala na sekundární prevenci zaměřenou na detekci onemocnění prostřednictvím značného počtu často neefektivních screeningových programů, raději než primární prevenci nepřenosných onemocnění.“ (Rechel, 2014 : 175) Díky tomu dosahovalo komunistické zdravotnictví výborných výsledků při eradikaci infekčních onemocnění, především pak

Československo v 60. letech 20. století bylo průkopníkem v zavádění celé řady celoplošných očkovacích programů. Na druhou stranu se nedařilo bojovat s civilizačními chorobami, které ke konci komunistické éry vyvolaly významné rozdíly ve zdraví populace. Výsledkem jsou rozdíly, které jsou nyní větší než před čtyřmi desetiletími s tím, že na špici se drží Švédsko a Norsko, jejichž politika podpory zdraví je lídrem ve všech oblastech zdravé veřejné politiky (Rechel, 2014)

Obrázek č. 5: Výsledky porovnání měření výkonnosti zdravotních politik v Evropě.



Zdroj: Mackenbach a McKee, 2013 in Katz, 2014, s. 19.

Jak velký vliv s rychlými důsledky může způsobit změna zdravotní politiky a determinanty zdravotních služeb ukazuje např. vývoj průměrné délky života v České republice. „*Po roce 1989 se například do zlepšování ukazatelů zdravotního stavu české populace promítl prudký rozvoj samotného zdravotnictví nepochybně více, než by se podle uvedených proporcí dalo předpokládat.*“ (Janečková, 2009 : 67) Tato primární redukce vzniklého rozdílu byla zapříčiněna především dostupností moderních technologií, nových léčivých prostředků a zvýšenou dostupností život zachraňujících zákroků. V druhé vlně pak následuje pomalejší vliv změny životního stylu populace provázený snižováním spotřeby živočišných tuků a alkoholu, omezování kouření, ale i pozitivní změny v životním prostředí. (Zdraví 2020, 2014)

Výdaje na prevenci a veřejné zdraví v České republice představují přibližně 2,4 % celkových výdajů na zdravotnictví, což je procentuálně přibližně srovnatelné s dalšími vyspělými státy (Německo 3,1 %, Dánsko 2,2 %, Finsko 5,2 %). (data WHO, 2011 in Rechel, 2014 : 241) Problémem je, že absolutní výdaje na zdravotnictví v přepočtu na hrubý domácí produkt patří v České republice k téměř nejnižším v rámci zemí OECD. V roce 2012 činily 7,5 % (v Německu 11,3 %, Dánsku 11,0 %, Finsku 9,1 %). (Ekonomické informace..., 2014 : 47) Výsledky z vyspělých států ukazují, že komplexní péče o zdraví a jeho determinanty mají významný přínos pro zlepšení zdravotního stavu populace, což se zároveň nezanedbatelně odráží i v rámci ekonomických nákladů na zdravotnictví, ale potažmo také na sociální systém a celkový výkon ekonomicky dotčených států.

Z porovnání statistických údajů a lékařských výzkumů vyplývá, že „*80 % nemocí, které tvoří hlavní zátěž rozpočtu zdravotnictví, jsou nemoci, jimž lze předcházet. Na jejich léčení se vydává okolo 185 mld. Kč/rok. Efektivní primární prevencí lze v brzké době dosáhnout snížení výskytu závažných chronických onemocnění přinejmenším o 5 %. Přineslo by to úspory na zdravotní péči okolo 10 mld. Kč/rok a přínos 10 mld. Kč/rok do hrubého domácího produktu.*“ (Zdraví 2020, 2014 : příloha č. 3, 10) Jedním z problémů, na který upozorňují odborníci, je v České republice nedostatek financí jdoucích na preventivní programy a také návratnost a především první projevy politiky podpory zdraví v horizontu delším než jedno volební období. Dlouhodobé efekty však bývají více než příznivé. (Halbichová, 2014)

Změna přístupu zdravotní politiky od léčby onemocnění a jejich následků k podpoře a prevenci zdraví a tím primární eliminaci vzniku škod na zdraví je v České

republiky stále nedostatečně uplatňovaná strategie. Takový koncept vyžaduje nutně prvotní investice a tvorbu programů, které až následně vedou ke zlepšování zdraví populace a tím poklesu přímých i nepřímých nákladů vynakládaných na zdravotní péči. Tvorba takových programů v rámci tzv. zdravé veřejné politiky by měla podporovat veřejné zdraví prostřednictvím celého spektra veřejných politik. „*Veřejná politika pokládá ve své agendě zdraví za prioritu zdůrazňující pozitivní přínosy více než restrikce a regulace, dosahuje cíle díky odměnám místo trestů a povzbuzuje sebekontrolu, participaci a vzájemnou pomoc.*“ (Badura, 1991 : 5)

Koncept determinant zdraví a snaha o udržení nejvyšší možné úrovně zdraví během lidského života se staly východisky pro tvorbu strategických dokumentů WHO, která tyto snahy systematicky rozvíjí od 70. let 20. století. Valné shromáždění WHO přijalo v roce 1977 celosvětovou strategii *Zdraví pro všechny* (Health for All). Tento dokument stanovil globální priority úsilí k dosažení maximální možné míry zdraví pro všechny občany zacílené na rok 2000. Zároveň bylo zdraví deklarováno jako důležitý předpoklad pro sociální a ekonomickou prosperitu společnosti. Konkrétnější podobu získal program v roce 1984 po schválení evropskou úřadovnou WHO jako *Zdraví pro všechny do roku 2000*. Čtyři prioritní oblasti ve 38 měřitelných cílech stanovily základní priority vedoucí k rozvoji a podpoře zdraví a snaze po zakotvení veřejného zdraví v rámci ostatních veřejných politik. Čtyři hlavní skupiny cílů byly následující: zajištění rovnosti ve zdraví, prodloužení střední délky života, zlepšení zdravotního stavu obyvatel a zvýšení kvality života. (Janovská, 2013)

Další vývoj strategických dokumentů zdraví vedl v roce 1991 k tvorbě akčního plánu a následně v roce 1999 k publikaci moderní strategie *Zdraví pro všechny v 21. století*. Tento program má řadu regionálních podob, které směřují k naplnění daných cílů. Pro Českou republiku byl rozpracován a v roce 2002 vládou schválený *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*, známý jako Zdraví 21 (dále jen Zdraví 21). Ústředním záměrem je umožnění dosažení maximálního zdravotního potenciálu, jakožto nejvyššího stupně zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Strategie se snaží odbourat nerovnosti ve zdraví ať již v jednotlivých státech tak i mezi nimi. „*Česká republika z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problémů a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech.*“ (Dlouhodobý program...,

2002 : 1) Společný evropský rámec obsahuje symbolických 21 cílů, které směřují k naplnění dvou hlavních cílů – ochraně a rozvoji zdraví lidí po celý život a snížení výskytu nemocí a úrazů. Jednotlivé cíle obsahují řadu podcílů, které spolu s měřitelnými parametry vedou k zlepšování zdraví.

Aktuální vývoj podpory zdraví vedl v roce 2012 ke schválení evropského rámce *Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu*. Program staví na zkušenostech získaných během realizace předchozích strategických dokumentů a využívá postupů založených na vědeckých důkazech. Strategie bere v úvahu rozdíly mezi jednotlivými státy Evropského regionu WHO a dává jim prostor k dosahování definovaných cílů odlišnými prostředky. Strategie věnuje také pozornost růstu nákladů na zdravotnictví, které „*lze omezit, pokud bude věnována potřebná pozornost jak nejzranitelnějším skupinám obyvatelstva, tak i nerovnostem, ke kterým dochází v důsledku sociálního gradientu.*“ (Zdraví 2020: rámcový souhrn, 2013 : 2) Program Zdraví 2020 je založen na čtyřech prioritách:

1. celoživotních investicích do zdraví a vytváření podmínek pro růst osobní odpovědnosti za zdraví,
2. řešení největších zdravotních problémů Evropy (infekční a neinfekční nemoci),
3. rozvoj veřejného zdravotnictví s větší orientací na občany včetně krizové připravenosti a monitoringu a
4. vytváření odolných sociálních skupin žijících v příznivém prostředí.

Cílem programu je dosáhnout prokazatelného zlepšení zdraví v Evropě v rámci šesti regionálních cílů – zvýšení naděje na dožití, snížení nerovnosti ve zdraví, snížení předčasných úmrtí, zvýšení životní pohody obyvatel, zvýšení dostupnosti zdravotní péče a v jednotlivých členských státech evropského regionu stanovit vlastní národní zdravotní cíle. To vše vychází z etických předpokladů strategie a závisí na spolupráci celé společnosti se zapojením zdraví do všech oblastí veřejné politiky. (Zdraví 2020)

Poslední světová konference o podpoře zdraví se konala ve Finsku v roce 2013 a přinesla další podporu konceptu zdraví pro všechny. Tento koncept je definován jako „*přístup k veřejným politikám napříč obory, který systematicky zvažuje vliv politických rozhodnutí na zdraví, hledá shody a vyhýbá se škodlivým vlivům s cílem zlepšení zdraví populace a rovnosti ve zdraví*“. (Rechel, 2014 : 172)

Podle ústavy WHO „dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti“. (Zdraví 2020: rámcový souhrn, 2013 : 2) S tímto přístupem by tak mělo být postupováno i při formulaci zdravotní politiky. Jak uvádí zmiňované strategické dokumenty a četné studie posuzující ekonomické efekty, je prevence zdraví vysoce efektivním způsobem jak snižovat vysoké náklady poskytované na zdravotní služby. Sekundárně je pak podporován ekonomický rozvoj společnosti díky sníženým ztrátám v důsledku poruch zdraví a sociální politika, která je méně zatěžována událostmi souvisejícími se zdravotním stavem. Obdobně je možné zdraví promítat i do dalších politik – dopravní (zvyšování bezpečnosti a tím úbytek dopravních nehod a jejich následků na zdraví), práce (pracovní úrazy a nemoci z povolání), životní prostředí atd.

Rozvoj a podpora zdraví má zásadní význam pro celou společnost i každého jednotlivce. Teoretické přístupy k podpoře zdraví jsou dobře zmapovány a zároveň je Česká republika vázána řadou koncepčních dokumentů, které byly přetransformovány i do národní zdravotní politiky. Strategie Zdraví 21 byla po svém přijetí v roce 2002 postupně aplikována i na další úrovně správy. V rámci Kraje Vysočina vzniknul v roce 2008 *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina : Koncepční dokument kraje Vysočina pro období 2008 – 2015*, který vybral pro kraj priority a ty rozpracoval. Kraj Vysočina si v rámci programu stanovuje „v následujících 10 – 15 letech programově a koncepčně zlepšovat úroveň zdraví a klíčové ukazatele zdravotního stavu obyvatel v našem kraji“ (Program ZDRAVÍ 21 pro kraj Vysočina, 2008 : 4) a zároveň se snaží o zapojení celé řady dalších subjektů, které na programu budou participovat. Obdobné programy v rámci Zdraví 21 byly připraveny i pro další kraje či města v rámci projektů „zdravý kraj“ či „zdravé město“.

Kraj Vysočina si na základě analýz zdravotního stavu vybral osm prioritních témat, které rozpracovává do dílčích cílů s konkrétními aktivitami a stanovuje měřitelné ukazatele pro dosažení těchto cílů. V další části této práce bude podrobněji zkoumáno, do jaké míry se definované cíle odráží na krajské zdravotní politice a zda je v dostatečné míře pracováno se zdravím a jeho determinantami. Díky dlouhodobému ovlivňování těchto základních východisek strategie podpory zdraví by mělo postupně docházet k ovlivňování základních demografických a zdravotních ukazatelů populace kraje. Nutností je však podpora zdraví na více úrovních a její cílené prosazování do všech oblastí veřejné politiky. Zásadní je integrace podpory zdraví do ostatních

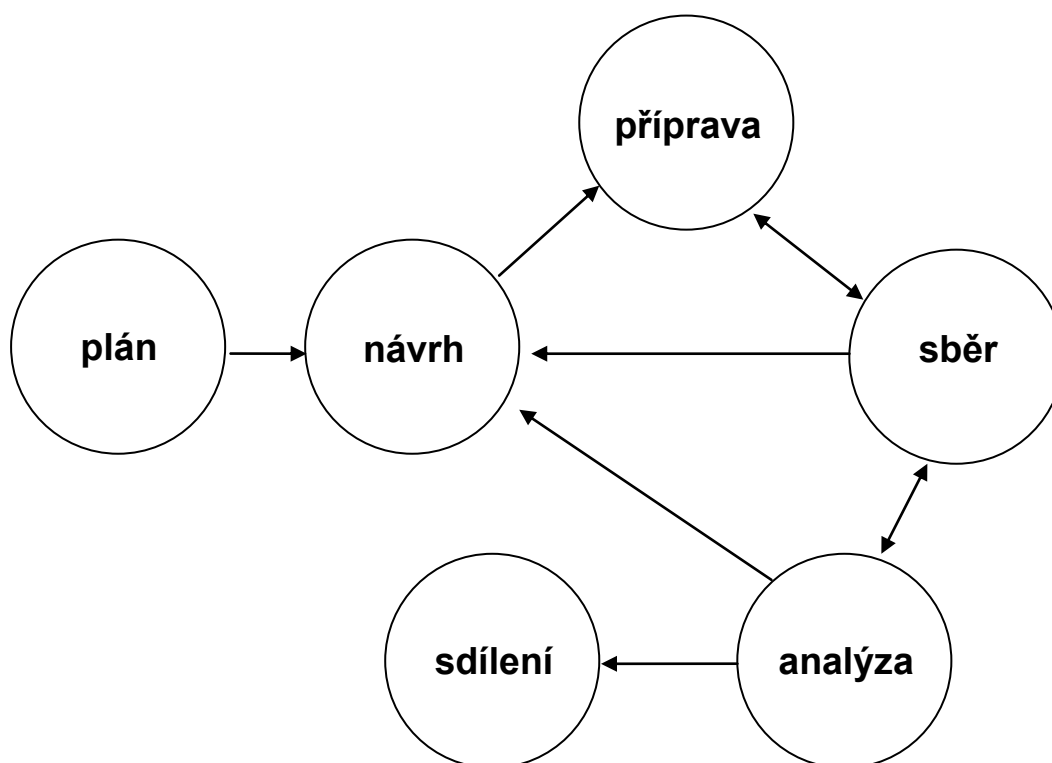
strategických dokumentů Kraje Vysočina a jejich aplikace i na běžné vykonávání správy krajských zdravotnických zařízení.

Teorie veřejně politického cyklu a koncept zdraví a jeho determinant přináší vhodná východiska pro zkoumání zdravotní politiky kraje. Na jedné straně zaměření na politickou stránku, která nám umožňuje poznat dílčí vlivy, které působily na jednotlivá rozhodnutí při přijímání a projednávání politiky. A na druhé straně hodnotově zakotvená podpora zdraví se svými metodami a jasně určenými oblastmi, které ovlivňují zdraví a na které je nutné při přípravě politiky a zdravotních plánů myslet. V rámci cyklického modelu by se zdravotní cíle měly promítat nejen do vstupů politiky, ale měly by být znát na formulované politice a tuto politiku spoluvytvářet. Pro politiky tak zbývá jen omezené pole možností jak zdravotnictví směřovat, jelikož základní směřování směrem na naplňování potenciálu zdraví občanů by mělo být hlavním hlediskem zdravotní politiky.

4. Metodologie a data

Základním designem této práce je případová studie, tedy metoda kvalitativního výzkumu, která umožňuje intenzivní studium jednoho nebo jen malého počtu případů umožňující porozumění dané problematice a její aplikace na další podobné případy. Základním předpokladem případové studie je zaměření se na jeden konkrétní objekt – v tomto případě Kraj Vysočina a tvorbu jeho zdravotní politiky. Případová studie poskytuje široké množství možností, jak ji realizovat. Postup tvorby může být rovněž velmi variabilní, přesto se nabízí několik pohledů na její vznik – od lineárního po cyklický. Dle Yina se jedná o opakující se lineární proces, kde dochází k oscilacím mezi základními body výzkumu – projektem, přípravou, sběrem dat, analýzou a publikací výsledků (viz obrázek č. 6). (Olecká : 63).

Obrázek č. 6: Vznik případové studie.



Zdroj: Yin, 2009 in Olecká, s. 64.

Pro případovou studii je typické kombinování metod sběru dat. K nejdůležitějším metodám, které tato práce používá, patří systematická a kvalitativní analýza dokumentů a dat. Tato metoda může pracovat s velkými objemy informačních

zdrojů spojenými s přípravou a tvorbou zdravotní politiky Kraje Vysočina. Tyto přípravy byly pojety velmi komplexně od počátečních analýz zdravotního stavu obyvatelstva po tvorbu analýzy zdravotnických zařízení kraje. Pokrytí vstupních informací pro tvorbu zdravotní politiky je velmi dobré a umožňuje nám sledovat, které vnější vlivy byly zachyceny a dále zpracovávány. Tvorbu těchto materiálů zaštitila celá řada institucí mezi nimi například Zdravotní ústav, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR a i některé soukromé společnosti pověřené přípravou dílčích částí podkladů. V další fázi jsou zkoumány politické dokumenty spojené s projednáváním a postupnou přípravou zdravotní politiky – programové prohlášení krajských koalic a především zápisy a podkladové materiály z jednání rady a zastupitelstva Kraje Vysočina. Specifickou oblastí nutnou pro zachycení kontextu tvorby politických dokumentů je aktuální právní rámec. Tedy pokrytí ve své době platného zdravotnického práva a právních předpisů upravujících kompetence ohledně převodu a rozvoje zdravotnictví v rámci nově zřízených krajů. Zajímavostí je i nutnost podchycení připravovaných zákonů, které tvorbu zdravotní politiky kraje ovlivnily, ale nakonec nebyly přijaty jako například zákon o zdravotnických zařízeních a zákon o neziskových nemocnicích, který se do legislativního procesu opětovaně dostal po téměř deseti letech v roce 2015.

Další oblastí zdrojů dat, které je nutné v rámci zdravotní politiky Kraje Vysočina analyzovat, jsou soubory dokumentů týkajících se formulace zdravotní politiky v rámci Ministerstva zdravotnictví. Od roku 1990 vznikla celá řada strategických dokumentů pokrývajících buď celé zdravotnictví (*Koncepce práce Ministerstva zdravotnictví 1998 – 1999* a další) nebo jen jeho dílčí oblasti (*Koncepci hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví* atd.). V souladu s koncepcemi WHO a její Evropské kanceláře byly dále přijaty národní programy jako například *Zdraví 21* a *Zdraví 2020* s celou řadou doprovodných materiálů. Každý rok jsou pak publikovány ucelené zprávy o plnění cílů v rámci programu *Zdraví 21*. Program *Zdraví 2020* je sice již několik let schválený, jeho implementace na národní úrovni je stále teprve na počátku. Celá řada dokumentů Ministerstva zdravotnictví podléhala aktuální politické situaci a stranické příslušnosti ministra či ministryně zdravotnictví a i díky proměně webové stránky jsou některé dokumenty v současné době již těžko dostupné.

Vhodná data pro výzkum a srovnání zdravotních indikátorů přináší ročenky pravidelně publikované Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Mezi nimi například *Zdravotnická ročenka České republiky* a zdravotnické ročenky jednotlivých krajů, *Ekonomické informace ve zdravotnictví* a mnohé další specializované publikace dle jednotlivých zdravotnických registrů, které ÚZIS spravuje. Český systém sběru dat je považován za velmi kvalitní, komplexní a centralizovaný systém národního zdravotního informačního systému. (Rechel, 2004) Množství shromážděných dat umožňuje snadné porovnání mezi jednotlivými státy Evropské unie a OECD a samozřejmě také v rámci časových řad meziročně a mezi jednotlivými kraji České republiky. Občasné výhrady vůči ÚZIS směřují na data poskytovaná jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb, která mohou v rámci souhrnných čísel vytvářet mírné odchylky například vůči datům Českého statistického úřadu, jehož údaje byly pro tuto práci taktéž využity. Demografická studie Kraje Vysočina v rámci analytických materiálů při vzniku krajského zdravotního plánu vycházela především z dat Českého statistického úřadu. Kvalitní zdroje dat poskytují dále databáze a přehledy OECD a WHO. Z regionálních zdrojů dat byly dále využity podklady od odboru sociálních věcí a zdravotnictví krajského úřadu Kraje Vysočina, výroční zprávy jednotlivých krajských nemocnic a data poskytovaná Datovým skladem Kraje Vysočina prostřednictvím jeho Analytické a statistické služby.

Politický proces vzniku krajské zdravotní politiky a především pak zdravotního plánu kraje nejlépe dokumentují podklady z jednání, zápisy a jednotlivé pracovní či schválené dokumenty. V kontextu národní zdravotní politiky, nově připravované legislativy a vývoje situace ve zdravotnictví je zachycena příprava strategických dokumentů a jednotlivé impulzy, které ji ovlivňovaly. Vzájemné vztahy a reakce zmíněné v dílčích dokumentech jsou neocenitelným zdrojem informací o průběhu přípravného procesu a podporují tak zvolený návrh metody této práce. Většina uvedených materiálů je volně k dispozici na webových stránkách Kraje Vysočina, který disponuje archivy se zápisy z jednání krajských rad a zastupitelstva a pro oblast zdravotnictví provozuje vlastní zdravotnický portál. Odraz politických usnesení na krajském zdravotnictví byl sledován na schválených rozpočtech Kraje Vysočina, investičních plánech a závěrečných vyúčtováních kraje, a v neposlední řadě ve výročních zprávách krajských nemocnic. Z druhé strany přináší porovnání již

zmiňované statistiky ÚZIS zaměřené na demografické, ekonomické a zdravotní parametry.

Jednotlivé dokumenty, se kterými bylo pracováno, vyžadují pečlivé vážení jejich relevance, autorství a okolností jejich vzniku. Proto byly podrobeny identifikační a obsahové analýze. Díky interpretaci všech základních informací (základní charakteristiky, formální a identifikační parametry) můžeme zjistit důležité okolnosti týkající se rozhodovacích procesů v oblasti tvorby zdravotní politiky kraje. Vzájemné srovnání času vzniku dokumentů nám umožňuje vytvořit chronologický obraz vzniku jednotlivých krajských koncepcí a jejich odraz v reálné police při rozhodování o rozpočtu či podpoře jednotlivých zdravotnických zařízení.

Snahou této diplomové práce bylo získání maximálního možného množství krajských materiálů používaných při tvorbě zdravotní politiky kraje a dalších dostupných materiálů od Ministerstva zdravotnictví a dalších institucí tak, aby bylo možné vzájemně ověřovat relevanci údajů a zároveň nedocházelo ke zkreslenému výběru díky nedostatečnému množství podkladů. S dokumenty je pracováno se stejnou důležitostí, aby nedošlo k subjektivnímu zkreslení na základě předvýběru dokumentů. Drobné problémy s dostupností se vyskytly při sběru prvotních analytických dokumentů z let 2003 – 2005, které jsou veřejně dostupné jen v omezené míře ať již z důvodů dlouhého odstupu nebo díky jejich tvorbě soukromými subjekty, jejichž veřejná publikace následně nebyla možná.

5. Vývoj zdravotnictví na území České republiky a Kraje Vysočina

Vývoj současné podoby českého zdravotnictví byl významně ovlivněn posledními velkými morovými epidemiemi a následně zákony z doby vlády Marie Terezie a Josefa II, od kdy můžeme vystopovat rozvoj moderní medicíny na našem území. Nově vzniklé Československo přebralo po válce kompletně infrastrukturu a organizaci zdravotních služeb, která byla systematicky budována a organizována od poloviny 19. století. Následný vývoj byl ovlivněn společenskými a politickými změnami 20. století, které se významně projeví i v organizační podobě zdravotnictví.

V této kapitole bude věnován prostor vzniku a vývoji zdravotnictví a jeho organizaci v průběhu minulých 150 let, které se stále v různých podobách projevují a ovlivňují v současné dění. Pro soudobou podobu zdravotnictví na území Kraje Vysočina nás bude zajímat především proces odstátňování a převodu majetku na kraje z počátku 21. století.

5.1 Historický vývoj českého zdravotnictví

Na základě zákona č. 68/1870 ř. z., jenž se týče organizace veřejné služby zdravotní, byla na území Rakousko-Uherska zřizována podle územního členění sítí okresních a krajských zdravotních orgánů představovaných císařským lékařem v čele se zemskou zdravotní radou. Úřední lékaři měli na starost sledování a kontrolu hygienických, protiepidemiologických a preventivních opatření. Solidární systém veřejného nemocenského pojištění byl v Rakousku-Uhersku zaveden v roce 1888 po vzoru Bismarckova modelu¹ v Německu na základě zákona č. 1/1888 ř. z., o pojišťování dělníků proti úrazu a zákona č. 33/1888 ř. z., o nemocenském pojištění dělnictva. (Bobek, 2009) Ještě na konci 19. století bylo pojištění rozšířeno o hornické pojištění. Organizačně existovalo několik stovek nemocenských pokladen, které pojištění zajišťovaly.

Tento model byl přejat Československem a dále rozvíjen. V roce 1932 bylo zákonem zavedeno odškodňování nemocí z povolání. Nemocenské pojištění bylo nově

¹ Bismarckův model – model zdravotnictví zavedený prvně v Německu za kancléře Otto von Bismarcka v 80. letech 19. století. Zdravotní služby jsou poskytovány na základě solidárního pojišťovacího modelu, kdy je povinně odváděno zdravotní pojištění.

upraveno od roku 1926 zákonem č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Dalšími zákony pak bylo pojištění rozšiřováno i na státní zaměstnance, horníky, železniční zaměstnance a další skupiny zaměstnanců, které byly původně upraveny specifickou legislativou. Pojištění prováděly nemocenské pojišťovny pod dozorem Ústřední sociální pojišťovny, předchůdkyně dnešní České správy sociálního zabezpečení.

Zdravotní systém byl založen na principu povinného zdravotního pojištění, které krylo i výlohy rodinných příslušníků. Zahrnuta byla základní zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři a veřejnými nemocnicemi. Nemocniční péče byla rozdělena do několika tříd, které odlišovaly různé nároky na hrazené služby z pojištění a zdravotní služby s příplatkem. (Bobek, 2009)

Po druhé světové válce se zdravotnictví ocitlo v komplikované situaci nedostatku personálu, zdravotnického vybavení a často i vhodných prostorových podmínek. Tím došlo k významnému zhoršení zdraví populace. Jeden z plánů na úpravu veřejného zdravotnictví *Návrh na novou úpravu veřejného zdravotnictví a školení zdravotnického personálu* známý také jako Albertův-Nedvědův plán, který měl vytvořit nový celostátní sociálně-zdravotní model, se však nepodařilo prosadit. (Janečková, 2009) Místo toho byl přijat zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, který zcela nově upravil nemocenské a důchodové pojištění a nemoci z povolání. Správu pojištění převzala nově zřízená Ústřední národní pojišťovna. Organizace pojištění a zdravotních služeb se začala přibližovat sovětskému modelu. Dle ustanovení § 193 zákona o národním pojištění se *„zdravotnická činnost národního pojištění včetně distribuce lékařů a jiných zdravotnických osob se provádí podle jednotného celostátního plánu zdravotní péče, který bude součástí celostátního hospodářského plánu.“* Zákon nastavuje parametry pro smluvní vazby mezi lékaři, nemocnicemi a pojišťovnou, která však neměla povinnost lékaře kontraktovat. Ambulantní péče byla poskytována soukromými lékaři, ostatní zdravotnická zařízení včetně výrobců léčiv byla zestátněna na základě zákona č. 185/1948 Sb., o zestátnění léčebných a ošetrovacích ústavů a o organizaci státní ústavní léčebné péče.

Již za tři roky dochází k další významné změně. Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, svěřuje starost o preventivní a léčebnou zdravotní péči do rukou státu, která je plánována, organizována a řízena Ministerstvem zdravotnictví a orgány státní zdravotní správy v rámci národních výborů. Orgány státní

zdravotní správy se staly jedinými zřizovateli a provozovateli zařízení léčebné a preventivní péče. Zákon znárodnil Ústřední národní pojišťovnu, vytvořil pro organizaci základní zdravotní péče zdravotní obvody a stanovil okresní a krajské nemocnice. Organizace zdravotních služeb byla dále upravena nařízením ministra zdravotnictví č. 24/1952 Sb., o organizaci preventivní a léčebné péče. Toto nařízení definuje jednotlivé typy zdravotnických zařízení a stanovuje jejich složky. Jako základní složka zdravotnického systému je definováno obvodní zdravotnické středisko, v okrese by pak měla být zřízena okresní nemocnice spolu se zdravotním střediskem. Nejvyšším stupněm byla krajská nemocnice se střediskem, případně fakultní nemocnice pokud je využívána pro výuku studentů lékařských fakult. Základní snahou byla centralizace jednotlivých složek do zřízených center.

Zákon o jednotné preventivní a léčebné péči dává do rukou ministra zdravotnictví většinu pravomocí ohledně organizace zdravotnictví v Československu. Zároveň dochází ke zrušení modelu povinného zdravotního pojištění a přechodu k Semaškovu modelu sovětského zdravotnictví².

K zabezpečení dostatečného počtu lékařů, kterých bylo po válce stále nedostatek, a zlepšení zdraví populace byly v roce 1945 založeny lékařské fakulty v Plzni a Hradci Králové jako pobočky pražské lékařské fakulty Univerzity Karlovy. O rok později byla obnovena Univerzita Palackého v Olomouci spolu se svou lékařskou fakultou. Na dlouhá léta poslední změna proběhla v roce 1953, kdy byla lékařská fakulta Univerzity Karlovy rozdělena na tři samostatné fakulty – fakultu všeobecného lékařství, fakultu dětského lékařství a lékařskou fakultu hygienickou.

Československé socialistické zdravotnictví dosáhlo „v prvním desetiletí své existence značných úspěchů. Povinná opatření týkající se oblasti hygieny a epidemiologie, preventivních prohlídek i očkování, která se stala součástí léčebné preventivní péče, přispěla k výrazným úspěchům československého zdravotnictví.“ (Janečková, 2009 : 121) Avšak v dlouhodobém horizontu začalo zdravotnictví výrazně zaostávat v mnoha oblastech. Zdůraznění sekundární prevence na úkor primární prevence vedlo k masivnímu rozšíření civilizačních chorob a s tím souvisejícím zaostáváním průměrné délky života za státy západní Evropy. (Rechel, 2014) Dosud

² Semaškův model – model centrálně řízeného státního zdravotnictví zavedený původně v Sovětském svazu ve 20. letech 20. století. Pojmenován je podle lidového komisaře zdravotnictví N. A. Semaška. Postupně byl zaváděn ve všech státech sovětského bloku.

přetrvávající značný rozdíl mezi nejlepšími Evropskými státy a Českou republikou zobrazuje obrázek č. 5.

Nová úprava československého zdravotnictví byla přijata zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, podle kterého „*úsilí o dosažení co nejlepšího zdraví lidu patří k hlavním úkolům socialistické společnosti*“. Zákon proklamuje snahu o vytváření zdravých životních podmínek a zdravého způsobu života, na které má být kladen zřetel při všech činnostech společnosti. Nově je upraveno postavení hygienické služby, občanům je ukládáno podílet se aktivně na podpoře zdraví a především je vymezeno fungování státního zdravotnictví, které i nadále poskytuje své služby bezplatně, v jednotnou soustavu uspořádané sítě zdravotnických zařízení. Řízení je svěřeno národním výborům a v případě některých speciálních pracovišť Ministerstvu zdravotnictví. Zákon setrval v platnosti bez novelizace až do roku 1990 a následně po více než padesáti novelizacích byl definitivně nahrazen až v roce 2012.

Zásadní proměnou prošlo zdravotnictví po roce 1989. První velká novelizace zákona o péči o zdraví lidu z roku 1991 umožnila svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení mimo vymezené obvody. Zdravotnická zařízení bylo nově umožněno provozovat i dalším subjektům mimo stát – okresům, obcím, fyzickým a právnickým osobám. Zdravotní služby byly opět poskytovány na základě povinného zdravotního pojištění, přičemž řízení zdravotnictví bylo svěřeno Ministerstvu zdravotnictví ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, profesními občanskými sdruženími a nově založenými profesními organizacemi – Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou a Českou lékárnickou komorou. Úkolem těchto organizací je zajišťovat odborné a etické působení jejich členů.

Od 1. ledna 1992 vstoupil v platnost zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, „*na jehož základě je poskytována potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady*.“ (ustanovení § 1 zákona č. 550/1991 Sb.) Plátcem pojistného byl dle tohoto zákona pojištěnec, zaměstnavatel nebo stát. V návaznosti na tento předpis zahájila svou činnost Všeobecná zdravotní pojišťovna a posléze i zaměstnanecké pojišťovny. Zdravotní pojišťovny vznikaly po celá 90. léta 20. století a postupně dochází k poklesu jejich počtu. Současný stav se dle dlouhodobého vývoje ustálil na sedmi zdravotních pojišťovnách, přičemž privilegované postavení má Všeobecná zdravotní pojišťovna, která je založena vlastním zákonem, vznikla první a zároveň vykonává funkce v přerozdělování pojistného pro další pojišťovny. Všeobecná

zdravotní pojišťovna zajišťuje zdravotní služby pro zhruba 60 % pojištěnců. Zaměstnaneckých pojišťoven funguje šest.

Od roku 1993 byla spuštěna privatizace zdravotnických zařízení podmíněná přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, upravujícím základní podmínky pro oprávnění, poskytování a úhrady zdravotní péče v soukromých zařízeních. Do soukromých rukou se postupně dostala kompletní sféra ambulantních specialistů.

Vznik České republiky nevyvolal zásadní změny ve zdravotnictví. Velká část změn po roce 1989 probíhala s mírnými odlišnostmi v jednotlivých částech federace a nebylo nutné zásadně systém měnit. Základní teze zdravotní péče udává Listina základních práv a svobod deklarující právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Avšak rychlá a překotná transformace zdravotnictví, zavádění nových technologií a postupů a přechod od centrálně řízeného hospodářství k tržním principům s nedostatečnými brzdami vedly „*ke zvyšování výdajů na zdravotnictví a nutnosti znovu systém reformovat.*“ (Janečková, 2009 : 123) Novou úpravu přinesl zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který částečně provizorně upravil vzniklé nedostatky a po řadě novelizací platí dosud. Zákon nově posouvá tvorbu sítě zdravotnických zařízení do rukou zdravotních pojišťoven, které garantují svým pojištěncům dostupnost zdravotních služeb. Pojistkou v případě potíží jsou různé nástroje v rukou Ministerstva zdravotnictví a krajů. Ministerstvo řídí zdravotnictví, je tvůrcem zdravotní politiky, garantem odborné úrovně a přímo spravuje fakultní nemocnice, strukturu hygienických stanic a dalších institucí. Zařízení podřízená ministerstvu představují cca 30 % nemocničních lůžek v České republice. (Janečková, 2009) Na kraje je přenesen výkon veřejné správy ve zdravotnictví a zabezpečení zdravotnické záchranné služby. Dostupnost zdravotní péče je definována na základě tří základních kritérií – geografické, časové a ekonomické dostupnosti.

Poslední rozsáhlá úprava zdravotního práva proběhla v roce 2012, kdy byl zrušen zákon o péči o zdraví lidu a vstoupily v platnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, a zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Již od roku 2000 se dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, řídí orgány ochrany veřejného zdraví, čímž byla problematika hygieny a ochrany zdraví oddělena ze společného zákona. Úprava zdravotnictví z roku 2012 přináší úpravu vztahů mezi poskytovateli

zdravotních služeb a pacienty, které vyzdvihuje na stejnou úroveň rozhodování. Zdravotnictví je také chápáno jako služba. V organizaci zdravotnictví ukládá zákon povinnost krajům zajistit lékařskou a lékárenskou pohotovost na svém území a stanovuje dojezdový čas od nejbližší základny zdravotnické záchranné služby. Zdravotnická záchranná služba je od roku 2001 součástí integrovaného záchranného systému. Další povinností krajů je příprava traumatologických plánů pro poskytování přednemocniční neodkladné péče v případě hromadných neštěstí.

5.2 Odstátnění nemocnic a vznik krajských nemocnic

Na základě snahy po odstranění státního monopolu a decentralizace sítě zdravotnických zařízení proběhla mezi lety 1992 a 1996 první vlna privatizace českého zdravotnictví. Během tohoto období došlo k odstátnění většiny ambulantní sféry a lékáren, které přešly nejčastěji do soukromých rukou, a také přibližně jedné třetiny lůžkových zdravotnických zařízení. Ty převzaly buď obce nebo privátní zřizovatelé (fyzické osoby, církve nebo jiné právnické osoby). Privatizace se také dotkla lání, distribučních sítí a obslužných zdravotnických provozů.

Původní plán z roku 1992 předpokládal privatizaci všech nemocnic s výjimkou největších. V roce 1996 byl zpochybněn natolik, že došlo k úplné zástavě tohoto procesu. Obavy z negativních dopadů na dostupnost a kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a z nedostatečné právní úpravy privatizovaných nemocnic, které byly převáděny v obchodní společnosti, privatizaci nemocnic zcela zastavily. Zároveň se vedla diskuse o několika desítkách malých nemocnic převedených na společnosti s ručením omezeným „*zda je možné, aby takovéto subjekty byly financovány z veřejných prostředků a zároveň z nich jejich majitelé jako z obchodních společností mohli čerpat případný dosažený zisk.*“ (Hanusová, 2004 : 24) Další fáze vývoje českého zdravotnictví je charakterizována pojmem restrukturalizace (Angelovská in Koňářiková, 2006), kdy byla obrácena pozornost na redukci naddimenzované lůžkové péče, která díky rychlému vývoji porevolučního zdravotnictví nabízela výrazně vyšší kapacity ve srovnání se světem. Vysokému počtu lůžek odpovídal také vysoký počet personálu nemocnic. Další kroky vedly k regulaci lékové politiky a zároveň investicím do přístrojového vybavení zdravotnických zařízení.

Tabulka č. 2: Zřizovatelé nemocnic, srovnání v letech 2000 a 2013.

	Ministerstvo zdravotnictví a další ministerstva	kraj	okres	město, obec	jiná právnická osoba	celkem
2000	25	0	82	33	59	199
2013	23	23	0	17	124	188

Zdroj: autor. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2003, 2004. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2014.*

Reforma územní správy byla zahájena v první fázi reformou veřejné správy. Ústavní zákon č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územně samosprávných celků, vstoupil v platnost 1. ledna 2000. Na jeho základě vzniklo 14 samosprávných krajů, na území okresů Havlíčkův Brod, Jihlava, Pelhřimov, Třebíč a Žďár nad Sázavou vzniknul Kraj Vysočina (tento název užívá od 1. srpna 2011, viz úvod). Ve druhé fázi reformy byly zrušeny k 1. lednu 2003 okresy a jejich pravomoci převedeny na kraje a obce s rozšířenou působností. Podle zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku ČR a zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků ČR, došlo k převodu majetku od státu (respektive okresů – úřadů státní správy) na kraje (samosprávu). Na Kraj Vysočina bylo převedeno do té doby pět okresních nemocnic a územní středisko Záchrané služby.

Převod 82 nemocnic s téměř 50 % kapacitou celkové lůžkové péče v České republice provázela od počátku řada problémů. Neexistovala celková koncepce zdravotnictví, kraje nebyly dostatečně připraveny na nové povinnosti a nebyla vhodně vyřešena právní forma postavení nemocnic, kdy se nemocnice staly příspěvkovými organizacemi krajů, což s sebou přinášelo řadu problémů. Obtížná situace také vznikla převodem nemocnic ze státní správy pod samosprávu, především v situaci, kdy zákon o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků ČR krajům nařizoval minimálně 10 let poskytovat v převedených zdravotnických zařízeních zdravotní péči. Majetek zároveň nebylo možné volně prodat, protože stejný zákon nařizoval nejprve nabídnout nepotřebný majetek bezúplatně státu. Omezení vlastnických práv samosprávy spolu s nelehkou ekonomickou situací zdravotnictví v letech 2002 – 2003 se stal základem ústavní stížnosti. Nález Ústavního soudu č. 211/2003 Sb. sporná usnesení zrušil a uvolnil krajům ruce při nakládání se svým majetkem. (Hanušová, 2004)

Převod nemocnic na kraje vytvořil situaci, kdy stát ztratil přímou vazbu na ovlivnění situace v krajských nemocnicích. Vývoj bývalých okresních nemocnic se mezi jednotlivými kraji nadále liší. Kraj Vysočina ponechal nemocnicím stejnou právní formu a tento stav trvá dodnes. V jiných krajích došlo k druhé fázi privatizace zdravotnických zařízení. Některé kraje pouze převedly nemocnice na právní formu obchodních společností, ale vlastníkem zůstal nadále kraj. Současný stav významně omezuje možnosti sjednocování poskytování zdravotní péče. Řízení je možné jen nepřímo prostřednictvím stanovování standardů poskytované péče, řízení dostupnosti zdravotních služeb a prostřednictvím zdravotních pojišťoven jako plátců zdravotních služeb.

Situaci krajských nemocnic dále zhoršila tíživá finanční situace českého zdravotnictví, která vygradovala v letech 2002 a 2003. Kombinací mnoha faktorů počínaje nadměrným navyšováním platů zdravotníků, neefektivním poskytováním zdravotní péče, zpětným vyúčtováním zálohových plateb za zdravotní péči a dalšího došlo k extrémnímu nárůstu zadlužení nemocnic. Řešení provázelo vzájemné obviňování vlády s kraji, zda za situaci můžou ještě bývalé okresy nebo nepřipravené kraje. Východiskem se ukázaly jednání o oddlužení nemocnic. Ministryně zdravotnictví Marie Součková navrhovala částečné oddlužení za splnění několika podmínek, mezi nimi provedení auditů účetnictví nemocnic se stanovením prokazatelné ztráty nemocnic, předložení zdravotních plánů krajů, na jejichž základě dojde následně k optimalizaci zdravotní sítě, a především individuální míra oddlužení. Audity vyčíslily ztráty nemocnic až na 6 miliard Kč, Ministerstvo zdravotnictví však bylo ochotno proplatit jen část dluhů. (Koňářiková, 2006) Konečnou částku schválila vláda 12. listopadu 2003 ve svém usnesení č. 1153 o zabezpečení finančních prostředků k úhradě závazků zdravotnických zařízení zřízených bývalými okresními úřady. Ve dvou částech (ke konci roku 2003 a v roce 2014) dostaly kraje a města celkem téměř 3,5 miliardy Kč, na Kraj Vysočina připadlo celkem téměř 182 milionů Kč. (usnesení vlády č. 1153/2003) Obě strany zároveň uzavřely *Memorandum k dořešení závazků zdravotnických zařízení zřízených bývalými okresními úřady*, kterým se zřikají dalších finančních požadavků.

5.3 Zdravotnická zařízení v Kraji Vysočina

Kraj Vysočina disponuje rovnoměrně distribuovanými zdravotnickými zařízeními. Celkem se v kraji nachází šest nemocnic – po jedné v každém bývalém okresním městě mimo Žďár nad Sázavou, kde se bývalá okresní nemocnice nachází v Novém Městě na Moravě. Tyto nemocnice byly v roce 2003 převedeny na Kraj Vysočina. Šestá nemocnice, Nemocnice svaté Zdislavy, a. s., se nachází v Mostišti u Velkého Meziříčí a jedná se o jedinou zcela privátní nemocnici v kraji, která poskytuje kompletní lůžkovou zdravotní péči. Nemocnice Mostiště se dále specializuje na komerční poskytování zdravotních služeb v oboru robotické a miniinvazivní chirurgie, což ji významně odlišuje od ostatních nemocnic v kraji.

Slovo nemocnice mají v názvu také další tři zdravotnická zařízení v kraji – Nemocnice Humpolec a Nemocnice Ledec-Háj, které spadají spolu s Plicní léčebnou Humpolec a několika dalšími ambulantními zařízeními pod Vysočinské nemocnice, které provozuje společnost MEDIRECO a.s. Třetí institucí je Nemocnice Počátky s. r. o. Nejedná se však o nemocnice, ale léčebny dlouhodobě nemocných, které poskytují následnou léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči. Léčebna v Humpolci disponuje 104 lůžky.

Historie Nemocnice Jihlava sahá hluboko do středověku, kdy již ve 13. století existovaly za hradbami města dva špitály. Rozvoj zdravotnictví je v Jihlavě spojován s umístěním vojenské posádky, vybudováním městské nemocnice a v roce 1850 otevřením všeobecné nemocnice, která poskytovala ve své době nejmodernější léčbu, přičemž její historická budova slouží dodnes. Následným rozšiřováním a přístavbami získala nemocnice současnou podobu. V současnosti disponuje nemocnice více než 700 lůžky a nabízí kompletní zdravotnické služby. Je zařazena do celorepublikové sítě kardiovaskulárních center – pracoviště II. stupně, má statut iktového, onkologického, traumatologického a perinatologického centra a jako jediná nemocnice v kraji disponuje pracovištěm magnetické rezonance. Psychiatrická nemocnice v Jihlavě, příspěvková organizace Ministerstva zdravotnictví, je druhým lůžkovým poskytovatelem zdravotnických služeb v Jihlavě, disponuje kapacitou 600 lůžek a poskytuje péči pro celý Kraj Vysočina, vyjma okresu Havlíčkův Brod, a navíc pro okresy Jindřichův Hradec a Tábor.

Kořeny Nemocnice Havlíčkův Brod sahají také hluboko do středověku. První moderní nemocnice byla vystavěna v roce 1858, ale poměrně záhy přestala její kapacita

vyhovovat. Moderní dějiny Všeobecné veřejné nemocnice v Německém Brodě sahají do roku 1897, kdy byla zcela nově vystavěna a sloužila nejen okresu, ale i širokému okolí, ve kterém nemocnice nebyla. V současnosti nemocnice disponuje 534 lůžky na 19 odděleních. Z nemocnic Kraje Vysočina se jí podařilo jako první získat akreditaci. V rámci dětského oddělení působí perinatologické centrum intermediární péče. V blízkosti nemocnice byla ve 30. letech 20. století vystavěna psychiatrická léčebna, dnes Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, která je přímo řízena Ministerstvem zdravotnictví. V dnešní době má 850 lůžek a její spádové území zahrnuje celé území bývalého Východočeského kraje, zvláště pak v oborech dětské psychiatrie a protialkoholního léčení.

Nemocnice v Třebíči odvíjí svou historii už od 15. století, moderní éra se pak počítá od roku 1903, kdy byla otevřena všeobecná veřejná nemocnice. V současné době nemocnice disponuje 531 lůžky. Obdobnou historii má i Nemocnice Pelhřimov, jejíž budova byla dokončena také v roce 1903. V dnešní době disponuje 10 lůžkovými odděleními s 340 lůžky.

Nejmladší krajskou nemocnicí je Nemocnice v Novém Městě na Moravě, jejíž moderní historie se počítá od roku 1940, kdy byly otevřeny její nové pavilony. Nové Město na Moravě bylo až do poloviny 50. let 20. století větším městem než Žďár nad Sázavou, který se později výrazně rozrostl díky výstavbě nových průmyslových podniků. Vzhledem k malé vzdálenosti mezi městy byla dále rozšiřována Nemocnice v Novém Městě na Moravě, která poskytuje lůžkovou péči pro celý bývalý okres. V současnosti má nemocnice jako druhá na Vysočině statut iktového centra a disponuje téměř 449 lůžky, přičemž dalších 160 lůžek zahrnuje léčebna TRN Buchtův kopec, která rovněž spadá pod nemocnici.

V roce 2003 se v Kraji Vysočina nacházelo celkem 1 188 zdravotnických zařízení, z toho 6 nemocnic s 2 920 lůžky a 12 odborných léčebných ústavů (zahrnuje psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných, léčebny TRN, rehabilitační ústav a další odborné léčebné ústavy) s 2 222 lůžky, přičemž celé dvě třetiny připadly na psychiatrické nemocnice. (Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2003)

V roce 2013 bylo v Kraji Vysočina registrovaných 1 284 poskytovatelů zdravotních služeb, z toho šest nemocnic s 2 495 lůžky (90 % z nich pro akutní péči) a 11 odborných léčebných ústavů s 1 945 lůžky, 69 % těchto lůžek připadá na psychiatrické nemocnice. (Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2013)

6. Vznik koncepčních dokumentů Kraje Vysočina

V Kraji Vysočina bylo od roku 2003 připravováno hned několik strategických dokumentů zaměřených na zdravotnictví. V této kapitole se zaměříme na faktory a podněty, které vedly kraj k jejich přípravě. Zajímá nás především, které dokumenty Kraj Vysočina připravil a jak probíhal jejich vznik, případně co jejich vznik doprovázelo.

Koncepční činnost „na centrální úrovni se po roce 1992 stala jedním ze slabých míst české zdravotní politiky,“ (Háva, 2003: 4) a to přesto, že zpracování koncepcí rozvoje svěřených oblastí patří mezi povinnosti ministerstev dle zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. V rezortu zdravotnictví vznikla v minulých letech celá řada strategických dokumentů, jejich životnost ale byla obvykle velmi krátká. Obzvláště v období let 1999 – 2005, kdy došlo k odstátnění nemocnic a rozvoji zásadních ekonomických problémů ve zdravotnictví, vznikly hned čtyři koncepce a jako dokument vytyčující dlouhodobou zdravotní strategii České republiky o sobě hovoří také strategie Zdraví 21 schválená v roce 2002. „*Nejobecnější cíl zdravotní politiky, kterým je zlepšení zdravotního stavu obyvatel, by měly sledovat všechny koncepce péče o zdraví.*“ (Staňková, 2004 : 14) Takovými dokumenty na úrovni Ministerstva zdravotnictví jsou pouze strategie Zdraví 21 a Zdraví 2020, ostatní koncepční dokumenty se věnují především reformě zdravotního systému a jeho ekonomickým parametrům. I díky těmto nedořešeným otázkám čeká české zdravotnictví na dlouhodobý koncepční dokument dosud.

6.1 Zdravotní plán kraje Vysočina

Zdravotní plány krajů byly poprvé zmiňovány v debatách o oddlužení nemocnic v letech 2002 a 2003 a měly se stát nástrojem strategického řízení ve zdravotnictví. Syntézou jednotlivých zdravotních plánů na centrální úrovni měla vzniknout národní strategie. K tomuto plánu ale nakonec nedošlo. V rámci stabilizace zdravotnictví hledalo Ministerstvo zdravotnictví různé cesty, jednou z nich byl návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování předložený vládě v říjnu 2003. Návrh zákona a prováděcí vyhlášky o doporučené síti zdravotnických zařízení stanovovaly povinnost tvorby zdravotních plánů a zároveň určovaly základní strukturu strategie. Po nástupu nového ministra zdravotnictví Jozefa Kubinyiho v dubnu 2004 byl návrh

zákona stáhnut z projednávání a nakonec zcela odložen. Přesto ještě do konce roku 2003 stihly zdravotní plány dokončit v Libereckém, Ústeckém, Karlovarském a Jihočeském kraji, které však díky rychlé práci a absenci základních podkladových analýz vykazují jisté nedostatky. (Šedo, Marx, 2009)

V Kraji Vysočina byla tvorba zdravotního plánu zvažována již na podzim 2002, kdy na jednání zastupitelstva dne 26. listopadu 2002 zazněl návrh „na vytvoření krajské koncepce o budoucí podobě zdravotnictví v kraji.“ (Zápis ze zasedání zastupitelstva kraje č. 7/2002) Výzvou pro tvorbu zdravotního plánu byly dopisy náměstka ministryně zdravotnictví z 28. března a 9. června 2003 v souvislosti s chystaným oddlužením nemocnic a chystaným zákonem o zdravotnických zařízeních. Doporučení Ministerstva zdravotnictví a zároveň poslední z dopisů navrhovaly předpokládaný obsah zdravotního plánu a zároveň základní body osnovy, kterých by se měl plán držet. Zastupitelstvo kraje osnovu schválilo na svém zasedání 23. září 2003 úplnou většinou, za další zpracování byl odpovědný odbor sociálních věcí a zdravotnictví s termínem 30. dubna 2004. Osnova plánu zahrnovala jednak vypracování studií aktuálního stavu zdravotnictví v kraji (přehled sítě a poskytovatelů zdravotních služeb, zhodnocení technického stavu objektů a posouzení lidských zdrojů), analýzu kraje a obyvatelstva (demografický a populační vývoj, zdravotní stav obyvatelstva) a na závěr stanovení návrhu sítě zdravotnických zařízení dle jednotlivých druhů poskytované péče a vytvoření souboru konkrétních opatření k dosažení stanovených cílů.

První podklady při tvorbě zdravotního plánu kraje vznikly ještě v říjnu 2003. Studii *Jak jsme na tom se zdravím v kraji Vysočina* zpracoval Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě a přináší základní srovnání statistických údajů o nemocnosti a úmrtích v kraji ve srovnání s celorepublikovými statistikami. Další analytické materiály zpracovával Institut zdravotní politiky a ekonomiky (dále IZPE), vědeckovýzkumná instituce v oboru veřejného zdravotnictví založená Ministerstvem zdravotnictví v roce 2000. V roce 2006 však byla opětovně zrušena. IZPE připravil pro Kraj Vysočina hned několik studií. V roce 2003 vznikla samostatně nepublikovaná *Analýza politiky rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví kraje Vysočina* a v červnu 2004 následovala práce *Zhodnocení demografického vývoje kraje Vysočina*, kde je analyzována populace kraje spolu s trendy vývoje až do roku 2020 v souvislosti problematikou sociální a zdravotní politiky. Třetí prací byla *Analýza sítě zdravotnických zařízení v kraji Vysočina* z ledna 2005, která se podrobně věnuje jednotlivým zdravotnickým zařízením v kraji včetně

krajských nemocnic s porovnáním jejich velikosti, personálním zabezpečením a počtem vykázaných ošetření. Samostatná kapitola je věnována lidským zdrojům ve zdravotnictví. Socio-ekonomickou analýzu ke zdravotnímu plánu připravoval odbor sociálních věcí a zdravotnictví, dílčí část byla přílohou k osnově zdravotního plánu kraje v září 2003, ale finální podoba je k dispozici až z listopadu 2007.

Již 2. června 2004 byl zastupitelstvu kraje na pracovním semináři předložen rozpracovaný materiál zdravotního plánu kraje. *„Analytické materiály byly členy zastupitelstva uznány za dostačující zdroj pro základní těžiště návrhu restrukturalizace zdravotnických zařízení zřizovaných krajem Vysočina.“* (ZK-06-2004-49) Řešení dílčího zacílení a z toho plynoucích opatření však ještě nebylo dopracováno. Materiál pro jednání zastupitelstva dále uvádí, že dílčí opatření jsou vedením jednotlivých nemocnic řešena již v průběhu roku 2004. Zastupitelstvo kraje na svém jednání 26. října 2004 rozhodlo o prodloužení termínu zpracování zdravotního plánu kraje do konce roku 2005. Stostránková pracovní verze Zdravotního plánu kraje Vysočina byla předložena opětovně zastupitelstvu v prosinci 2005, nedostatkem materiálu byla aktualizovaná a dosud nedokončená strukturální analýza zdravotnických zařízení zřizovaných Krajem Vysočina. Tento materiál pro kraj zpracovávala společnost STAPRO, s. r. o. Vzhledem k nutnosti aktualizování materiálu a jeho finální diskuse s jednotlivými zdravotnickými zařízeními zastupitelstvo kraje souhlasilo s prodloužením termínu do konce dubna 2006.

V březnu 2006 zastupitelstvo kraje přerušilo práce na zdravotním plánu, přestože byly dokončeny poslední zbývající analýzy – analýza kritických míst ve výkonnosti nemocnic, porovnávána výkonnost nemocnic v poskytování zdravotních služeb a strukturální analýza. Důvod přerušení spočíval v přípravě nové legislativy, která by zásadně změnila charakter zdravotnictví. Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, vytvářel zcela novou úpravu právní osobnosti zdravotnických zařízení. Zdravotnická zařízení, kterých se nová úprava týkala, byla uvedena v příloze a obsahovala všech pět nemocnic Kraje Vysočina. Kromě nového právního postavení zákon dále vracel celou řadu pravomocí do rukou Ministerstva zdravotnictví, které by nově mohlo opětovně neziskovým nemocnicím nařizovat jaký typ péče a pro jaké území budou poskytovat, kolik budou mít jednotlivé nemocnice lůžek apod. Byla obnovena spádovost založená na území obcí a kraj měl povinnost zajistit *„aby na území kraje bylo v každém okrese umístěno nejméně*

I veřejné zdravotnické zařízení.“ (ustanovení § 34 zákona č. 245/2006 Sb.) Zákon také nově vytvářel síť veřejných zdravotnických zařízení. I přes veto prezidenta republiky Václava Klause byl zákon schválen, avšak jeho zásadní části byly zrušeny nálezem Ústavního soudu č. 483/2006 Sb. s odkazem na neoprávněné zasahování do vlastnictví a zásahů do samosprávy. Vzhledem k uvedeným neočekávaným důsledkům při projednávání zákona bylo další projednávání zdravotního plánu pozastaveno, ale dílčí úkoly pro ředitele nemocnic při zvyšování efektivity zdravotní péče a řešení zadlužení nemocnic pokračovaly dále.

Ke zdravotnímu plánu se vrátila rada kraje v listopadu 2006 a rozhodla o jeho dopracování prostřednictvím nově sestavné pracovní skupiny. Na základě podrobného harmonogramu měly být veškeré práce dokončeny v prvním pololetí 2007. V červnu 2007 projednávalo zastupitelstvo verzi 1.1 *Zdravotního plánu kraje Vysočina*, který zastupitelstvo vzalo na vědomí a termín pro dokončení finální podoby odložilo o dalšího půl roku díky čekání na vyjádření ze strany zdravotních pojišťoven a srovnání plánu s jejich stanovisky. V prosinci 2007 zastupitelstvo kraje schválilo *Zdravotní plán kraje Vysočina verze 1. 2*, jehož nedílnou součástí je i *Socio-ekonomická analýza ke zdravotnímu plánu, verze 1. 2*. Nutno dodat, že Zdravotní plán hovoří jen o „*konečné verzi první etapy zpracování Zdravotního plánu kraje Vysočina. [...] a navrhuje strukturu dokumentu, která bude následně rozpracovaná do jednotlivých projektů pro realizaci.*“ (Zdravotní plán, 2007b : 25)

6.2 Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina

Již v roce 2004 se Kraj Vysočina stal členem Národní sítě zdravých měst a regionů a zapojil se do realizace mezinárodního projektu WHO Zdravé město a Agendy 21 na regionální úrovni. V květnu 2007 rada kraje souhlasila s přípravou Plánu zdraví kraje Vysočina jako jednou z aktivit vyplývajících z členství v Národní síti zdravých měst a regionů. „*Plán zdraví je koncipován jako krátkodobý akční plán, na dobu maximálně 2 let, přičemž by měl být prvním krokem k systematickému přístupu Zdravého kraje Vysočina k podpoře zdraví jeho obyvatel.*“ (RK-18-2007-30) Rada pověřila pracovní skupinu přípravou plánu s tím, že na základě analytických studií zdravotního stavu obyvatelstva má stanovit krátkodobý plán preventivních aktivit. Zaměření na preventivní aktivity mělo doplnit vznikající *Zdravotní plán kraje*

Vysočina. Vzájemnou koordinaci vzniku měla zajistit účast zástupce odboru sociálních věcí a zdravotnictví v pracovním týmu. Přípravou plánu byl pověřen odbor regionálního rozvoje.

Po řadě dílčích setkání a provedení několika analýz (např. *Analýza zdravotního stavu obyvatel kraje Vysočina*) byl zastupitelstvem kraje schválen v březnu 2008 *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina. Koncepční dokument kraje Vysočina pro období 2008 – 2015*. Tento dokument vybral 8 prioritních témat, která následně dále rozpracovává a stanovuje cíle k dalšímu naplňování programu. Součástí schváleného dokumentu je *Akční plán na období 2008 – 2009*, který v rámci jednotlivých cílů obsahuje konkrétní aktivity navrhované pro uskutečnění v rámci kraje spolu s určením odpovědných orgánů a přibližným termínem jejich realizace. K vyhodnocení programu byly stanoveny ke každé z priorit indikátory, které měly být průběžně vyhodnocovány.

Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina dále doprovázel schválený dokument *Zásady Zastupitelstva kraje Vysočina pro poskytování dotací na podporu naplňování a propagace principů místní Agendy 21 a Zdraví 21 v kraji Vysočina*, který podporoval zapojení měst, škol, místních spolků a dalších subjektů do naplňování priorit programu. Na základě zásad kraje mohli žadatelé podávat žádosti o finanční podporu na realizaci svých projektů v souladu se strategií vytyčenou krajem.

6.3 Program Zdraví 2020 pro Kraj Vysočina

K nejnovějším koncepčním dokumentům zaměřeným na zdraví v Kraji Vysočina patří v březnu 2016 zastupitelstvem kraje schválený *Program Zdraví 2020 pro Kraj Vysočina* s podtitulem střednědobý plán pro období 2016 – 2020. Zadání pro tento plán vyplynulo z rozhodnutí rady kraje ze září 2015, která zadala týmu zpracovatelů aktualizovat *Program Zdraví 21 pro Kraj Vysočina*, který byl zamýšlen jako koncepční program na období 2008 – 2015. V návaznosti na *Zprávu o zdravotním stavu obyvatelstva Kraje Vysočina 2014* zpracovanou Krajskou hygienickou stanicí Kraje Vysočina a *Analýzu životního stylu a zdraví mládeže v Kraji Vysočina 2012* zpracovanou občanským sdružením Zdravá Vysočina se podařilo ve velmi krátkém čase připravit zcela nový strategický dokument. Vzhledem k vývoji zdravotních programů WHO a vládou v lednu 2014 schváleném programu *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, byl nový dokument koncipován

nikoli jako aktualizace programu Zdraví 21, ale jako zcela nový dokument vycházející z realizovaných projektů a předchozím programem definovaných základů. Program Zdraví 2020 se zároveň odkazuje na *Zdravotní plán Kraje Vysočina*, který se snaží doplnit důrazem na preventivní opatření. Koncepce stanovuje osm prioritních témat, z nichž sedm je totožných s programem Zdraví 21, nahrazena byla prioritou mobilizace partnerů pro zdraví prevencí infekčních onemocnění. Jednotlivé priority jsou členěny na dílčí cíle, ze kterých vychází další opatření určené k realizaci a podpoře cílů. Součástí programu je seznam konkrétních aktivit s přiřazenými garanty a indikátory pro jejich následné vyhodnocení po uzavření období. Dílčí vyhodnocení programu má být připravováno každý rok. Program zároveň nastavuje rámec pro možné čerpání prostředků z Evropské unie zaměřené na ochranu a podporu zdraví.

Vzhledem k velmi rychlé přípravě, termínu schválení koncepce a teprve chystanému začátku realizace aktivit bude programu Zdraví 2020 věnována jen okrajová pozornost v rámci dalšího pojednání. Program však poukazuje na neustálý vývoj zdravotní politiky kraje, která se snaží pracovat i s nejnovějšími programy podpory zdraví.

6.4 Koncepce eHealth kraje Vysočina

Zdravotní plán Kraje Vysočina v kapitole kvalita služeb poukazuje na příležitost zdravotního systému v dalším zkvalitňování služeb prostřednictvím zavádění elektronizace zdravotnictví formou projektů eHealth. Na základě podpory a modernizace informačních a výpočetních technologií bylo rozhodnuto o přípravě vize eHealth, kdy od roku 2009 probíhaly dílčí činnosti v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V březnu 2009 byla jmenována pracovní skupina pro eHealth zaštitěná odborem zdravotnictví (v lednu 2009 došlo k rozdělení odboru sociálních věcí a zdravotnictví na odbor sociálních věcí a odbor zdravotnictví) a odborem informatiky. V březnu 2010 rada kraje schválila *Koncepci eHealth kraje Vysočina 2009 – 2013*. „Předmětem této koncepce je vedle základní analýzy současného stavu problematiky také definice základních priorit, identifikace nezbytných zdrojů a návrh akčního plánu pro rok 2010.“ (RK-09-2010-16) Dokument vychází z několika podpůrných materiálů, především *Analýzy vybraných oblastí eHealth* a *Právního rozboru záměrů eHealth pro kraj Vysočina*. Cílem dokumentu je charakterizovat aktuální stav v aplikaci

informačních a komunikačních technologií napříč celou oblastí zdravotnictví kraje a následně tyto poznatky aplikovat při zvyšování efektivity poskytování péče, zvýšení bezpečnosti poskytované péče, zavedení standardizace a centrálních nákupů a sjednocení jednotlivých technologií v rámci kraje. Koncepce navrhuje takové změny, které povedou k výraznému zlepšení a zefektivnění v oblasti zdraví a poskytované zdravotní péče. Součástí koncepce je akční plán pro rok 2010 s konkrétními dílčími úkoly pro toto období a také závazek jeho každoroční aktualizace a vyhodnocení.

Příprava koncepce eHealth vychází z širších základů než by se mohlo zdát při základní snaze o integraci a zvýšení efektivity informačních systémů krajských nemocnic a zdravotnické záchranné služby. Snaha o vytváření digitální společnosti a zajištění vysoké konkurenceschopnosti opřené o znalostní ekonomiku a modernizaci vychází z Lisabonské strategie, programu Evropské unie přijatém v roce 2000 k dosažení nejdynamičtější a nejkonkurenceschopnější ekonomiky založené na znalostech do roku 2010. Tento plán později následoval program Evropa 2020. Pro oblast moderních technologií a digitalizace bylo připraveno několik strategií, mezi nimi například akční plány eEurope 2002, eEurope 2005 a Digital Agenda. Vysoká priorita je určena systémům elektronického zdravotnictví – eHealth zaměřených na vytvoření jednotné legislativy, zajištění vysokých standardů bezpečnosti a především podpoře a zlepšování prevence, diagnostiky a léčby. Souhrn těchto postupů nabízí nejnověji *Akční plán eHealth na léta 2012 – 2020*, strategický plán Evropské unie koordinující zavedení elektronického zdravotnictví. (Pokorná, 2011) Digitalizace ve zdravotnictví probíhá dosud v Evropě rozličným tempem s rozdílnou úspěšností. Typické je prozatím nízké využívání elektronických systémů ze strany pacientů.

Elektronizace státní správy probíhá i v České republice a nevyhýbala se ani zdravotnictví, nikdy se však nedostala mezi nejdůležitější priority resortu. Již od roku 1997 používá ministerstvo první elektronické verze Národního zdravotnického a informačního systému. V návaznosti na směrnice Evropské unie došlo od roku 2004 k významné elektronizaci s možností přeshraniční výměny dat. Významný pokrok nastal v roce 2006 vytvořením Komise pro elektronizaci dat a dokumentů se snahou po zajištění vyhodnocování dat o zdravotních pojišťovnách a jednotlivých zdravotních plánech. V roce 2007 následovalo vytvoření mezirezortního koordinačního výboru pro zavedení eHealth. O rok později byl prezentován materiál *Věcné záměry projektů eHealth (verze 1.7.)*, který shrnoval základní teze v oblasti zlepšování zdravotního

stavu obyvatelstva, zefektivnění zdravotních služeb a zvýšení kvality a bezpečí poskytované péče. Program se komplexně zaměřuje na vytvoření národní politiky v oblasti elektronizace zdravotnictví, vytvoření potřebné legislativy a standardů. Pro vytváření a rozvoj projektů elektronické zdravotnické dokumentace, elektronického systému úhrady zdravotní péče, vzdělávání, preskripce, zdravotních registrů atd. navrhuje materiál tvorbu spolehlivé a bezpečné komunikační sítě s vzájemným meziresortním propojením informací. Materiál vytyčuje dílčí oblasti pro další rozvoj a možnost přípravy projektových žádostí, díky kterým by bylo možné získat další prostředky na rozvoj eHealth. Na věcné záměry navázal dokument *Projekty eHealth v kontextu integrovaných operačních programů pro období 2007 – 2013*, který konkretizoval jednotlivé projekty, příjemce a možnosti jejich finanční podpory.

Celorepubliková koncepce eHealth nebyla dosud vytvořena. Realizováno bylo jen několik dílčích projektů (elektronická preskripce, Národní informační systém sledování nákladů a další). Po krátkodobém vyřazení komplexního pojetí eHealth z priorit Ministerstva zdravotnictví bylo v roce 2014 rozhodnuto o přípravě *Národní strategie elektronizace zdravotnictví*, která bude zároveň sloužit k podpoře *Národní strategie Zdraví 2020*. Posledním výstupem projektu je *Vize elektronického zdravotnictví ČR* schválená v lednu 2015, na kterou navazují práce pracovní skupiny vytvářející národní koncepci eHealth.

Koncepce eHealth Kraje Vysočina je pravidelně aktualizována. Základní charakteristiky nejnovější koncepce v podobně charty projektu *Strategie rozvoje elektronických služeb v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče Kraje Vysočina na období 2016 – 2020* schválila rada kraje v prosinci 2015. Podrobnější rozpracování včetně samotného strategického dokumentu a akčního plánu měly být předloženy ke schválení na přelomu let 2015 a 2016. Do května 2016 se tak však nestalo. I z tohoto důvodu bude dále pracováno jen s druhou verzí koncepce eHealth z let 2012 – 2015, na kterou by měl nový plán plynule navázat.

6.5 Další koncepční dokumenty Kraje Vysočina

Kraj Vysočina disponuje kromě koncepčních dokumentů zaměřených čistě na zdravotnictví i dalšími strategickými dokumenty, které přímo či nepřímo také míří na zdravotní politiku. Jedním ze základních koncepčních dokumentů kraje je *Program*

rozvoje Kraje Vysočina, jehož poslední verze byla schválena zastupitelstvem kraje v březnu 2015. Tento dokument kraj pravidelně reviduje už od doby svého vzniku a stanovuje v něm vizi kraje jako zdravého kraje, který bude atraktivním místem nejen pro práci, ale i volný čas. Na základě analýz a jejich vyhodnocení je stanoveno 5 prioritních oblastí, v rámci kterých jsou dále stanoveny dílčí opatření a aktivity. Mezi prioritní oblasti patří oblast *moderní infrastruktura a mobilita*, od které je odvozován projekt eHealth, oblast *zdravé životní prostředí a kvalitní a dostupné veřejné služby*, které zahrnují i dostupnou zdravotní péči a prevenci zdraví. Ve zdravotnictví je kladen důraz na oblasti kvality a efektivity poskytované zdravotní péče, vytváření optimální struktury zdravotnických zařízení a zvyšování povědomí obyvatel o významu prevence a ochraně zdraví. K prosazovaným aktivitám patří zvyšování efektivních procesů řízení zdravotních zařízení, sjednocování a standardizace krajského zdravotnictví, ale i rozvoj geriatrické péče, vytváření účinného provazování zdravotní a sociální péče s rozvojem hospicové péče a nepříliš určitý důraz na prevenci a ochranu zdraví. *Program rozvoje Kraje Vysočina* se v oblasti zdravotnictví odkazuje na *Zdravotní plán kraj Vysočina* z roku 2007 a připravovaný *Strategický plán rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina*, který však dosud nebyl dokončen.

V roce 2012 schválilo zastupitelstvo kraje *Strategii Kraje Vysočina do roku 2020*, střednědobý strategický dokument na roky 2014 až 2020. Strategie nastavuje základní prioritní oblasti v souvislosti novým programovým obdobím Evropské unie. Dokument se věnuje všem hlavním oblastem krajské politiky a v oblasti zdravotnictví stanovuje tři klíčové aktivity – modernizaci technického zázemí a přístrojového vybavení krajských zdravotnických zařízení, stabilizaci lidských zdrojů a zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb. V návaznosti na to jsou vybrány bez bližší specifikace dva strategické projekty – rekonstrukce interního pavilonu Nemocnice Jihlava a výstavba pavilonu chirurgických oborů v Nemocnici Třebíč. Oblast podpory elektronických služeb zmiňuje elektronizaci zdravotnictví jako další z podporovaných oblastí. Strategie ve svém závěru obsahuje tzv. Karty strategických projektů kraje – konkrétní rekapitulaci strategických projektů včetně podrobného popisu a základního rozpočtu s možností návaznosti na čerpání evropských fondů.

Do oblasti zdravotnictví také zasahují strategie z oblasti sociálních služeb. Od roku 2010 kraj pravidelně každé dva roky aktualizuje *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina*, který je připravován na základě zákona

č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Program se snaží o vzájemnou koordinaci a spolupráci zdravotních a sociálních služeb při péči o zdravotně postižené a také v oblasti hospicové péče. Poslední verze dokumentu z roku 2015 již příliš konkrétních propojení neuvádí. Zdravotnictví se také dotýká *Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016 – 2019*. Oblast zasahující do oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví je však řešena z pohledu krajského zdravotnictví jen okrajově a není nijak více provázána s ostatními strategickými dokumenty kraje.

7. Koncepční dokumenty zdravotní politiky kraje

V této kapitole bude podrobně zkoumán obsah jednotlivých strategických dokumentů Kraje Vysočina týkajících se zdravotní politiky, jejichž vznik popisuje předchozí kapitola. Zaměříme se především na jednotlivé cíle, které dokumenty stanovují, a východiska, která k vytčení cílům vedla. Dále nás bude zajímat vývoj jednotlivých dokumentů, do jaké míry dokáží odrážet učiněné kroky a jak pracují s vyhodnocením svých cílů a jestli jsou na základě evaluace přehodnocovány a případně měněny. V rámci komplexního posouzení budeme hledat návaznosti, propojení a odkazy mezi jednotlivými dokumenty.

7.1 Zdravotní plán kraje Vysočina

Zdravotní plán kraje Vysočina ve verzi 1.2 byl schválen v listopadu 2007, přičemž jeho tvorba začala již v roce 2003. Plán vychází z celé řady analytických podkladů, které byly vytvořeny během několika let a pokrývají základní osnovu zdravotního plánu, která byla definována v roce 2003 na základě návrhu zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování. Jednalo se o posouzení a zhodnocení demografie kraje, zdravotního stavu obyvatelstva, přehled stávajícího stavu sítě zdravotnických zařízení, včetně posouzení technického stavu jednotlivých zařízení a lidských zdrojů ve zdravotnictví. Dále byly analyzovány ekonomické ukazatele poskytovaných zdravotních služeb, výkonnost jednotlivých zdravotnických zařízení a dostupnost zdravotních služeb (geografická i dopravní). Přílohou zdravotního plánu je *Socio-ekonomická analýza* spolu s dalšími dokumenty, která velmi podrobně shrnuje jednotlivé analytické dokumenty a podává komplexní obraz o zdravotnictví v Kraji Vysočina s výhledem na další období. Shrnutí výsledků podkladových materiálů je obsahem první části plánu. Základními východisky pro zdravotní plán je „*stanovení optimální struktury zdravotní péče, zajištění dostupnosti péče, dosažení co nejvyšší kvality zdravotní péče, řešení ekonomických problémů.*“ (Zdravotní plán 2007b: 4)

Příprava zdravotního plánu byla pojata jako řada navazujících procesů vedoucích v cyklický proces směřující k zajištění komplexnějších a dokonalejších zdravotních služeb. Dynamický a nikdy nekončící proces symbolizuje snahu po neustálém zlepšování zdravotních služeb v rámci kraje, kdy po aplikaci zdravotního plánu dojde k vyhodnocení realizované politiky a na jejím základě bude zdravotní plán

upraven. Schéma na obrázku č. 3 odkazuje také na rizika, která socio-ekonomická analýza uvádí, především je myšlena očekávaná změna legislativy a následná nutnost předefinování zdravotní politiky kraje. Charakteristika přípravy jako cyklického procesu se poprvé objevuje v *Analýze sítě zdravotnických zařízení v kraji Vysočina* z roku 2005.

Vyhodnocení a provázání s programovou částí je zvoleno do čtyř oblastí, které zároveň tvoří prioritní oblasti zdravotního plánu: lidské zdroje, procesy (infrastruktura, organizace a řízení), ekonomika a kvalita poskytovaných služeb. Jednotlivé oblasti byly na podkladě socio-ekonomické analýzy hodnoceny pomocí SWOT analýzy, ze které byly následně sestaveny jednotlivé cíle.

V programové části je definována mise kraje v oblasti zdravotnictví vycházející ze zákona o krajích, který stanovuje povinnost kraje pečovat o rozvoj území a potřeby občanů a zároveň k tomuto účelu využívat hospodárně svěřený majetek. Vzhledem ke zdravotnictví je formulována strategická vize: *„Kraj Vysočina chce být vyhledávaným regionem nejen s přírodním a kulturním bohatstvím, ale i atraktivním místem poskytujícím plně funkční systém veřejných služeb. Dbá proto i na zajištění a poskytování širokého spektra kvalitních, dostupných a plnohodnotných zdravotnických služeb na profesionální úrovni, směřujících k naplňování jedné ze základních podmínek spokojeného života svých občanů.“* (Zdravotní plán 2007b: 17)

K naplnění této vize jsou stanoveny čtyři dílčí cíle, mají být naplněny ve střednědobém horizontu:

1. *„Dosáhnout strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní přednemocniční, lůžkové a ambulantní zdravotní péče v kraji.*
2. *Vytvořit vhodné podmínky pro práci erudovaných pracovníků, kontinuálně reagující na rozvoj medicíny.*
3. *Budovat a modernizovat zdravotnická zařízení podle koncepce s ohledem na záměry kraje.*
4. *Rozvíjet předpoklady pro umístění nových zdravotnických oborů k zajištění nezbytné zdravotní péče.“* (Zdravotní plán 2007b: 17)

Na cíle navazují jednotlivé prioritní oblasti, které obsahují dílčí opatření a následně konkrétní aktivity směřující k naplnění cílů. Kromě cílů zdravotní plán přináší v bodech souhrn doporučení, které by měly být dále učiněny.

Některá z navrhovaných opáření jsou velmi konkrétní, jiná méně. K přesně vymezeným patří aktivity z prioritní oblasti 4 – kvality poskytovaných služeb, jedná se především o zajištění akreditace pro všechny krajské nemocnice, certifikace Zdravotnické záchranné služby, či zajištění lepší dostupnosti zdravotnických zařízení. Velmi konkrétní projekty přináší aktivity řazené do oblasti ekonomiky, kde je akcentováno zavedení jednotného systému řízení spočívajícího v aplikaci společné metodiky sledování výkonů, ustavení pravidel organizačního uspořádání nemocnic či jednotné metodiky účetních postupů a společných výběrových řízení a nákupů. Podrobně specifikovány jsou taktéž další zmíněná doporučení spočívající ve standardizaci vykazovaných dat a jednotném vyhodnocování efektivity péče, zvýšení procentuální úspěšnosti dojezdových časů záchranné služby, standardizace péče a postupů a další. Mnohé aktivity jsou poněkud obecné bez bližší specifikace jako například podpora investiční výstavby, podpora vzdělávání lékařů, podpora pořizování moderních pracovních pomůcek a další.

Lze se domnívat, že vyšší míra konkretizace byla plánována až do další etapy příprav zdravotního plánu, protože v závěru dokumentu se dočítáme, že *„předkládaný materiál je konečnou verzí první etapy zpracování Zdravotního plánu kraje Vysočina. Vychází ze zpracované socio-ekonomické analýzy a navrhuje strukturu dokumentu, která bude následně rozpracovaná do jednotlivých projektů pro realizaci.“* (Zdravotní plán 2007b: 25) Obdobně i v úvodu se hovoří o dalším rozpracování v roce 2008, k tomu však nedošlo. Rada kraje v červenci 2008 uložila úkol dokončit zdravotní plán do konce roku 2009 a následně termín ještě několikrát prodlužovala. Neustálé posouvání bylo zdůvodněno očekávanými změnami zdravotnické legislativy, která by mohla významně zasáhnout základní principy krajského zdravotnictví. Odbor zdravotnictví postupně zpracovával řadu analýz jednotlivých klinických oborů v nemocnicích a ekonomické parametry léčby. V prosinci 2011 byly radě kraje předloženy základní teze přípravy programové části zdravotního plánu kraje a východiska, na kterých mají být postaveny. Jedná se především o posuzování počtu lůžek ve srovnání s doporučenými normativy, posouzení počtu operací, průměrné délky hospitalizace a samozřejmě řada ekonomických kritérií (náklady na vykazání jednoho bodu, náklady na lůžko, ošetřovací den atd.). K posouzení všech proměnných byla připravena veřejná zakázka na *Analýzu vybraných zdravotních potřeb a vyhodnocení*

klinických a ekonomických ukazatelů poskytování zdravotní péče v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina. (RK-41-2011-74)

Naposled byl termín dokončení aktualizovaného zdravotního plánu kraje prodloužen v roce 2012 s termínem do konce roku 2014. Radě kraje byla dvakrát předložena upravená programová část vycházející ze *Zdravotního plánu kraje Vysočina* a jím definovaných čtyř prioritních oblastí. Aktualizace programové části je konkrétnější než schválený plán a obsahuje výčet realizovaných a chystaných aktivit k naplnění dílčích cílů. (RK-38-2012-27, př. 1) Po roce 2014 k další aktualizaci nedošlo.

Vzhledem k zastaralosti původního zdravotního plánu a nutnosti vytvoření komplexního strategického dokumentu zahrnujícího souhrnně zdravotní politiku kraje bylo postupně od roku 2014 přistoupeno k tvorbě zcela nové strategie. Východisky se staly aktualizované a zcela nové analytické dokumenty spolu s podklady z jednotlivých krajských nemocnic a zdravotních pojišťoven. Výsledkem této práce je *Strategický plán rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina na období do roku 2020*, nový komplexní zdravotní plán kraje, který uceleně shrnuje analytickou část, definuje nové priority a velmi komplexně se věnuje poskytované zdravotní péči v krajských nemocnicích. Významným posunem, který dosud nebyl ve strategických dokumentech kraje akcentován, je propojení s dalšími oblastmi zdravotnictví s vlastní strategií. Je to především oblast eHealth a strategie Zdraví 2020, které je dáována klíčová úloha v rámci preventivní zdravotní péče. Přes výrazný posun je propojení jen velmi volné.

Strategický plán je založen na nových cílech zdravotní politiky kraje, které navazují na zdravotní plán z roku 2007, ale zároveň přináší posun a obměnu cílů vzhledem k dalšímu rozvoji a specializaci zdravotní péče a nikoli jen snahám po základním udržení provozu nemocnic. Přesto zůstávají cíle zdravotní politiky stále zaměřené jen na zdravotnictví, jak vyplývá i z názvu dokumentu, a nikoli obecněji na zdraví obyvatel kraje. Toto spíše technické pojetí předznamenává hlavní zaměření strategie především na péči v nemocnicích. Cíle zdravotní politiky jsou definovány čtyři:

1. dostupná a kvalitní zdravotní péče,
2. ekonomicky a provozně stabilizovaná zdravotnická zařízení,
3. zdravotní služby v Kraji Vysočina tvoří efektivní síť a
4. rozvoj specializovaných pracovišť (Strategický plán, 2016 : 5)

Strategický plán byl dokončen na jaře 2016 a radou kraje schválen 26. dubna 2016, z tohoto důvodu bohužel nemohl být v této práci podrobněji zkoumán.

Zdravotní plán kraje Vysočina byl vytvářen od roku 2003 souběžně s přebíráním zřizovatelské funkce v bývalých okresních nemocnicích krajskou samosprávou. Již během tvorby analytických studií a přípravných prací vycházely najevo některé nepříliš efektivní oblasti, které bylo nutno řešit. Průběžně docházelo k úpravám a organizačním změnám v rámci krajských zdravotnických zařízení. V Nemocnici Havlíčkův Brod bylo zrušeno již v květnu 2004 lůžkové oddělení dermatovenerologie a zároveň snížen počet lékařů, čímž došlo k jednomu z prvních kroků v optimalizaci sítě zdravotnických zařízení a jejímu lepšímu uzpůsobení počtu obyvatel kraje a efektivnímu poskytování zdravotní péče. Lůžková dermatovenerologická péče je nyní poskytována jen v Jihlavě, Novém Městě na Moravě a Třebíči. Dalšími průběžnými kroky byla snaha po optimalizaci fungování nemocničních oddělení. V Havlíčkově Brodě a zároveň i v Novém Městě na Moravě došlo ke sloučení lůžkových fondů ORL a očního oddělení, čímž pokračovalo od počátku 90. let 20. století započaté snižování počtu akutních lůžek v nemocnicích. Tento proces pokračuje i nadále a jak již bylo uvedeno výše, jen mezi roky 2003 a 2013 došlo k poklesu lůžkového fondu akutní péče v nemocnicích kraje o téměř 500, což je téměř 15 % pokles lůžkové kapacity. (Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2003 a 2013)

Nedostatek lékařů a dalšího zdravotnického personálu je dlouhodobým problémem nejen v České republice. V rámci zdravotního plánu je tento bod považován za jeden z nejdůležitějších a v uplynulých letech byla realizována celá řada aktivit, které vedou k naplnění tohoto bodu. V roce 2009 byly analyzovány personální kapacity v krajských nemocnicích a v rámci nábory nových zaměstnanců je realizováno několik dílčích projektů. Od roku 2010 poskytuje rada kraje náborový příspěvek pro lékaře (maximálně 100 000 Kč) v rámci nejvíce ohrožených míst (neurologie, nukleární medicína, patologie aj.). Po podpisu písemného závazku získává lékař finanční příspěvek. V letech 2010 – 2015 bylo vyplaceno 39 lékařům více než 3 miliony Kč. (Náborový příspěvek, 2016) Pro studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů je zaveden program stipendií a podpůrný program odborných praxí v nemocnicích.

V oblasti vzdělávání personálu nemocnic kraj průběžně podporoval pořádání odborných seminářů. Prostřednictvím nemocnic byly přiděleny dotace na vzdělávání praktických lékařů, pro lékaře byly připraveny příručky o základní problematice zdravotního práva a další projekty. V letech 2011 a 2013 byl realizován v rámci operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost projekt Systém dalšího vzdělávání pro sektor zdravotnictví v kraji Vysočina. Za více než 11 milionů Kč byla provedena analýza vzdělávacích potřeb pracovníků zdravotnických zařízení a vytvořen vzdělávací webový modul. Vzdělávání bylo zaměřeno především na manažerské, právní a komunikační dovednosti.

Priorita č. 2 procesy – infrastruktura a řízení, byla naplňována řadou převážně investičních projektů. V roce 2010 byla v jihlavské nemocnici instalována magnetická rezonance jako první a dosud jediný přístroj tohoto druhu v kraji. Její pořízení bylo financováno prostřednictvím Integrovaného operačního programu Evropské unie v rámci dovybavení Komplexního onkologického centra Nemocnice Jihlava. V červnu 2015 přístrojová komise Ministerstva zdravotnictví souhlasila s pořízením magnetické rezonance i do zbylých krajských nemocnic. Zamítnuta byla žádost o umístění druhého přístroje v Jihlavě, kde ale bude umístěno nové zařízení PET CT.

Regionální operační program Jihovýchod dále podpořil řadu investičních akcí na zanedbaných budovách nemocnic. V roce 2008 byla započata realizace projektu Rekonstrukce budovy interny v Nemocnici Havlíčkův Brod, v roce 2012 byl v Jihlavě vystavěn nový pavilon urgentní a intenzivní péče. Podobně rozsáhlé projekty byly realizovány i ve zbylých krajských nemocnicích v rámci rovnoměrného zajištění zdravotních služeb v kraji. Podrobněji shrnuje investice kapitola 8 a tabulka č. 7.

Podle *Plánu plošného pokrytí Zdravotnickou záchrannou službou* byla dobudována síť 21 výjezdových základen zajišťující celoplošné pokrytí území kraje. V rámci programu eHealth byl realizován projekt eMeDocS, umožňující výměnu zdravotnické dokumentace, byl zaveden elektronický systém objednávání léčiv a zdravotnického materiálu a spuštěno software vyhodnocující akutní lůžkovou péči. Pro potřeby řízení a koordinace činnosti nemocnic byly vytvořeny videokonferenční místnosti v nemocnicích.

Elektronizace a rozvoj moderních technologií úzce souvisí i s projekty realizovanými v rámci třetí priority zdravotního plánu – ekonomiky zdravotního systému. Důraz na efektivní systém financování pramenil především z vysoké míry

zadlužení nemocnic v letech 2002 a 2003. Kraj Vysočina kladl z počátku důraz na společné vyjednávání o podmínkách poskytování zdravotní péče se zdravotními pojišťovkami a zároveň vytvořil síť proškolených osob pro jednotné vykazování poskytnuté péče. V rámci sjednocování byl zaveden jednotný ekonomický software pro všechny nemocnice a od roku 2010 společný nástroj pro nákup a soutěžení zdravotnického vybavení. Jednotlivá oddělení nemocnic byla hodnocena z hlediska klinické a ekonomické výkonnosti. V rámci dlouhodobého plánování nemocnice sestavují střednědobé plány a plány investic. Jak již bylo uvedeno Kraji Vysočina se na rozsáhlé investiční akce podařilo získat finanční prostředky z fondů Evropské unie.

V rámci zkvalitňování poskytovaných služeb v prioritě 4 prošly krajské nemocnice v letech 2008 a 2009 první vlnou akreditací dle požadavků národních akreditačních standardů. Tento krok je pro zdravotnická zařízení nepovinný a do roku 2008 prošlo certifikací jen kolem třiceti nemocnic. Kompletní posouzení všech krajských nemocnic tak byl poměrně unikátním krokem. Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb Spojenou akreditační komisí formou externího auditu je nutné pravidelně obnovovat, naposledy se tak stalo v roce 2014. Certifikací ISO prošla také Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina.

Opatření v oblasti dostupnosti, kvality a spokojenosti klientů byly zařazeny do investičního plánu kraje a rovněž průběžně realizovány. Prostřednictvím projektů eHealth byl zaveden do všech krajských nemocnic v letech 2009 a 2010 systém e@mbulance, který umožňuje objednávání do vybraných ambulancí prostřednictvím webového portálu. Dopravní obslužnost a parkoviště u nemocnic byly zařazeny do investičních prací (naposledy parkoviště u Nemocnice Pelhřimov v roce 2016), obdobně jako parkové úpravy u nemocnic.

Shrnutí jednotlivých opatření a priorit v rámci *Zdravotního plánu Kraje Vysočina* přináší tabulka č. 3. Zároveň přináší výběr realizovaných projektů, aktivit a učiněných opatření v souvislosti s naplňováním cílů strategického programu. Z čistě technického pohledu byla realizována většina zmiňovaných aktivit, avšak díky absenci hodnotícího rámce a indikátorů k měření naplnění cílů nelze jednoznačně určit, zda dopad realizovaných opatření měl skutečně takový efekt, jak zdravotní plán předpokládal. Pozitivním přínosem je, že většina projektů není jen jednorázovou aktivitou, ale navazují na ně aktivity s dlouhodobou podporou kraje.

Tabulka č. 3: Přehled priorit, opatření a vybraných plánovaných aktivit k naplnění opatření *Zdravotního plánu kraje Vysočina*, včetně přehledu realizovaných aktivit a projektů. Vyhodnocení naplnění vybraných aktivit zdravotního plánu ke konci roku 2015.

opatření	plánované aktivity	realizace	stav
Priorita 1: Lidské zdroje zdravotního systému			
1.1 Stabilizace lidských zdrojů	<ul style="list-style-type: none"> - Podpořit systém vzdělávání lékařů - Vytvářet vhodné podmínky pro mladé lékaře - Uplatňovat finanční i nefinanční motivaci - Podpořit vzdělávání středního i ostatního zdravotnického personálu 	<ul style="list-style-type: none"> - Analýza stavu lékařů (2009) - Motivační systém stipendií, náborových příspěvků (od 2010) - Bezúročné půjčky pro praktické lékaře (od 2010) - Průběžně podpora pořádání seminářů 	splněno projekty pokračují dále
1.2 Zvýšení kvality zdravotnického personálu	<ul style="list-style-type: none"> - Rozvoj manažerských dovedností (řídící schopnosti) - Vytvořit plán odborného rozvoje zaměstnanců - výchova zaměstnanců – etický kodex - Podporovat pořádání odborných seminářů a konferencí 	<ul style="list-style-type: none"> - Příručka s odpověďmi na právní otázky (2010, aktualizace 2012) - Projekt „Systém dalšího vzdělávání pro sektor zdravotnictví“ (2011 – 2013) - E-learning (od 2016) - Etické kodexy nemocnic (2011) 	splněno projekty pokračují dále, průběžná aktualizace příruček, rozvoj e-learningu
1.3 Vytváření vhodných podmínek pro práci ve zdravotnictví	<ul style="list-style-type: none"> - Podpora vytváření vhodného pracovního prostředí - Podpora užívání informačních technologií - Vytvářet mechanismy minimalizující syndrom vyhoření 	<ul style="list-style-type: none"> - Podpora navyšování platů zaměstnanců - Průzkum potřeba zaměstnanců (2011) - Informační technologie řešeny v rámci projektu eHealth (od 2009) 	částečně splněno pokračuje projekt eHealth, zaměření na vyhoření není realizováno
Priorita 2: Procesy (infrastruktura, organizace a řízení) zdravotnického systému			
2.1 Zdravotní infrastruktura	<ul style="list-style-type: none"> - Podpora investiční výstavby, rekonstrukce zastaralé infrastruktury a budování nové - Modernizace a obnova přístrojového vybavení - Sledování a podpora rovnoměrného poskytování zdravotnických služeb 	<ul style="list-style-type: none"> - Investice a obnova infrastruktury i s využitím dotačních prostředků - Magnetická rezonance v Nemocnici Jihlava (2010) - Projekt „Zdravotnické přístroje nemocnice Havlíčkův Brod“ (2010) 	splněno průběžná modernizace a dostavba všech nemocnic, řada projektů financována z fondů Evropské unie

2.2 Organizace a řízení	<ul style="list-style-type: none"> - Zajištění organizace poskytování lékařské služby první pomoci - Prosazování společné politiky ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám - Podpora smluvní spolupráce s vyššími pracovišti - Systémové zajištění paliativní péče 	<ul style="list-style-type: none"> - Dobudování sítě stanovišť zdravotnické záchranné služby - Jednotná komunikace se zdravotními pojišťovnami - Jednotka hospicové péče v Novém Městě na Moravě (2007) - Středisko hospicové péče v Nemocnici Jihlava (2011) 	splněno
2.3 Podpora procesního řízení	<ul style="list-style-type: none"> - Zavádění moderních metod řízení nemocnic a jejich oddělení - Pokračování informatizace zdravotního systému 	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt krizové připravenosti (2009) - Informační technologie řešeny v rámci projektu eHealth (od 2009) 	částečně splněno projekt eHealth stále probíhá
Priorita 3: Ekonomika zdravotního systému			
3.1 Zavedení jednotného systému řízení	<ul style="list-style-type: none"> - Zavedení jednotné metodiky evidence výkonů a pravidel vykazování - zavedení pravidel organizační struktury nemocnic - Zavedení jednotné metodiky účetních postupů 	<ul style="list-style-type: none"> - Jednotný účtový rozvrh a pravidla střediskového účetnictví (2009) - Nový elektronický ekonomický software (2012) - Šablony pro předání ekonomických údajů (2009) 	splněno
3.2 Ekonomické ukazatele fungování zdravotnických zařízení	<ul style="list-style-type: none"> - Podpora efektivní správy a využívání majetku - Zavedení modelu sledování alokace nákladů - Zavedení společných nákupů a výběrových řízení pro nemocnice 	<ul style="list-style-type: none"> - Analýzy jednotlivých oddělení (2009, 2010) - Objednávkový systém pro léčiva a zdravotnický materiál (2010) 	splněno
3.3 Financování zdravotnických zařízení	<ul style="list-style-type: none"> - Podpora vícezdrojového financování - Podpora čerpání finančních prostředků z fondů EU 	<ul style="list-style-type: none"> - Příprava finančních plánů nemocnic (2010) - Podpora projektů z dotačních fondů Evropské unie 	splněno
Priorita 4: Kvalita poskytovaných služeb zdravotního systému			
4.1 Akreditace zdravotnických zařízení	<ul style="list-style-type: none"> - Získání akreditace všech nemocnic - Získání certifikace Zdravotnické záchranné služby kraje Vysočina - Vytváření podmínek pro reakreditace - Získávání prostředků na akreditaci a reakreditaci 	<ul style="list-style-type: none"> - Získání akreditace nemocnic (2008 – 2009) - Reakreditace nemocnic (naposledy 2014) - Certifikace ISO zdravotnické záchranné služby (2007, obnoveno naposledy 2015) 	splněno

4.2 Dostupnost služeb	- Podpora lepší dostupnosti (dopravní obslužnost, parkování) - Podpora vytváření objednávkových systémů - Zajištění dostupnosti pro handicapované	- Průběžně úprava systému parkování u nemocnic - Objednávkový systém e@mbulance (2010)	částečně splněno průběžné naplňování zvyšování dostupnosti
4.3 Kvalita služeb a spokojenost klientů	- Projekty vhodného a vlnidného prostředí - Projekty parkových úprav areálů nemocnic - Vytváření systému zpětnovazebního hodnocení kvality služeb (ankety) - Zavádění moderních přístupů práce s klienty	- Zavedení wifi v nemocnicích (2011) - Parkové úpravy – průběžný monitoring výzev dotačních programů, průběžná úprava - Investice do infrastruktury	splněno

Zdroj: autor, tabulky č. 5 a 6. *Zdravotní plán kraje Vysočina, 2007. Zdravotní plán – aktualizace programové části (RK-38-2012-27)*. Datový sklad Kraje Vysočina – Analytické a statické služby.

Zdravotní plán kraje Vysočina je řazen mezi nejlepší krajské strategické dokumenty ve zdravotnictví, přičemž jeho rozsáhlé analytické pozadí je skutečně impozantní a celkově „*nejlépe mapuje situaci zdravotnictví na svém území.*“ (Marx, Šedo, 2009 : 140) Programovou část zdravotního plánu hodnotí Marx a Šedo o něco méně pozitivně.

V popředí celého plánu je spíše technické pojetí strategie zaměřené především na krajská zdravotnická zařízení – nemocnice a zdravotnickou záchrannou službu. Do pozadí ustupuje akcent na zdraví a jeho podporu. Z pohledu determinant zdraví je zdůrazňována pouze složka zdravotní péče, která vytváří jen část vlivu na zdraví. Na druhou stranu zdravotní plán si v úvodu klade za cíl řešit čtyři základní problémy spočívající ve stanovení optimální struktury zdravotní péče, dostupnosti a co nejvyšší kvality zdravotní péče a řešení ekonomických problémů zdravotnictví. Pokud budeme plán hodnotit dle naplnění těchto bodů, byl v celku úspěšný.

Základní rozdělení zdravotního plánu na čtyři priority, z nichž každá se skládá ze tří opatření a ty z dílčích opatření, je velmi srozumitelné a uživatelsky příjemné. Jednotlivé aktivity jsou ale definovány příliš obecně a bez konkrétního stanovení cílového stavu, ke kterému má plán směřovat. Úplně chybí určení časových mezníků. Konečný stav je částečně předestřen v rámci vize a strategických cílů dokumentu, přesto zde nacházíme nejasnosti a nepřiliš konkrétní vyjádření, která nejsou dále

rozpracována. Příkladem může být čtvrtý cíl snažící se o rozvíjení předpokladů pro umístění nových zdravotnických oborů, ty nejsou dále definovány; obdobně modernizace zdravotnických zařízení s ohledem na záměry kraje, které by měly být rozvedeny právě v tomto dokumentu. Neurčení termínu naplnění konkrétních cílů a aktivit znesnadňuje hodnocení plánu s možností vyvození konkrétních důsledků. V takovém případě je nutné hodnotit naplnění vzhledem k současnosti, i když je z plánu zřejmé, že měl být jen prostředkem pro vytvoření dalšího, daleko komplexnějšího materiálu a časový rámec plnění je výrazně delší, než bylo zamýšleno.

Vzhledem k nekonkrétnosti úkolů je třeba uvést, že je zdravotní plán doplněn *Socio-ekonomická analýza*. Tato příloha podrobně analyzuje jednotlivá oddělení krajských nemocnic a ve vztahu k celkovému pojetí zdravotnictví nastavuje detailně cíle k dílčím oblastem. *Socio-ekonomická analýza* je doplněna investičními plány nemocnic zpracovaných s ohledem na pokrytí priorit jednotlivých oddělení a dílčí investiční projekty jsou celkově z pohledu kraje řazeny dle priorit a jejich časové realizace.

Dalším nedostatkem zdravotního plánu je již uvedené neprovázání s dalšími strategickými dokumenty. Plán zmiňuje provázanost s projektem eHealth, který kraj velmi intenzivně v následujících letech řešil, ale vůbec není zmíněn vztah k *Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*, národnímu programu Zdraví 21, který byl vládou schválen v roce 2002. Program sám o sobě není ukotven ani k jiným strategickým dokumentům kraje.

Přesto lze *Zdravotní plán kraje Vysočina* považovat za kvalitní dokument, který i přes svou jistou nekonkrétnost v některých cílech vedl k realizování řady úspěšných projektů s jednoznačně pozitivním dopadem na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Jednotlivé aktivity a navazující činnosti v řízení nemocničního sektoru kraje úspěšně navazují na stanovená opatření zdravotního plánu a lze předpokládat, že vedly do značné míry k naplnění stanovených cílů.

7.2 Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina

Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina s podtitulem *Koncepční dokument kraje Vysočina pro období 2008 – 2015* byl schválen zastupitelstvem kraje v únoru 2008. Program vznikl pod patronací odboru regionálního rozvoje a na jeho tvorbě se podíleli

odborníci z krajských nemocnic, Krajské hygienické stanice Kraje Vysočina, Státního zdravotního ústavu a dalších institucí. Základním východiskem pro celý program je vládou v říjnu 2002 schválený *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. Vláda navíc ve svém usnesení č. 1046 ze dne 30. října 2002 „doporučuje hejtmanům využít Programu při přípravě obdobných programů v rámci zdravotní politiky kraje“. Program Zdraví 21 je odvozen od koncepčních dokumentů Světové zdravotnické organizace (WHO) Zdraví pro všechny. „První koncept Zdraví pro všechny byl formulován v r. 1978 na konferenci WHO v Alma-Atě. Od té doby se politický rámec programu i jeho konkretizace plynule vyvíjely.“ (Kříž, 2007: 12) V roce 1984 schválilo Evropské zdravotnické shromáždění program *Zdraví pro všechny do roku 2000*, na které v roce 1998 navázal program WHO Zdraví 21 a následně jeho modifikace pro evropský region WHO.

Snahou programu Zdraví 21 je zapojit všechny složky společnosti a státní instituce pro dosažení společného cíle – dosažení maximálního možného potenciálu zdraví všech občanů, prostřednictvím celoživotní ochrany a rozvoje zdraví a snížení výskytu onemocnění a úrazů. Program Zdraví 21 je nezávazným doporučením WHO a je na každém státu, do jaké míry převezme odpovědnost za naplňování zdraví obyvatel a zda k tomu využije tento program. Analyzováním zdravotní politiky evropských států bylo zjištěno, že ze 40 zkoumaných politik jich 32 zmiňuje jako svůj zdroj strategií Zdraví 21. (Kříž, 2007)

V roce 2005 došlo k aktualizaci strategie Zdraví 21 evropskou kanceláří WHO na základě poznatků z její aplikace v jednotlivých státech (*Aktualizace zdraví pro všechny k roku 2005*). V září 2012 pak regionální výbor WHO pro Evropu schválil zcela nový koncepční dokument navazující na hodnoty programu Zdraví pro všechny *Zdraví 2020*. Tato strategie představuje nový rámec pro období 2014 – 2020 a v České republice byla schválena v podobě programu *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* v březnu 2013.

Program Zdraví 21 se soustředí na několik základních oblastí, patří k nim rovnost lidí a vzájemná solidarita ve zdraví, snaha po dosažení lepšího zdraví, snížení výskytu onemocnění a úrazů a vytvoření komplexních strategií vedoucích ke zdraví a efektivní řízení zdravotnictví. Jednotlivé oblasti podrobně rozebírá 21 cílů, které se zaměřují na široké spektrum aktivit podporujících zdraví a v rámci dílčích úkolů a konkrétních aktivit stanovují měřitelné cíle spočívající nejčastěji v procentuálním

zlepšení ve srovnání s výchozím stavem. Nejedná se tedy o zlepšování absolutních čísel. V rámci národní strategie se projevila snaha „*připravit zásadní dokument o dlouhodobé zdravotní strategii ČR, poprvé po v podstatě nedokončených pokusech na počátku 90. let*“ (Dlouhodobý program, 2002 : 3) 20. století. I díky tomu národní strategie Zdraví 21 převzala a dále rozpracovala všechny cíle, což bylo s odstupem hodnoceno jako nepřiliš vhodné nastavení. (Zpráva o hodnocení)

Kraj Vysočina se k projektu Zdraví 21 přihlásil již v roce 2004, když se stal členem Národní sítě zdravých měst ČR a zároveň se přihlásil k projektu Zdravý kraj. Přijetím deklarace projektu se Kraj Vysočina zavázal naplňovat zásady a cíle projektů Agenda 21 a Zdraví 21 v rámci oblasti udržitelného rozvoje, zdraví a kvality života a zároveň získal možnost užívat titul Zdravý Kraj Vysočina. Do Národní sítě zdravých měst je aktuálně zapojeno pět krajů a dalších 125 členů, které celkově pokrývají více než 50 % populace České republiky.

Při implementaci programu Zdraví 21 bylo vycházeno nejprve z analýzy zdravotního stavu obyvatel kraje a z něj vyplývajících závěrů ve vztahu k dlouhodobým trendům. Na tomto základě bylo zvoleno osm prioritních témat, které byly v rámci střednědobých či dlouhodobých plánů podrobně rozpracovány. Jako hlavní cíl bylo stanoveno „*v následujících 10 – 15 letech programově a koncepčně zlepšovat úroveň zdraví a klíčové ukazatele zdravotního stavu obyvatel v našem kraji a do této činnosti zapojit co nejvíce institucí.*“ (Program Zdraví 21, 2008 : 4) Kraj tak jednoznačně deklaruje svůj zájem o aktivní a pozitivní ovlivňování zdraví na základě podrobně stanovených kritérií a systému indikátorů, které bude možné v budoucnu vyhodnocovat.

Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina stanovuje 8 priorit, přičemž každá z nich koresponduje s jedním cílem národního programu Zdraví 21:

1. zdravější životní styl
2. zdravé stárnutí
3. zdravý start do života
4. zdraví mladých
5. snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
6. snížení výskytu neinfekčních nemocí
7. mobilizace partnerů pro zdraví
8. zdravé místní životní podmínky

Pro každou prioritu jsou stanoveny cíle, kterých má být na konci programového období dosaženo. Jednotlivé priority se člení na dílčí cíle a pro každý z nich je definována sada aktivit doporučených k realizování. Některé z dílčích cílů ale nemají aktivity stanoveny žádné. V závěru každé priority jsou uvedeny indikátory, které mohou být užity k vyhodnocení efektivity programů a naplnění cíle. Tyto indikátory, ale ani dílčí cíle či aktivity neobsahují konkrétní měřitelné údaje, které by byly schopny snadno určit naplnění dané oblasti. Například dílčí cíl 1.5 *Prevence kouření a dalších závislostí* nebo dílčí 5.5 *Poskytování první pomoci* zcela jasně neodkazují, čeho má být ve zmíněných oblastech dosaženo. Tím se program významně odlišuje od národního programu Zdraví 21, který je velmi konkrétní a udává trendy zlepšení vyjádřené v procentech změny vůči stávajícímu stavu. Přílohou Programu Zdraví 21 je *Akční plán Programu Zdraví 21 pro kraj Vysočina na období 2008 – 2009*, který byl průběžně aktualizován a který podrobněji rozepisuje strukturu cílů a aktivit programu. V rámci jednotlivých aktivit jsou vytipovány konkrétní projekty (vyhlášení grantových projektů, zadání tvorby podkladových dokumentů, monitoring radonu, navázání spolupráce kraje s dalšími subjekty atd.) včetně odpovědných odborů kraje s určeným termínem realizace v rámci stanoveného období. Pro prioritu 6 nejsou projekty stanoveny, v celém akčním plánu nejsou blíže zpracovány ukazatele, které by umožnily vyhodnocení úspěšnosti.

Jedním ze záměrů bylo vytvořit „*materiál, ve kterém budou rozpracovány priority na nejdůležitější související aktivity, [který] by se měl stát základem zdravotních plánů, zdravotní politiky či zdravotní koncepce kraje v oblasti ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.*“ (Program Zdraví 21, 2008 : 4) Zároveň se měl stát základem pro realizaci projektů podpory zdraví, které byly zpočátku finančně podporovány prostřednictvím Fondu Vysočiny nebo později z dotací z rozpočtu kraje. Kromě letné zmínky se však Program Zdraví 21 o zdravotním plánu kraje schváleném o rok dříve vůbec nezmiňuje, jen aktivita 8.3.1 navrhuje tvorbu „*expertních „Plánů zdraví“ za využití Analýzy zdravotního stavu a výstupů komunitního plánování v oblasti podpory zdraví,*“ (Program Zdraví 21, 2008 : 54) ale více již rozepsán není a nejsou navrženy ani programy k naplnění této aktivity. Obdobně nenacházíme podrobnější zmínku na strategii eHealth ani jiný projekt týkající se informačních technologií ve zdravotnictví. V programu Zdraví 21 nenajdeme podrobnější odkaz na národní program Zdraví 21 ani na jiný koncepční dokument o zdraví. Jediné propojení na jiný

koncepční dokument je v oblasti financování projektů, které je v souladu s *Programem rozvoje Kraje Vysočina* a jeho cíli zavádění principů udržitelného rozvoje kraje a místní agendy 21.

Pro úspěšnou realizaci strategie byly každý rok schvalovány Zásady Zastupitelstva Kraje Vysočina pro poskytování dotací na podporu naplňování a propagace principů místní Agendy 21 a Zdraví 21 v Kraji Vysočina, podle kterých si mohly obce, neziskové organizace, školská zařízení a případně i jiné subjekty podat žádost o finanční příspěvek kraje na projekty zaměřené na naplňování zásad programu. Za dobu realizace programu Zdraví 21 Kraj Vysočina podpořil celkem 393 projektů. Prvních 11 projektů bylo podpořeno již v roce 2007, mezi lety 2008 a 2015 získalo dotaci každý rok mezi 41 – 59 projekty, každoroční celkový finanční příspěvek kraje činil přibližně 2,5 milionu Kč, dalších 25 % museli spolufinancovat příjemci dotace. Z konkrétních projektů byla podpořena oblast prevence dětských úrazů ve školách, zdravé stravování na školách, první pomoc ve školách, činnost dětských zastupitelstev, pořádání seminářů nebo výstav, aj. Další finanční prostředky byly přerozděleny prostřednictvím grantových programů Volný čas (ročně cca 2 milion Kč), Jednorázové akce atd.

V plánu zlepšování projektu Zdravý kraj byly pro období dvou let stanovovány aktualizované cíle pro kraj a spolupracující subjekty. Kraj Vysočina získal a následně obhájil zařazení do kategorie C Místní agendy 21, realizoval konference k podpoře zdraví a školách, vybraní úředníci krajského úřadu prošli školením v oblastech strategického plánování a strategického rozvoje. V rámci meziregionální spolupráce jsou sdíleny zkušenosti z programu s Jihomoravským krajem a Dolním Rakouskem. V posledním plánu programu se počítalo s aktualizací programu Zdraví 21 na období 2016 – 2023, ta však byla nahrazena díky rozhodnutí rady kraje ze září 2015 aktualizací ve smyslu programu Zdraví 2020, který přijala vláda v lednu 2014 a v srpnu 2015 schválila akční plány pro implementaci této strategie. Na základě těchto dokumentů a předchozích analytických podkladů vznikl navazující dokument schválený zastupitelstvem kraje v březnu 2016 *Program Zdraví 2020 pro Kraj Vysočina, střednědobý plán pro období 2016 – 2020*. Jedním z důvodů, proč bylo rozhodnuto o přípravách tohoto programu, byla i snaha po snazším čerpání finančních prostředků z evropských zdrojů. (RK-28-2015-55)

Tabulka č. 4: Přehled priorit a dílčích cílů *Programu Zdraví 21 pro Kraj Vysočina* a srovnání plánovaných aktivit s realizovanými aktivitami včetně vyhodnocení naplnění realizace aktivit.

dílčí cíl	plánované aktivity	realizace	stav
Priorita 1: Zdravější životní styl			
1.1 Podpora komplexních programů a aktivity podporující a propagující zdravý životní styl a primární prevenci nemocí	- Průběžná aktualizace odkazu www.kr-vysocina.cz/zdravykraj - Zaštitění kampaně „Dny zdraví“ - Vyhlášení a administrace Zásad Zastupitelstva kraje Vysočina na poskytování dotací	- od roku 2007 každoročně vyhlašovaná pravidla pro projekty v rámci Místní agendy 21 (celkem 393 projektů) - pravidelné pořádání „Dnů zdraví“ - web aktualizován	splněno
1.2 Propagace zásad zdravé výživy a životosprávy a jejich vlivu na zdraví	- Mediální kampaň v regionálním tisku - Akce pořádané na podporu ekologického zemědělství - Měsíc září – Měsíc biopotravin	- projekt „Vzdělávání pro vedoucí jídelen a hlavní kuchařky“ - projekt „Podpora zdravého životního stylu ve školách“	částečně splněno není mediální kampaň, není dlouhodobá podpora biopotravin
1.3 Podpora pohybových, sportovních, tělovýchovných a volnočasových aktivit	- Grantový program Volný čas, Jednorázová akce, Sportoviště - Anketa Sportovec Vysočiny - Talent Vysočiny a Stipendium Vysočiny - Web tábory na Vysočině - Regionální velká výměna zkušeností - Vydávání Zpravodaje novinek	- od roku 2008 pravidelně vyhlašované granty - pravidelné vyhlašování ankety Sportovec Vysočiny (letos XIV. ročník) - podpora webu tabory-vysocina.cz - Zpravodaj novinek vydáván do roku 2012	splněno
1.4 Snižování stresu a psychosomatických onemocnění	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
1.5 Prevence kouření a dalších závislostí (užívání alkoholu, drog a dalších návykových látek, gamblerství)	- Podpora preventivních aktivit – grantové řízení na podporu preventivních aktivit realizovanými školami a školskými zařízeními - Oblast volnočasových aktivit obdobná s cílem 1.3	- projekt „Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů“ (2010 – 2013) - spolupráce s organizacemi v oblasti prevence	splněno
Priorita 2: Zdravé stárnutí			
2.1 Vytváření podmínek pro aktivní stáří, rozvíjení podmínek pro sportovní a pohybové aktivity a zdravý životní styl seniorů	- Grantový program „Popularizace a vzdělávání v oblasti informačních technologií“	- grantový program realizován roku 2008 - zřízení Senior Pointů (4 v kraji) - letní škola pro seniory (od 2014)	částečně splněno jen jednorázový grant, projekty nepokrývají celý kraj
2.2 Prevence úrazů seniorů a řešení bezbariérových přístupů	- Grantový program „Vysočina bez bariér“	- naposledy grant vypsán 2008	částečně splněno

2.3 Zlepšování duševního zdraví seniorů, zlepšování účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory	- Podpora a propagace trénování paměti – organizace seminářů pro pracovníky sociálních služeb - Realizace osvěty v rámci zdravotnického a sociálního portálu	- Senior pointy – přednášková činnost - Univerzita třetího věku Kraje Vysočina (od 2011)	částečně splněno není propojení se zdravotními službami
Priorita 3: Zdravý start do života			
3.1 Prevence kouření u gravidních žen a matek, prevence dalších závislostí	- Příprava návrhu koncepčního řešení této problematiky	- Analýza životního stylu a zdraví mládeže v Kraji Vysočina (2012) - metodická podpora pro ředitele škol	nesplněno
3.2 Prevence diabetu (cukrovky) u gravidních žen	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
3.3 Bezpečné hračky a bezpečná školní hřiště	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
3.4 Zvýšit informovanost o správné péči a výživě novorozenců a kojenců	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
3.5 Řešení problematiky vrozených vývojových vad	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
Priorita 4: Zdraví mladých			
4.1 Aktivní trávení volného času	- totožné s 1.3 jen místo „Grantového programu Sportoviště“ program „Prevence kriminality“		splněno
4.2 Aktivity zdravého životního stylu a programy podporující zdraví ve školách	- Realizace „Dne zdraví ve zdravé škole“ - Vyhlášení a administrace Zásad Zastupitelstva kraje Vysočina na poskytování dotací		částečně splněno den zdraví není dlouhodobě podporován
4.3 Prevence poruch příjmu potravy	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
4.4 Prevence závislostí (kouření, alkohol, gamblerství a další)	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
4.5 Bezpečné sexuální chování, prevence AIDS, pohlavních nákaz a virových hepatitid	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		

Priorita 5: Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy			
5.1 Prevence dětských úrazů	- Grantový program „Prevence dětských úrazů ve školách“ - Mediální kampaň v regionálním tisku - Podpora realizace „Dnů bez úrazů“, ev. „Dnů prevence“ nebo „Dnů zdraví“ - Podpora realizace „Týdne mobility“	- projekt „Program prevence dětských úrazů“ - projekt „První pomoc do škol“ - příspěvek na dopravní výchovu - kampaň bezpečná Vysočina	částečně splněno
5.2 Podpora a propagace používání ochranných pomůcek	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
5.3 Zvýšení bezpečnosti silničního provozu, snižování úrazů a úmrtí v důsledku dopravních nehod	- Dotace na dětská dopravní hřiště v kraji Vysočina - Nákup učebních pomůcek pro školy, ceny do soutěží, propagační materiály BESIP	- příspěvek na dopravní výchovu - kampaň bezpečná Vysočina	splněno
5.4 Snížení úrazovosti způsobené domácím násilím	- Přednášky Psychocentra (intervenční centrum kraje)		nesplněno
5.5 Poskytování 1. pomoci	- Projekt „První pomoc do škol“ pro kategorie 14 a 17 let	- projekt „První pomoc do škol“	splněno
Priorita 6: Snížení výskytu neinfekčních nemocí			
6.1 Prevence nádorových onemocnění	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
6.2 Prevence srdečně cévních onemocnění	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
6.3 Prevence nemocí pohybového aparátu	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
6.4 Prevence nemocí pohybového aparátu	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
6.5 Prevence vzniku zubních kazů u dětí	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		
Priorita 7: Mobilizace partnerů pro zdraví			
7.1 Partnerství organizací s vlivem na zdraví a zdravý životní styl	- Vyhlášení a administrace Zásad Zastupitelstva kraje Vysočina na poskytování dotací - Průběžná aktualizace portálu www.kr-vysocina.cz/zdravykraj - Pravidelná setkání se zástupci Zdravých měst kraje Vysočina a Pracovní skupiny pro Zdravý kraj	- web aktualizován - od roku 2007 každoročně vyhlášená pravidla - tvorba krajské sítě Škol podporujících zdraví - spolupráce se Zdravými kraji	splněno
7.2 Zastřešení a koordinace partnerů	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		

Priorita 8: Zdravé místní životní podmínky			
8.1 Kvalita vnitřního životního prostředí, zdravé bydlení	- Monitoring radonu ve vybraných bytových objektech - Grantový program „Biodpady“ Grantový program „Rekul-tivace starých skládek“ - Kampaň k třídění odpadů, předcházení vzniku odpadů	- monitoring radonu v rámci programu „Podnik podporující zdraví“ - pravidelné vypisování grantů od roku 2007	splněno
8.2 Rozvoj Krajské sítě škol podporujících zdraví	- Pracovní setkání zástupců Krajského koordinačního týmu kraje Vysočina - Pracovní setkání zástupců Krajského koordinačního týmu kraje Vysočina - Vyhlášení a administrace Zásad Zastupitelstva kraje Vysočina na poskytování dotací	- pravidelné vypisování grantů od roku 2007 - tvorba krajské sítě Škol podporujících zdraví	splněno
8.3 Plánování pro zdraví na regionální i místní úrovni	- Účast na celostátních akcích Národní sítě zdravých měst - Pravidelná setkání se zástupci Zdravých měst kraje Vysočina	- spolupráce se Zdravými kraji - setkání zástupců měst	splněno
8.4 Inicivace a podpora programů „Zdravý podnik“, „Zdravý úřad“ a „Zdravá nemocnice“	Konkrétní aktivity nejsou uvedeny		

Zdroj: autor. *Program Zdraví 21 pro Kraj Vysočina*, 2008. *Souhrn aktivit realizace Programu Zdraví 21 pro Kraj Vysočina v období 2008 – 2015*, 2016.

Vyhodnotit naplnění jednotlivých cílů, které si Program Zdraví 21 stanovil, je velmi obtížné. Základní shrnutí jednotlivých priorit a jejich dílčích cílů včetně vybraných plánovaných aktivit přináší tabulka č. 4. Pro vyhodnocení je doplněn výběr realizovaných aktivit včetně stručného vyhodnocení naplnění plánovaných aktivit. Tabulka si neklade za cíl být zcela vyčerpávající a shrnout veškeré realizované projekty. Důležitým ukazatelem je jaké projekty byly realizovány a jaká byla jejich četnost. Mnohé aktivity totiž probíhají každoročně, jiné proběhly jen jedinkrát bez dalšího opakování. Zásadní je také úplná absence realizovaných projektů u priority 6, velmi omezená realizace aktivit u priorit 3 a 4 a nepříliš konkrétní či nespécifické projekty v rámci priorit 7 a 8.

Množství aktivit přímo realizovaných krajem či finančně podpořených v rámci grantových projektů krajem je značné. Vzhledem k obecnosti uvedených cílů, aktivit a

v akčním plánu uváděných projektů nelze jednoznačně konstatovat, do jaké míry byl program splněn. V případě odkazování plánovaných aktivit jen na vyhlášení grantu či schválení pravidel pro podporu projektů nelze říci zda a do jaké míry byly cíle naplněny. Uvedené hodnocení se tak omezuje pouze na uskutečněné kroky krajem a nikoli na reálně splněné cíle, které nemají nastavené hodnotící indikátory. Z tohoto pohledu vyhlášení grantů proběhlo, akční plán byl pravidelně aktualizován, byly zajištěny informační kampaně k avizovaným tématům, spravován webový portál projektu atd. Z dílčích aktivit kraj pravidelně podporuje sportovní akce a kluby, volnočasové aktivity, letní tábory, ve školství byly podpořeny programy k zajištění větší bezpečnosti, zkvalitňování školního stravování či kurzy první pomoci. Hodně projektů bylo rovněž realizováno v sociální oblasti a k podpoře seniorů. Mnoho z projektů navíc nejsou jednorázové činnosti a podobně jako aktivity zdravotního plánu se konají pravidelně a jejich činnost je dále rozvíjena. Avšak v čistě zdravotních oblastech nebyly projekty více vůbec rozepsány (priorita 6 – snížení výskytu neinfekčních nemocí) nebo jen velmi omezeně (priorita 3 – zdravý start do života). Zároveň ostatní realizované projekty jsou často zaměřené komplexněji než jen čistě na podporu zdraví.

Finanční podpora projektů v rámci programu byla omezena na jeden podpořený projekt na žadatele na jeden rok, což ale nezajistí rovnoměrné zastoupení projektů v celém kraji. Program je tak kromě oblastí zajišťovaných krajským úřadem realizován jen v určitých lokalitách a pokrytí celé populace je disproporční. Program Zdraví 21 lze hodnotit jako splněný jen z pohledu realizovaných projektů, vyhlášených a rozdělených grantů. Nelze však jednoznačně určit jeho přínos ke zlepšování zdraví a základních ukazatelů zdravotního stavu obyvatel jak si program klade za svůj cíl.

7.3 Koncepce eHealth kraje Vysočina

Koncepce eHealth Kraje Vysočina pro roky 2009 – 2013 byla schválena v březnu 2010 radou kraje a navazující koncepce na léta 2012 – 2015 v prosinci 2011. Program vznikl pod patronací odboru informatiky ve spolupráci s odborem zdravotnictví a jednotlivými zdravotnickými zařízeními kraje. Východiskem dokumentu je sjednocení aplikace informačních a komunikačních technologií v oblasti zdravotnictví, které jednotlivá zdravotnická zařízení dlouhá léta užívají, a jejich další

rozšiřování. To souvisí s centralizací a integrací dílčích služeb v rámci krajských zdravotnických zařízení v letech 2008 a 2009. Na počátku stála snaha po základní analýze současného stavu informačních technologií a následně identifikace problémů, zdrojů a vytvoření programového rámce na další období. V pokračování se koncepce zaměřila na prioritní oblasti a jejich další rozvoj. Pro každý rok trvání strategie byl zpracován akční plán.

Koncepce si klade několik základních cílů:

1. stanovit priority rozvoje elektronizace zdravotnictví v kraji,
 2. zastřešit činnosti týkající se problematiky eHealth v kraji,
 3. vytyčit základní směr rozvoje informačních technologií ve zdravotnických zařízeních a
 4. vytvořit rámec pro možné projektové financování z fondů Evropské unie.
- (Koncepce eHealth, 2010)

Tím částečně navazuje na *Zdravotní plán kraje Vysočina*, který se hned v několika prioritních oblastech zmiňuje o využívání informačních technologií a jejich další podpoře. Podrobněji koncepce se zdravotním plánem propojená není a to ani v akčních plánech ani dílčích projektech, které však nepochybně naplňují priority stanovené zdravotním plánem.

Úvod dokumentu shrnuje základní výstupy *Analýzy vybraných oblastí eHealth* a provedené SWOT analýzy. Ze slabých stránek oblasti eHealth vyšlo především nedostatečné personální zajištění oblasti, nedostatečné znalosti zdravotnického personálu, nejednotné výpočetní vybavení v rámci kraje či nedostatečná legislativa. Na jednotlivé oblasti navazuje druhá část, která se věnuje zdrojům nutným k naplnění koncepce. Koncepce rozlišuje tři základní oblasti – lidské zdroje, finanční zdroje a technologie. Zatím co oblast technologií je poměrně dobře zajištěna vybudováním Technologického centra Kraje Vysočina, Datovým skladem kraje a silnou telekomunikační infrastrukturou, oblast lidských zdrojů „je v rámci kraje velmi neutěšená.“ (Koncepce eHealth, 2010 : 8) Pro zajištění programu eHealth je nutné vybudování týmů odborníků, což je základní předpoklad úspěchu. Finanční zdroje jsou považovány za důležitý prostředek pro další rozvoj a udržování projektu. Jako důležitá změna je zmiňována snaha po systémovém nastavení financování celé oblasti v rámci kraje, včetně možného vícezdrojového financování.

Pro roky 2009 – 2013 bylo vybráno 12 klíčových oblastí, na které se koncepce eHealth podrobně zaměřuje (viz tabulka č. 5). Jedná se o vybudování jednotného regionálního rezervačního systému pro objednávání do odborných ambulancí, elektronizaci kompletní zdravotnické dokumentace, zavedení elektronického podpisu ve zdravotnických zařízeních kraje, či možnost výměny zdravotnické dokumentace v rámci kraje mezi nemocnicemi navzájem a zdravotnickou záchrannou službou. V dalších oblastech se koncepce zaměřuje na jednotné řízení kvality a efektivity poskytované léčebné a ošetrovatelské péče, řízení ekonomických ukazatelů včetně vykazování zdravotním pojišťovněm a standardizaci výpočetní techniky napříč krajskými zdravotnickými zařízeními. Důležitým doplňkem je vzdělávání a zkvalitnění služeb pacientům prostřednictvím dostupného internetu, televize atd.

Akční plán pro rok 2010 představuje soubor 24 aktivit, které umožňují položit základy pro projekt eHealth a dále ho rozvíjet. Jedná se o základní právní rámec problematiky, posouzení oblasti Úřadem na ochranu osobních údajů, nastavení technických parametrů, dokončení propojení nemocnic pomocí datové sítě, realizace Technologického centra kraje a tím vytvoření výpočetních kapacit pro další rozšiřování projektu, navázání základní spolupráce s nemocnicemi a prozkoumání jejich potřeb a další. Drtivá většina bodů byla v roce 2010 splněna a projekt eHealth mohl být dále úspěšně rozšiřován. (RK-35-2010-49, př. 1)

Tabulka č. 5: Přehled prioritních oblastí a klíčových aktivit definovaných v *Koncepci eHealth Kraje Vysočina 2009 – 2013* spolu s uvedením realizovaných projektů a jejich dokončením a vyhodnocením ke konci roku 2013.

prioritní oblasti a klíčové aktivity	realizované projekty	stav
Regionální rezervační systém	e@mbulance (2010 - 2012)	splněno
Elektronizace zdravotnické dokumentace	eMeDocS (2012) Studie regionálního konceptu výměny zdravotnické dokumentace mezi zdrav. zařízeními kraje včetně realizace formou pilotního projektu (2010)	částečně splněno postupné zavádění programu, není propojení nemocnic
Zavedení elektronického podpisu	Technologická analýza (2011)	nesplněno zavedení odkládáno – spojeno se zavedením nového nemocničního informačního systému

Ukládání a archivace elektronické zdravotnické dokumentace	Projekt digitalizace a ukládání v kraji Vysočina (2011) Realizace elektronických archivů, centrální eSpisovna (2012)	splněno
Výměna zdravotnické dokumentace v rámci regionu	Budování a rozvoj bezdrátové sítě (2011) eMeDocS (2012)	částečně splněno proběhla příprava technického zázemí
Řízení kvality a efektivity poskytované léčebné a ošetrovatelské péče	Dodávka a implementace software pro měření kvality a efektivity poskytované zdravotní péče (2010) Software pro plánování směn (2010) Software pro ekonomickou a provoznětechnickou agendu (2012)	splněno
Řízení kvality ekonomických ukazatelů	Dodávka softwaru k vyhodnocení produkce akutních lůžkových zdravotnických zařízení metodou DRG (2009) Elektronický systém pro objednávání léčiv, zdravotnického a ostatního materiálu (2010)	splněno
Bezpečnost	Alucid systém autorizace uživatelů k eHealth (2011)	částečně splněno čeká na realizaci dalších projektů
Standardizace informačních technologií zdravotnických zařízení	Analýza stávajících nemocničních informačních systémů v nemocnicích zřizovaných krajem Vysočina a průzkum trhu pro řešení nového (2011)	průběžně probíhá plnění
Mobilita	Mobilní komunikace ve výjezdových vozech zdravotnické záchranné služby (2008) Budování a rozvoj bezdrátové sítě (2011)	splněno
Vzdělávání	Průzkum počítačové gramotnosti (2012)	částečně splněno na realizaci čeká e-learning
Služby pacientům	Budování a rozvoj bezdrátové sítě (2011)	částečně splněno není propojení videokonferencí

Zdroj: autor. *Koncepce eHealth Kraje Vysočina 2009 – 2013*, 2010. *Vyhodnocení akčního plánu koncepce eHealth kraje Vysočina pro rok 2013*, 2014.

Koncepce pro roky 2012 – 2015 je v zásadě totožná s první koncepcí, odlišuje se především v oblasti klíčových aktivit, které již navazují na realizované či připravované projekty (viz tabulka č. 6). Regionální rezervační systém pod názvem e@mbulance byl uveden do plného provozu v roce 2010, a tudíž se koncepce zaměřuje již jen na jeho dobudování, rozvoj a možné rozšíření z nemocnic kraje do ambulancí praktických lékařů. V rámci jednotlivých nemocnic a na krajském úřadě bylo vytvořeno zázemí pro videokonference umožňující snadnější propojení a řízení jednotlivých

zdravotnických zařízení. Projekt výměny zdravotnické dokumentace v rámci kraje byl realizován prostřednictvím systému eMeDocS (exchange Medical Documents System) od roku 2010, kdy na základě koncepční *Studie regionálního konceptu výměny zdravotnické dokumentace mezi zdravotnickými zařízeními zřizovanými krajem Vysočina* byl realizován soukromou společností pilotní projekt zahrnující výměnu zdravotnické dokumentace mezi Zdravotnickou záchrannou službou Kraje Vysočina a krajskými nemocnicemi, dálkový přístup do zdravotnické dokumentace a výměnu dat ze zobrazovací diagnostiky. V následujícím období se koncepce zaměřuje na podporu a rozšíření systému i na další dokumentaci, praktické lékaře a snahou je i šíření mimo Kraj Vysočina. Nově řešenou oblastí jsou nemocniční informační systémy, kdy každá z krajských nemocnic disponuje svým vlastním systémem, a zároveň mnohé ze systémů jsou již na hranici své životnosti. V první fázi koncepce předpokládá provedení detailní analýzy a následně propojení nejen nemocničních systémů, ale i laboratorního softwaru. Ostatní klíčové aktivity pokračují dále a textově jsou zcela totožné s předchozí koncepcí.

Tabulka č. 6: Přehled prioritních oblastí a klíčových aktivit definovaných v *Koncepci eHealth Kraje Vysočina 2012 – 2015* spolu s uvedením realizovaných projektů a jejich dokončením a vyhodnocením ke konci roku 2015.

prioritní oblasti a klíčové aktivity	realizované projekty	stav
Regionální rezervační systém e@mbulance	Možnost objednávání do ambulancí nemocnic (2014) Integrace systému eAmbulance s autentizačním systémem MojeID (2015)	splněno pokračuje integrace do nemocničního informačního systému
Elektronizace zdravotnické dokumentace	eMeDocS (2012) Implementace nových funkcí (ambulantní a propouštěcí zprávy) (2015)	částečně splněno spojeno se zaváděním nového nemocničního informačního systému
Zavedení elektronického podpisu	Technologická analýza (2011)	nesplněno součást výměny nemocničních informačních systémů
Ukládání a archivace elektronické zdravotnické dokumentace	Projekt digitalizace a ukládání v kraji Vysočina (2011) Realizace elektronických archivů, centrální eSpisovna (2012)	splněno
Telekonference	Videokonferenční místnosti v nemocnicích (2014)	splněno

Jednotný nemocniční informační systém	Příprava zadávací dokumentace (od 2014) Vyhodnocení technických řešení – virtuální desktopy (2015)	Částečně splněno probíhá vyhodnocení technického řešení a příprava výběrového řízení
Výměna zdravotnické dokumentace v rámci regionu prostřednictvím systému eMeDocS	Vybudován krajský Datový sklad (2014) Implementace nových funkcí (ambulantní a propouštěcí zprávy) (2015) Testování autentizačních mechanismů eIDAS (el. občanský průkaz) (2015)	Částečně splněno probíhá rozšiřování systému o další funkce a další oblasti
Řízení kvality a efektivity poskytované léčebné a ošetrovatelské péče	Dodávka a implementace software pro měření kvality a efektivity poskytované zdravotní péče (2010) Software pro plánování směn (2010) Software pro ekonomickou a provoznětechnickou agendu (2012)	splněno
Řízení kvality ekonomických ukazatelů	Dodávka software k vyhodnocení produkce akutních lůžkových zdravotnických zařízení metodou DRG (2009) Elektronický systém pro objednávání léčiv, zdravotnického a ostatního materiálu (2010)	splněno
Bezpečnost	Semináře k zákonu o kybernetické bezpečnosti (2015) Bezpečnostní certifikace ISO (2015)	průběžně probíhá plnění
Standardizace informačních technologií zdravotnických zařízení	Projekt virtuálních desktopů (2015 – 2016)	průběžně probíhá plnění
Mobilita	Mobilní komunikace ve výjezdových vozech ZZS (2008) Budování a rozvoj bezdrátové sítě (2011)	splněno
Vzdělávání	Krajský regionální portál pro vzdělávání zaměstnanců – e-learning (2015) Semináře pro IT odborníky a pracovníky nemocnic (2015)	Částečně splněno proběhla implementace, během roku 2016 první vzdělávání
Služby pacientům	Budování a rozvoj bezdrátové sítě (2011)	splněno

Zdroj: autor. *Koncepce eHealth Kraje Vysočina 2012 – 2015*, 2011. *Vyhodnocení akčního plánu koncepce eHealth Kraje Vysočina pro rok 2015 a návrh aktivit pro rok 2016*, 2016.

Na schválenou koncepci navazuje každý rok nový akční plán s aktivitami na další rok. Součástí akčního plánu, který je každoročně předkládán radě kraje, je vyhodnocení předchozího roku. Poslední vyhodnocení je za rok 2015 a představuje souhrn kroků učiněných během realizace koncepce. Od konce roku 2015 je v provozu krajský regionální portál pro vzdělávání zaměstnanců zdravotnických zařízení kraje a

postupně během roku následujícího má být uváděn do činnosti v rámci jednotlivých kurzů. Po úvodních analýzách je zpracováván projekt na veřejnou zakázku na dodání nemocničního informačního systému s předpokladem spuštění v první nemocnici v roce 2017. Systém eMeDocS je dále rozvíjen, je připojeno dalších šest krajů a ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví se chystá příprava Národního centra výměny zdravotnické dokumentace. Kraj Vysočina se podílí na činnosti pracovní skupiny pro eHealth zřízené Ministerstvem zdravotnictví. Dále se vyvíjejí i ostatní projekty. Pro rok 2016 je stanoveno 14 pokračujících či nových aktivit včetně dokončení nové strategie eHealth.

Plány jsou každoročně velmi stručné a obsahově často totožné s předchozím akčním plánem. V dílčích oblastech je znát, že se jedná o navazující fáze projektu a postupně se projekt vyvíjí. V rámci jednotlivých aktivit není zřejmé, kdy mají být dokončeny – jestli v průběhu daného roku, na který je plán zaměřen, nebo se jedná o průběžné plnění s ukončením až v následujících letech. Obdobně nelze blíže zkoumat, kdo je zodpovědný za plnění konkrétních aktivit a jaký je cílový stav. Tyto problémy se prolínají celou koncepcí eHealth, která postrádá některé z atributů koncepčního dokumentu. Pro oblast eHealth nejsou vytyčeny jasné cíle, jen zmíněné funkce koncepce. V rámci prioritních oblastí jsou stanoveny klíčové oblasti koncepce, které postrádají podrobnější ukotvení – popis pozadí, nutnost jejich realizace a vzájemné propojení s dalšími aktivitami. Koncepce pro jednotlivé oblasti nemá nastavené cíle a není zcela zřejmé, jak má vypadat cílový stav po realizaci všech projektů a kdo má jednotlivé úkoly realizovat. Zároveň absentují kritéria, která by umožňovala vyhodnocení celého programu a indikovala dosažení cílů. (Ochrana, 2010)

Při hodnocení naplnění koncepcí eHealth vycházíme opět jen z porovnání realizovaných projektů versus prioritní a klíčové oblasti definované v dokumentu. Z tohoto pohledu je většina oblastí splněna. Porovnáním obou strategií zjistíme, že projekty plynule navazují na předchozí splněné aktivity a celý projekt se neustále vyvíjí. Každoroční vyhodnocení a akční plány jsou sice stručné, ale ve srovnání se zdravotním plánem či programem Zdraví 21 existují a každoročně nastavují nové úkoly a činnosti, kterých je potřebné dosáhnout. Z tohoto důvodu je koncepce eHealth zdaleka nejživější strategický dokument zdravotní politiky Kraje Vysočina. Je s ním pravidelně pracováno, je každoročně vyhodnocován a řízení dílčích projektů vede k dosažení stanovených cílů a možná ještě dále. Původně stanovené cíle totiž byly

značně obecné a současný stav realizace směřuje k tvorbě kompletně elektronizovaného zdravotnictví v kraji. Cílový stav není formulován, ale z probíhajících projektů je znát, že k nějakému, poměrně jasnému, cíli vedou. Ten by měl být vyjádřen právě v koncepčním dokumentu.

V závěru roku 2015 souhlasila rada kraje se základními tezemi a tvorbou strategie eHealth na období 2016 – 2020 dle *Strategie rozvoje elektronických služeb v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče Kraje Vysočina na období 2016 – 2020*. Nová koncepce vzniká v souladu s předchozími programy a ve své chartě precizněji formuluje vizi eHealth v kraji jako pokračující podporu a rozvoj elektronických služeb a s tím související zlepšení dostupnosti, efektivity a kvality poskytované péče. (Strategie rozvoje, 2015) Dokument v bodech rozepisuje očekávané přínosy pro skupiny zapojených účastníků – pacienti, lékaře, sociální pracovníky, pracovníky samosprávy a správce systému. Strategie poprvé formuluje čtyři strategické cíle programu, které v minulých strategiích chyběly a dále je člení na specifické cíle a dílčí opatření. Všechny cíle jsou zaměřeny nejen na zdravotnictví, ale také na zdravotní a sociální služby. Mezi strategické cíle patří:

1. posílení role pacienta při řešení životních situací vyžadujících zdravotnické služby,
2. zlepšení efektivity zdravotnického systému kraje,
3. zvýšení kvality a dostupnosti zdravotnického systému kraje a
4. zlepšení dostupnosti a transparentnosti zdravotních služeb prostřednictvím nástrojů eHealth a eGovernmentu. (Strategie rozvoje, 2015 : 17 – 18)

Akční plán pro rok 2016 vychází z koncepčního dokumentu pro roky 2012 – 2015, protože nová koncepce eHealth dosud nebyla dokončena. Nový dokument vzniká v souladu s přípravami Národní strategie elektronického zdravotnictví, jejíž zpracování započalo na přelomu let 2015 a 2016 na základě *Vize elektronického zdravotnictví ČR*, kterou představilo v lednu 2015 Ministerstvo zdravotnictví. Kraj Vysočina se podílí na přípravě těchto dokumentů. V obsahu strategie lze očekávat výrazný posun v jejím pojetí oproti předchozím variantám, zvláště pak v jejím širším pojetí.

8. Naplňování zdravotní politiky Kraje Vysočina

Zdravotní politika Kraje Vysočina není definována jediným uceleným dokumentem. Její základy jsou dány koncepčními dokumenty kraje a programovými prohlášeními Rady Kraje Vysočina. Ty vznikly v kraji po volbách v roce 2008 a 2012. První z prohlášení je velmi stručné a do popředí v rámci celého kraje staví průhlednost rozhodovacích procesů, efektivní využívání zdrojů a rozhodování na základě dlouhodobých koncepcí. Zdravotnictví je jmenováno hned jako třetí nejdůležitější priorita. Zmíněno je především systémové řízení nemocnic, udržení kvalifikovaných zaměstnanců, realizace investičních akcí a rozvoj alespoň jednoho nadregionálního centra specializované péče. (Programové prohlášení 2008 – 2012) Bližší podrobnosti či odkazy na dílčí dokumenty zmíněny nejsou.

Na obdobných prvcích staví i programové prohlášení z roku 2012, které je výrazně obsáhlejší. Hned v úvodu zmiňuje *Zdravotní plán kraje Vysočina* jako důležitý prvek strategické základny, od které chce kraj odvíjet další politiku. Specificky vzhledem ke zdravotnictví chce kraj „*udržet maximální množství fungujících veřejných služeb.*“ (Programové prohlášení 2012 – 2016, 3) Čtvrtá kapitola zachycuje v bodech konkrétní oblasti, na které se chce kraj zaměřit – na síť poskytovatelů zdravotních služeb, zřizovatelskou funkci kraje a kvalitu zdravotní péče. Základem zdravotní politiky má být udržení krajských nemocnic s dostupnou a efektivní zdravotní péčí, ekonomicky stabilním chodem, vzdělanými lidskými zdroji a dokončenou elektronizací zdravotnictví v rámci projektu eHealth. To je jediný konkrétní odkaz na strategický dokument kraje.

Komplexního zpracování se zdravotní politice v rámci kraje nedostalo. Jednotlivé krajské koncepce vznikaly na základě odlišných předpokladů často k řešení specifických úloh (elektronizace zdravotnictví, řešení krize ve zdravotnictví) a jen díky vytrvalé práci se podařilo zpracovat kvalitní dokumenty, které pokrývají zdravotnictví souhrnně. Přesto u zdravotního plánu a koncepce eHealth převládá zaměření na technickou stránku zdravotnictví a především krajskou zdravotní infrastrukturu a její správu a řízení. Zdraví populace kraje se věnuje program Zdraví 21, který je značně obecný, realizace jeho aktivit je nekonkrétní a dosahování cílů je těžko měřitelné. Zároveň jeho realizace byla pojata velmi technokraticky (vyhlašování grantových řízení) s nerovnoměrným pokrytím území kraje.

Jednotlivé dokumenty jsou vzájemně jen málo provázané a i přes dílčí aktualizace se na sebe vzájemně neodkazují vůbec nebo jen ve svých úvodech. Cíle vzájemně se nepřekrývají a ani dílčí programy na sebe neodkazují či nepředávají realizaci konkrétních aktivit do působnosti jiného strategického dokumentu. V podstatě koncepční dokumenty působí jako zcela samostatné oblasti, které spolu jen částečně souvisí. Alespoň tak vypadají *Zdravotní plán Kraje Vysočina* a program *Zdraví 21 pro kraj Vysočina*. *Koncepce eHealth kraje Vysočina* rovněž není s programem *Zdraví 21* provázána, ale vůči zdravotnímu plánu nacházíme řadu společných bodů. V podstatě se oba programy vzájemně doplňují, ale formálně propojeny odkazy nejsou.

Jedním z důvodů, proč koncepce nejsou vzájemně v souladu, je zřejmě i způsob jejich vzniku. Zdravotní plán byl připravován odborem zdravotnictví, program *Zdraví 21* odborem regionálního rozvoje a koncepce *eHealth* odborem informatiky. Příprava programů samozřejmě nebyla zcela nezávislá na ostatních odborech, které spolupracovaly. Přítomnost centrální autority, která by dbala nad celou oblastí, by byla velmi pozitivním impulzem a dokázala by vzájemně sladit jednotlivé dokumenty a jejich cíle. Pro optimální nastavení zdravotní politiky kraje se jeví jako vhodné propojení cílů z oblastí podpory a rozvoje zdraví obyvatelstva a na druhé straně technické zabezpečení krajského zdravotnictví a jeho efektivní správa. Tomu by měla být nadřazena společná vize pro oblast zdraví v kraji, který by stanovila „*v dlouhodobém časovém horizontu konečnou cílovou představu o hodnotově sdíleném budoucím stavu společnosti.*“ (Ochrana, 2010: 41)

Příprava strategických dokumentů kraje byla provázena zpracováním celé řady precizních analytických dokumentů. Průběh realizace koncepcí byl vyhodnocován jen zřídka. Výjimkou je koncepce *eHealth* a pravidelné vyhodnocení ročních akčních plánů. Kvalita a obsah zpracovaných hodnocení je v porovnání s úvodními dokumenty velmi odlišná. Vyhodnocení navíc neposuzuje naplněnost cílů, ale jen realizované aktivity. Díky tomu nelze jednoznačně objektivizovat splnění cílů. Přitom „*obecně je vhodné zdůraznit, že tvorbu a realizaci jednotlivých veřejných politik bez jejich objektivního a veřejně dostupného hodnocení nelze považovat za prokazatelně společensky přínosnou.*“ (Háva, 2004a : 56) Pro další pokračování a návaznost nových koncepčních dokumentů je zcela zásadní vyhodnotit splnění stanovených cílů, porovnat nastavené indikátory a posoudit, zda zvolené prostředky byly adekvátní nebo je bude nutné změnit. Nebo naopak bude nutné změnit cíle, které již neodkazují na reálné

potřeby kraje. K detailním analýzám tohoto typu nedošlo ani u jednoho z podrobně sledovaných dokumentů. Pro jejich pokračování byly zpracovány jiné analytické podklady hodnotící změnu zdravotního stavu obyvatel či ekonomické parametry zdravotnictví v kraji. V takovém případě ale dochází víceméně k tvorbě nové politiky a nikoli návaznosti na politiku realizovanou. Nedochozí k případné úpravě politiky v novém vstupu cyklu, jak předpokládá teoretický model fází veřejně politického cyklu.

I přes zmíněné nedostatky v zavádění zdravotních plánů a přístupu krajské samosprávy ke strategickým dokumentům se většině z nich podařilo v celku úspěšně naplňovat své cíle, jak ukazuje vyhodnocení dokumentů v kapitole 7. Příprava koncepčních dokumentů pomohla k finanční stabilizaci krajského zdravotnictví a následně efektivnější distribuci finančních prostředků. *Socio-ekonomická analýza ke zdravotnímu plánu* se velmi podrobně věnuje ekonomickým parametrům krajských nemocnic a jejich výkonnosti. Již v roce 2007, kdy byl dokument spolu se zdravotním plánem schválen, se v podstatě podařilo díky oddlužení nemocnic zajistit jejich ekonomickou udržitelnost.

Zároveň rozpracovává plán investičních akcí nemocnic na roky 2008 – 2013, který vychází z předchozích analýz potřeb a rozvojových plánů nemocnic. Plán vychází z potřeb zařízení a neváže navrhované investice na finanční zdroje. Z předchozích analýz hospodaření nemocnic „je zřejmé, že není v možnostech kraje investovat tak vysoké částky na jejich obnovu a modernizaci.“ (Socio-ekonomická analýza, 2007 : 185) Z možností, jak zajistit potřebné investice, jsou navrhovány úvěr, fondy Evropské unie, půjčky, projekty veřejných a soukromých zdrojů atd. Pro realizaci je na základě posouzení investic navrženo pořadí pěti nejpotřebnějších investičních akcí. Priority 1 – 4 se podařilo uskutečnit do roku 2015 navíc s využitím finančních prostředků z fondů Evropské unie. Tyto projekty představuje prvních pět investičních akcí v tabulce č. 7. Zbylé priority jsou v současné době realizovány. Rekonstrukce infekčního pavilonu v Nemocnici Jihlava začala v roce 2015 a rekonstrukce chirurgického pavilonu v Nemocnici Třebíč, který nakonec nahradila novostavba pavilonu chirurgických oborů, započala v roce 2016. V obou případech se jedná o vlastní investiční projekty Kraje Vysočina. V letech 2007 – 2015 se podařilo realizovat i mnohé další investice zmíněné v rámci potřeb, a to především pro modernizaci technického a přístrojového vybavení, zavádění moderních informačních technologií, úsporu energií či zlepšení prostředí zdravotnických zařízení. Výběr projektů, na které byly využity dotační

prostředky Evropské unie, představuje tabulka č. 7. Vypsány jsou pouze ty projekty, které mají vazbu na plánovaná opatření *Zdravotního plánu kraje Vysočina*.

Tabulka č. 7: Přehled vybraných projektů ve zdravotnictví financovaných Krajem Vysočina za využití dotačních prostředků Evropské unie v letech 2003 – 2015.

projekt	celkové náklady (Kč)	výše dotace (Kč)	podíl kraje (Kč)	podíl kraje (%)
Pavilon urgentní a intenzivní péče Nemocnice Jihlava	423 227 327	132 467 558	290 759 769	68.70 %
Interní pavilon v Nemocnici Nové Město na Moravě	433 542 235	126 745 714	306 796 521	70.77 %
Hlavní lůžková budova v Nemocnici Pelhřimov	477 938 363	141 467 799	336 470 564	70.40 %
Pavilon pro matku a dítě v Nemocnici Třebíč	328 288 656	106 852 494	221 436 162	67.45 %
Rekonstrukce budovy interny v Nemocnici Havlíčkův Brod	198 849 599	63 809 976	135 039 623	67.91 %
Zdravotnické přístroje Nemocnice Havlíčkův Brod	30 288 247	9 647 596	20 640 651	68.15 %
Standardy operačního řízení ZZS kraje Vysočina	32 347 715	27 149 573	5 198 142	16.07 %
Modernizace a standardizace vybavení ZZS Kraje Vysočina	67 329 427	65 300 105	2 029 322	3.01 %
Úspory energie v zařízeních zřizovaných Krajem Vysočina – Nemocnice Jihlava – gynekologicko-porodnický pavilon	13 912 013	6 695 783	7 216 230	51.87 %
Úspory energie v zařízeních zřizovaných Krajem Vysočina – Nemocnice Třebíč – pavilon porodnice	4 877 282	2 205 880	2 671 403	54.77 %
Revitalizace parků v zařízeních zřizovaných Krajem Vysočina – Nemocnice Havlíčkův Brod	2 995 342	1 376 945	1 618 398	54.03 %
celkem (Kč)	2 013 596 206	656 569 850	1 357 026 358	

Zdroj: autor. Portál Analytické a statistické služby Kraje Vysočina.

Mnohé z uskutečněných projektů vedoucích ke zvýšení efektivity krajského zdravotnictví a jeho modernizaci, investiční projekty realizované dle odborných analýz a snaha po strategickém řízení krajského zdravotnictví ukazují, že *Zdravotní plán kraje*

Vysočina a Koncepce eHealth kraje Vysočiny splnily svá očekávání a vedly krajskou samosprávu k systematickému přístupu při dlouhodobém rozvoji zdravotnictví v kraji. Jistě by bylo možné najít mnohé nedokonalosti a nepříliš efektivně investované prostředky, ale v kontextu strategického řízení v České republice lze přístup Kraje Vysočina v oblasti zdravotnictví považovat za velmi dobrý.

Tabulka č. 8: Porovnání některých statistických údajů o zdraví v Kraji Vysočina v letech 2003 a 2013.

	2003	2013
počet obyvatel (k 31.12.)	517 511	510 209
věková skupina 0 – 14 let (v %)	16,1 %	14,8 %
věková skupina 65+ (v %)	14,1 %	17,4 %
počet narozených	4 781	4 920
počet zemřelých	5 409	5 129
nejčastější příčiny úmrtí – muži	nemoci oběhové soustavy (53 %), novotvary (28 %)	nemoci oběhové soustavy (45 %), novotvary (27 %)
nejčastější příčiny úmrtí – ženy	nemoci oběhové soustavy (63 %), novotvary (24 %)	nemoci oběhové soustavy (53 %), novotvary (21 %)
počet diabetiků	29 446	36 834
počet hospitalizací obyvatel Kraje Vysočina ve všech nemocnicích ČR	123 084	117 266
případy pracovní neschopnosti (na 100 pojištěných)	88,67	32,09
počet nemocnic	6	6
počet ambulantních zařízení	1048	1115

Zdroj: autor. *Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2003, 2004. Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2013, 2014.*

Zcela jiných kvalit hodnocení svých dopadů měl nabýt *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina*. Cílem programu bylo dlouhodobě působit na zlepšování úrovně zdraví a dalších ukazatelů životního stylu obyvatelstva. Pro hodnocení dopadů byla v akčním plánu programu navrhována celá škála indikátorů jako například věkové složení obyvatelstva, střední délka života, incidence vybraných onemocnění atd. Zlepšení těchto statisticky standardně sledovaných parametrů lze očekávat i bez vlivu programu

Zdraví 21, jelikož od počátku 90. let 20. století dochází ke zlepšování měřitelných statistik zdraví obyvatel České republiky. Odlišit vliv strategie od běžného vývoje je velmi obtížné. Vyhodnocení programu nebylo dopředu připraveno a ani *Souhrn aktivit realizace Programu Zdraví 21 pro kraj Vysočina* nepřináší bližší vyhodnocení. Samotný efekt realizovaných projektů na významné ovlivnění zdraví v kraji je pochybný, jak bylo zmíněno při vyhodnocování naplnění plánovaných aktivit programu v kapitole 7. Zjednodušené srovnání stavu zdraví v letech 2003 a 2013 v Kraji Vysočina přináší tabulka č. 8. Výsledky v roce 2013 odpovídají předpokladům zmiňovaným v analytické části programu Zdraví 21 – pokračuje pokles obyvatel kraje, klesá zastoupení věkové skupiny do 14 let a naopak stoupá procentuální zastoupení obyvatel ve věku nad 65 let. V obou srovnávaných letech se narodilo méně dětí, než byl počet zemřelých. Předpokládaným trendům odpovídá nárůst počtu diabetiků. Pozitivní je zvrát v trendu nejčastějších příčin úmrtí, kdy jak u mužů, tak žen, poklesly nejčastější příčiny úmrtí. Snižování úmrtí na nemoci oběhové soustavy je dlouhodobým trendem v celé České republice, ke zvrátu u nádorových onemocnění došlo v uvedeném desetiletí. Zda se ve statistikách projevil vliv koncepčních dokumentů kraje, není jasné a zřejmě ani podrobný výzkum nedokáže tento vliv odhalit.

V celkovém pohledu na zdraví v regionu se Kraj Vysočina aktivně věnuje jen některým z oblastí, které popisují determinanty zdraví. Zlepšování oblasti zdravotních služeb úzce souvisí se zdravotním plánem a koncepcí eHealth. Tato oblast byla během 70. a 80. let 20. století značně zanedbána a její deficit rychle dorovnávaný od 90. let 20. století ještě stále nedosáhnul možného maxima. (Rechel, 2014) Zvyšování kvality poskytovaných služeb má jednoznačně pozitivní efekt na zdraví obyvatelstva. Statistické zlepšení zdraví se nyní projevuje daleko pomaleji než před dvaceti lety. Důraz na životní styl, který je nejdůležitější determinantou, a životní prostředí klade hlavně program Zdraví 21. Jak již bylo zmíněno, vliv programu nebyl příliš soustředěný na zlepšení těchto ukazatelů, ale přesto každý další posun v těchto oblastech se odráží ve zdraví. Kraj Vysočina navíc může těžit z dobrého životního prostředí. Jak ukazuje nový program Zdraví 2020, je pro podporu zdraví potřeba uskutečnit více cílených projektů a zároveň je třeba mít na paměti zdraví a jeho rozvoj i při plánování jiných politik.

Závěr

Zdravotní politika krajů vznikla jako nový fenomén v českém zdravotnictví po reformě veřejné správy v roce 2000, kdy byly zřízeny nové vyšší územně samosprávné celky – kraje. Kraj Vysočina se systematicky začal věnovat tvorbě zdravotní politiky od roku 2003, kdy došlo ke zrušení okresů a převedení okresních nemocnic na kraje. Prvním ztvárněním zdravotní politiky kraje se stal, v roce 2007 schválený, *Zdravotní plán kraje Vysočina*, jehož dokončení bylo několikrát odsunuto. Zdravotní plán nebyl zcela dokončen, ale až do roku 2016 byl základem zdravotní politiky kraje. Nahrazen byl v dubnu 2016 *Strategickým plánem rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina na období do roku 2020*. Dalším z dokumentů tvořících zdravotní politiku kraje byl v letech 2007 – 2008 vytvořený *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina, Koncepční dokument kraje Vysočina pro období 2008 – 2015* navazující na strategický program Světové zdravotnické organizace Zdraví 21 a jeho národní podobu schválenou vládou v roce 2002. Od roku 2016 je program nahrazen novým strategickým dokumentem na roky 2016 – 2020 *Program Zdraví 2020 pro Kraj Vysočina*. Třetím koncepčním dokumentem zaměřeným na zdravotní politiku v kraji a její elektronizaci je *Koncepce eHealth kraje Vysočina* ve verzích pro roky 2009 – 2013 a 2012 – 2015 a dále připravovaná navazující *Strategie rozvoje elektronických služeb v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče Kraje Vysočina na období 2016 – 2020*. Důraz na zdraví Kraj Vysočina klade i ve svých dalších koncepčních dokumentech.

Diplomová práce *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina* se zaměřila na objasnění vzniku jednotlivých strategických dokumentů kraje a sleduje v prvé řadě stanovení priorit a cílů koncepcí. Kvalita zpracování a nastavení jednotlivých cílů se mezi jednotlivými dokumenty významně odlišuje. Zkoumání propojení jednotlivých strategických dokumentů bylo druhým cílem této práce. Přestože první verze koncepcí vznikaly v poměrně krátkém období, jejich prolínání je jen velmi slabé. Vzájemným srovnáním obsahu dokumentů a jejich cílů nacházíme jen dílčí zmínky a jednotlivé odkazy. Programově dokumenty nenavazují a nevytváří společný pohled na zdravotní politiku v rámci kraje. Prioritní roli ve zdravotní politice kraje zastává *Zdravotní plán kraje Vysočina*, na který je odkazováno v programovém prohlášení rady kraje z roku 2012 a dalších dokumentech a rozhodnutích. V návaznosti na tento dokument rozvíjí problematiku elektronizace zdravotnictví koncepce eHealth, která podrobně zpracovává dílčí oblast nastíněnou zdravotním plánem. Oba dokumenty se však věnují především

problematicke nemocniční péče a zdravotnické záchranné služby, které spravuje kraj. Jiné zaměření má *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina*, který se věnuje problematice podpory a zlepšování zdraví populace. Nastavení cílů a dílčích aktivit tomu odpovídá, čímž ale program pokrývá zcela jinou oblast zdravotní politiky. Návaznost k předchozím dokumentům je minimální a ani odkazy z jiných dokumentů neakcentují problematiku zdraví z hlediska tohoto programu. Celkově koncepční dokumenty pokrývají jak podporu zdraví v kraji, tak rozvoj zdravotnických služeb, ale nejedná se o jednotnou ucelenou krajskou politiku.

Třetím cílem práce bylo zachytit vývoj strategických dokumentů. Tato část zdravotní politiky se ukázala jako problematická. Provázání cyklického modelu fází veřejně politického cyklu se obecně projevilo jako nedostatečné. Zdravotní plán kraje hovoří ve schválené podobě z roku 2007 o nedokončení a nutnosti dalších prací, ke kterým ale nedošlo. Aktualizace plánu byla neustále oddalována s odkazy na měnění se, či očekávanou změnu legislativy. Absence průběžného vyhodnocování dosažených výsledků a dílčích hodnotících zpráv nevytvořila nutný rámec pro nastartování průběžných zpětných vazeb, které by vedly k úpravám schválené politiky. Díky tomu nebyl zdravotní plán od svého schválení upravován a byl až v roce 2016 nahrazen novým dokumentem. Podobně tomu bylo i u programu Zdraví 21, který byl již dopředu koncipován jako strategie na roky 2008 – 2015. I zde zpětná vazba proběhla jen omezeně, tvorba akčních plánů nepokrývala celé období platnosti programu a do samotného dokumentu nebylo zasahováno. Až snahy o aktualizaci programu vyústily v tvorbu nového dokumentu odkazujícího se k národní strategii Zdraví 2020, která byla přijata na jaře 2016. Obsahově si nový program odnáší mnohé z původního plánu bez větších úprav. Schválení navazujících koncepčních dokumentů na jaře 2016 neumožnilo jejich podrobné zkoumání v této diplomové práci.

Poněkud odlišně probíhala aktualizace koncepcí eHealth, jejichž třetí generace má být schválena během prvního pololetí roku 2016. Jako jediné z dokumentů byly každý rok provázeny vyhodnocením ročních plánů a představovaly akční plány pro rok následující. Koncepce eHealth postrádá některé z podstatných atributů, které by měla strategie mít. Z pohledu jejího využití a průběžného vyhodnocování probíhala práce s koncepcí nejlépe. Dokument stanovuje jednotlivé prioritní a klíčové aktivity, které jsou zdravotní politikou systematicky naplňovány. Dílčí kroky jsou rozpracovány v akčních plánech a každoročně hodnoceny. Další verze strategie vychází

ze zhodnocení dosaženého pokroku a vytyčení dalšího směřování, čímž oproti ostatním dokumentům nejlépe odpovídá teoretickému modelu tvorby politiky.

Vývoj zdravotní politiky kraje není plynulý v rámci opakujících se cyklů, jak by se nechalo odvozovat od původních domněnek. Nové verze dokumentů ukazují, že jejich vznik je často spíše skokový nebo jen minimálně navazující na předchozí předpoklady. Zkoumání jednotlivých dokumentů dále ukazuje, že kraj nemá nastavený funkční rámec hodnocení plněných cílů. Tento nedostatek je zřejmý již v samotných dokumentech, kde cíle nejsou dostatečně precizované a hodnocení je buď zmiňováno jen okrajově, nebo bylo zcela opomenuto. Hodnocení patří k nedílným součástem politiky a umožňuje posoudit úspěšnost její realizace. Zanedbáním se kraj ochuzuje o důležité informace, které by mohly pomoci při dalším rozhodování a případných změnách v nastavení politiky.

Ve své závěrečné části se práce věnuje naplňování koncepčních dokumentů a jimi stanovených cílů v realizované politice Kraje Vysočina. Základním východiskem pro tuto oblast jsou analýzy strategických dokumentů a jejich cílů. Kraj Vysočina dle průběžných hodnocení, schvalování navazujících grantových programů a akčních plánů s jednotlivými dokumenty pracoval. Bylo zjištěno, že nastavení cílů u všech dokumentů neumožňuje snadné posouzení či změření jejich dosažení. Toto hodnocení lze aplikovat jen na některé z dílčích cílů nebo prioritních opatření. Jak bylo zmíněno výše, absence měřitelnosti naplnění realizace patří k největším nedostatkům strategických dokumentů kraje.

Následně došlo ke srovnání nastavených cílů, podcílů či plánovaných aktivit s realizovanými projekty. Bylo zjišťováno, do jaké míry odpovídají plány uskutečněným projektům. Výsledek zkoumání ukazuje, že zdravotní plán a koncepce eHealth jsou naplňovány téměř ve všech oblastech. Navrhované aktivity byly dále rozděleny na dílčí navazující kroky, které jsou systematicky uskutečňovány. Příprava často zabrala několik let, včetně detailních studií a pilotních projektů a mnohá finální řešení jsou teprve připravována. Naplňování navržených aktivit programu Zdraví 21 rovněž probíhalo. Tyto aktivity často spočívají jen ve vypisování každoročních grantových programů, aktualizaci webových stránek či vydávání informačních zpravodajů. Srovnání s dlouhodobým sjednocováním řízení zdravotnických zařízení v kraji, nastavování jednotných účetních programů či naplňování dlouhodobého investičního programu není možné. Jednotlivé granty jsou vypisovány každý rok bez

hlubšího provázání či následnosti na předchozí uskutečněné projekty. Navíc program Zdraví 21 nerealizoval žádný program k naplnění šesté priority a jen velmi omezeně naplňoval dílčí cíle třetí a čtvrté priority, které u více než poloviny podcílů neměly naplánované projekty. Naplňování cílů v programu Zdraví 21 výrazně zaostává za ostatními koncepčními dokumenty, jejichž realizace je více než dobrá.

Specifická pozornost byla věnována investičním projektům Kraje Vysočina. V letech 2003 – 2015 bylo do krajského zdravotnictví investováno téměř 5 miliard Kč, přičemž část finančních prostředků byla získána z operačních programů Evropské unie. Výzkumná otázka se zabývala investicemi a jejich souvislostmi s cíli zdravotní politiky. Nejvyšší částky byly investovány do modernizací a výstavby nové zdravotnické infrastruktury. Investiční priority byly určeny v příloze *Zdravotního plánu Kraje Vysočina*. Výzkum ukázal, že všechny byly naplněny. Srovnáním projektů dotovaných z prostředků Evropské unie a stanovených priorit je patrné, že jen dvě modernizace ze sedmi nebyly podpořeny. Tyto dva projekty zafinancoval Kraj Vysočina plně ze svého rozpočtu. Další dotace byly použity na modernizaci zdravotnické techniky, vybudování onkologického centra v Nemocnici Jihlava a zdejší instalaci jediné krajské magnetické rezonance a na mnohé další projekty. Rozvoj oblasti eHealth byl taktéž částečně financován z různých zdrojů. Účelem práce nebylo detailně prozkoumat efektivitu jednotlivých investic, ale posoudit naplnění stanovených cílů. Z tohoto pohledu lze provedené investiční akce hodnotit pozitivně, jelikož zcela odpovídají prioritám stanoveným v koncepčních dokumentech, přičemž jako první byly prováděny projekty s nejvyšší prioritou.

Vliv koncepčních dokumentů na zdravotní politiku kraje v uplynulých letech je nepopíratelný. Tvorbu skutečné politiky s ohledem na koncepční materiály lze hodnotit jedinečně pozitivně, zvláště v kontextu doby přípravy, schválení dokumentů a volebních období zastupitelstva a rady kraje. Většina z koncepcí bez politického zásahu přežila dvoje krajské volby, přičemž i poslední rada kraje se ve svém programovém prohlášení odkazuje na dokument schválený svými předchůdci. Konzistentnost zdravotní politiky vypovídá nejen o důležité dlouhodobé politické shodě na krajské úrovni, ale též o kvalitě připravených strategických dokumentů.

Hlavní cíl diplomové práce *Tvorba zdravotní politiky Kraje Vysočina* spočíval ve zkoumání vzniku, tvorby a skutečného uplatnění zdravotní politiky formované strategickými dokumenty kraje. K naplnění tohoto záměru bylo užito celé řady

prostředků a metod, včetně zkoumání materiálů z jednání rady a zastupitelstva kraje a jednotlivých krajských nemocnic. Na základě získaných poznatků lze konstatovat, že Kraj Vysočina vytvořil a stále vytváří strategické dokumenty zaměřené na zdravotnictví, na které navazují projekty podřízené k plnění těchto cílů. Koncepční snaha kraje je dlouhodobá a i přes dílčí nedostatky směřuje zdravotní politiku kraje určeným směrem.

Výzkum zdravotní politiky krajů je oblast, která by měla být dále podrobně sledována. Zvláště v případě regionů, které jsou vlastníky většiny nemocnic na svém území, umožňuje dobře zvolená zdravotní politika významně ovlivňovat život a zdraví obyvatelstva. Ve spojení s programy na podporu zdraví mohou kraje ovlivnit téměř celou oblast zdraví. Při pokračování zkoumání zdravotní politiky Kraje Vysočina by bylo vhodné se s větším odstupem zaměřit na pokračování započatých projektů a jejich dlouhodobou udržitelnost. Samostatnou kapitolou pro bádání jsou dlouhodobé trendy ve zdraví populace a případný vliv opatření zavedených krajem na ně. V návaznosti na tuto práci se nabízí možnost sledování práce kraje s novými koncepčními dokumenty kraje schválenými v roce 2016 a jejich případné vyhodnocení po roce 2020, ke kterému shodně míří. Dalším směrem využití získaných poznatků v navazujícím výzkumu může být například srovnání krajských zdravotních politik navzájem.

Summary

The constitution of regional public administrations in 2000, the abolition of districts in 2003 and the transfer of hospitals to regions brought the new phenomena – regional health policy. Vysočina Region authority started with arrangements of regional health care policy in 2003. The first strategy document was *Zdravotní plán kraje Vysočina* (The Health Plan of the Vysočina Region), which was not fully completed. This document was finally replaced in 2016. *Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina* (The Program Health 21 for the Vysočina Region) is the second strategy document ratified in 2008. It is derived from national strategy Health 21 and the World Health Organization strategy Health 21. And the last one of the strategic documents is *Koncepce eHealth Kraje Vysočina* (The Conception eHealth of the Vysočina Region), which was prepared in two editions for the years 2009 – 2013 and 2012 – 2015. The Vysočina Region aims emphasis on healthy in its other policy documents too.

The diploma thesis *Formation of the Health Policy in Vysočina Region* is interested in the development of the health policy of the Vysočina Region and the creation and utilization of policy documents aimed at the health care. The goal of this thesis led to the investigation how the strategic documents are connected together and if the documents make the complex health policy of the Vysočina Region. Finally it seems that the documents are very independent and we could find only rare citation to other documents.

The other goal of this thesis led to the investigation the development of the strategic documents. All documents were replaced by the new one in 2016. During their long validity was approved only new the eHealth conception.

The final goal of this thesis was interested by the formation of health care policy in Vysočina Region based on the strategic documents. The most important question was if Vysočina Region authority applies strategic papers in their policy. They were compared strategic documents and the planned programs with programmes that were realized. The same was done with investment of the Vysočina Region in health policy. The results reveals that the Vysočina Region authority used the document whole the time. The health policy proclaimed in policy statements of the regional government speaks about strategy document. The most of the prepared programmes were really realized and all the investment marked as the priorities were realized too. There were also used European Union funds to finance priority investments.

Použitá literatura

- ABEL-SMITH, Brian. *An introduction to health: policy, planning and financing*. London: Longman, 1997, viii, 237 s. ISBN 0-582-23866-8.
- ANTOŠOVÁ, Danuše et al. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. 155 s. ISBN 978-80-85047-49-3.
- BADURA, Bernhard. KICKBUSCH, Ilona. *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. Copenhagen: World Health Organization, 1991, 496 s. ISBN 92-890-1128-9.
- BILKOVÁ, Lucie. *Lidské zdroje ve zdravotnictví Kraje Vysočina se zaměřením na ambulantní specialisty*. Diplomová práce. Praha, 2005. 91 s.
- BJORKMAN, James Warner, ed. a Altenstetter, Christa, ed. *Health policy*. Cheltenham: Edward Elgar, 1998. xxii, 766 s. *An Elgar reference collection. The International library of comparative public policy*; 7. ISBN 1-85898-587-0.
- BOBEK, Michal, MOLEK, Pavel a ŠIMÍČEK, Vojtěch. *Komunistické právo v Československu: kapitoly z dějin bezpráví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2009. 1005 s. ISBN 978-80-210-4844-7.
- Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 96 s. ISBN 80-866-2518-4.
- DOCTEUR, Elizabeth a Howard OXLEY. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-19-2.
- EIM, Josef. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. Brno, 2008. 56 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí diplomové práce Ing. Eva Tomášková, Ph.D.
- Ekonomické informace ve zdravotnictví 2003*. Praha : ÚZIS ČR, 2004. 133 s. ISBN 80-7280-372-7.
- Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. Praha : ÚZIS ČR, 2014. 131 s. ISBN 978-80-7472-133-5.
- FELDSTEIN, Paul J. *Health care economics*. 6th ed. Clifton Park: Thomson, 2005, xxxiii, 541 s. ISBN 1-4018-5979-8.

- FIALA, Petr. SCHUBERT, Klaus. *Moderní analýza politiky: uvedení do teorií a metod policy analysis*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2000, 170 s. ISBN 80-85947-50-1.
- GARRIDO, M, F KRISTENSEN, C NIELSEN a R BUSSE. *Health technology assessment and health policy-making in Europe: current status, challenges and potential* [online]. Geneva: World Health Organization, 2008, xiv, 181 p.
- HÁJEK, Jakub. *Naplňování cílů zdravotní politiky Kraje Vysočina*. Seminární práce. Praha, 2014. 24 s.
- HALBICHOVÁ, Iveta. *Politika podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2014. 148 s.
- HÁVA, Petr. *Analýza sítě zdravotnických zařízení v kraji Vysočina: studie k přípravě Zdravotního plánu kraje*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005.
- HÁVA, Petr. *Zdraví 21: osnova politiky zdraví pro všechny : základní koncepční východiska české zdravotní politiky v letech 2003-6*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 31 s. ISBN 80-86625-31-1.
- HÁVA, Petr. (2004b) *Zhodnocení demografického vývoje kraje Vysočina: studie k přípravě Zdravotního plánu kraje*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004.
- Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 62 s. ISBN 80-866-2514-1.
- JACAB, Z. *Better Health for Europe, The new European policy for health – Health 2020*. Azerbaijan: WHO, 2011.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JANOVSKÁ, Kateřina. KOMÁREK, Lumír. *Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí*. [online] Praha, 2013. [19. 4. 2016] Dostupné z www.khshk.cz/e-learning/kurs6/.
- KNOEPFEL, Peter. *Public policy analysis*. Bristol: Policy Press, 2007, xvii, 317 s. ISBN 978-1-86134-907-1.

- KOŇAŘÍKOVÁ, Tereza. *Privatizace krajských nemocnic – příležitost či ohrožení?* Brno, 2006. 120 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí diplomové práce Doc. JUDr. Ivan Malý, CSc.
- KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007, 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KRONENFELD, Jennie J. *Care for major health problems and population health concerns: impacts on patients, providers and policy* [online]. Bingley: Emerald Jai, 2008, x, 249 p.
- KATZ, Jeanne, A PEBERDY a Jenny DOUGLAS. *Promoting health: knowledge and practice*. 2nd ed., repr. Basingstoke: Open University in association with Palgrave, c1997. ISBN 978-0-333-94930-6.
- KUVÍKOVÁ, Helena. *Tvorba a realizácia zdravotníckej politiky*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2006, 209 s. ISBN 80-8083-340-0.
- KOUBOVÁ, Markéta. *Poslední epidemie moru v Českých zemích, zejména v Praze (1713-1714)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2012. 100 s.
- Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví: návrh Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009, určený pro celospolečenskou diskusi*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, 108 s.
- MACHOVÁ, Kamila. *Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2013. 118 s.
- MCKEE, Martin. HEALY, Judith. *Nemocnice v měnící se Evropě: stručný souhrn zásadních poznatků publikace European Observatory*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 48 s. ISBN 80-86625-30-3.
- OCHRANA, František a Milan PŮČEK. *Efektivní zavádění a řízení změn ve veřejné správě: smart administration*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011, 246 s. ISBN 978-807-3576-677.
- OCHRANA, František, POTŮČEK, Martin, DRHOVÁ, Zuzana. *Strategické řízení ve veřejné správě a přístupy k tvorbě politiky*. Praha: Matfyzpress, 2010, 193 s. ISBN 978-80-7378-130-9.
- Podpora zdraví – poznatky a praxe: stručný souhrn poznatků z publikace: Promotion health – knowledge and practice*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 96 s. ISBN 80-86625-32-x.

- POKORNÁ, Kristina. *Podpora zdraví v Kraji Vysočina v rámci programu Zdraví 21*. Diplomová práce. Brno: Pedagogická fakulta, 2011. 114 s.
- POKORNÁ, Tereza. *Komparace implementace eHealth v České republice a na Slovensku v kontextu doporučení EU*. Diplomová práce. Brno: Fakulta sociálních studií, 2011. 92 s.
- POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 399 s. ISBN 80-86429-50-4.
- POZGAR, George D. *Legal aspects of health care administration*. 11th ed. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Learning, c2012, xxi, 602 s. ISBN 978-0-7637-8049-4.
- RECHEL, Bernd a Martin MCKEE. *Facets of public health in Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2014. European observatory on health systems and policies series. ISBN 978-0-33-526420-9.
- VEVERKA, D. *Komparační analýza vybraných koncepčních dokumentů vytvořených v průběhu transformace zdravotnictví*. Diplomová práce. Praha: FSV UK, 2000.
- WASSERBAUER, Stanislav. *Jak jsme na tom se zdravím v kraji Vysočina*. Jihlava: Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě, 2003. 94 s.
- Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Kodaň : SZO. Regionální úřadovna pro Evropu, 2001. ISBN: 80-85047-19-5.
- Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. 75 s. ISBN 978-80-85047-47-9.
- Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice, 2013. viii, 12 s. ISBN 978-80-85047-45-5.
- Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2003*. Praha: ÚZIS ČR, 2004. 150 s. ISBN 80-7280-394-8.
- Zdravotnická ročenka Kraje Vysočina 2013*. Praha: ÚZIS ČR, 2014. 169 s. ISBN 978-80-7472-127-4.

odborné články

- HÁVA, P., TUŠKOVÁ, E., MÜLLER, L. Význam kvalitativních metod ve výzkumu zdravotní politiky (diskurzivní analýza a kritická diskurzivní analýza). In *Zdravotnictví v České republice*, 2011, roč. 14, č. 4. ISSN: 1213-6050.
- HANUŠOVÁ, Pavla. Bývalé okresní nemocnice. Organizačně právní postavení – problémy, otázky a možnosti přístupů k jejich řešení. In *Zdravotnictví v České republice*, 2004, č. 1, září, s. 24-30. ISSN: 1213-6050.
- HÁVA, Petr. Výzva k diskusi nad Základními tezemi koncepce zdravotnictví ČR. In *Zdravotnictví v České republice*, 2004, č. 1, září, s. 5-13. ISSN: 1213-6050.
- HÁVA, Petr. (2004a) Zdravotní plány krajů. In *Zdravotnictví v České republice*, 2004, č. 2, říjen, s. 56-63. ISSN: 1213-6050.
- KŘÍŽ, Jaroslav. Analýza evropských zkušeností s politikou zdraví pro všechny pro 21. století. *Hygiena*, 2007, roč. 52, č. 1, s. 12-14. ISSN: 1802-6281.
- Náborový příspěvek pomáhá s hledáním lékařů pro krajské nemocnice Vysočiny. *Zdravotnický portál Kraje Vysočina*. 10. 2. 2016 [cit. 25. 4. 2016]. Dostupné z www: <www.kr-vysocina.cz/naborovy-prispevek-pomaha-s-hledanim-lekaru-pro-krajske-nemocnice-vysociny/d-4071657/p1=32066>.
- OLECKÁ, Ivana, IVANOVÁ, Kateřina. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. *EMI – Ekonomika, Management, Inovace*. [cit. 2014-10-16]. s. 62 – 65. Dostupné z: <<http://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olecka/Olecka.pdf>>
- PAVLÍK, Marek. Zdravotní politika na úrovni krajů mezi léty 2003 – 2010. *Zdravotnictví v České republice*, 2010, roč. 13, č. 4, s. 138-142. ISSN: 1213-6050.
- RÁŽOVÁ, Jarmila. Implementace programu ZDRAVÍ 21. *Hygiena*, 2008, roč. 53, S1, S8. ISSN: 1802-6281.
- STAŇKOVÁ, B., VORLÍČKOVÁ, V. Koncepční činnost MZ ČR v letech 1998 – 2004. In *Zdravotnictví v České republice*, 2004, č. 1, září, s. 14-18. ISSN: 1213-6050.
- ŠEDO, Jiří. MARX, David. Analýza krajských zdravotních plánů. *Zdravotnictví v České republice*, 2009, roč. 12, č. 4, s. 138-144. ISSN: 1213-6050.

dokumenty

- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století.* 2002.
- Koncepce eHealth Kraje Vysočina 2009 – 2013 : verze 3.* 3. 2010. 12 s.
- Koncepce eHealth Kraje Vysočina 2012 – 2015 : verze 1.0.* 2011. 11 s.
- Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví v letech 2003 až 2006 – koncepce reformy zdravotnictví.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004.
- Program Rozvoje Kraje Vysočina : SWOT analýza, programová část.* Jihlava: Krajský úřad Kraje Vysočina, 2014.
- Program Zdraví 2020 pro Kraj Vysočina. Střednědobý plán pro období 2016 – 2020.* 2016.
- Program Zdraví 21 pro kraj Vysočina : Koncepční dokument kraje Vysočina pro období 2008 – 2015.* 2008.
- Programové prohlášení Rady kraje Vysočina pro funkční období 2008 – 2012* [online]. Jihlava: Krajský úřad Kraje Vysočina. [cit. 2014-10-12] Dostupné z [www: <www.kr-vysocina.cz/programove-prohlaseni-rady-kraje-vysocina-pro-funkcni-obdobi-2008-2012/d-4017653>](http://www.kr-vysocina.cz/programove-prohlaseni-rady-kraje-vysocina-pro-funkcni-obdobi-2008-2012/d-4017653)
- Programové prohlášení Rady Kraje Vysočina na období 2012 – 2016.*
- Projekty ve zdravotnictví – skutečnost a plán k 4. 5. 2016* [online]. Jihlava: Krajský úřad Kraje Vysočina, analytické a statistické služby, [cit. 2016-05-04] Dostupné z [www: <https://analytika.kr-vysocina.cz/ReportServer_SQLSERVERPUBLIC/Pages/ReportViewer.aspx?%2fZD%2fRD_Projekty_zdravotnictvi>](https://analytika.kr-vysocina.cz/ReportServer_SQLSERVERPUBLIC/Pages/ReportViewer.aspx?%2fZD%2fRD_Projekty_zdravotnictvi)
- Rozloha území, počet obyvatel, hustota obyvatelstva a počet obcí podle krajů a okresů k 1. 1. 2013* [online]. Praha: Český statistický úřad, [cit. 2016-05-02]. Dostupné z [www: <www.czso.cz/documents/10180/20548153/130055140101.pdf/ec104fff-5b76-4f81-a3e4-ad32a4dfc330>](http://www.czso.cz/documents/10180/20548153/130055140101.pdf/ec104fff-5b76-4f81-a3e4-ad32a4dfc330).
- Strategie Kraje Vysočina 2020.* Jihlava: Odbor regionálního rozvoje Krajského úřadu Kraje Vysočina, 2012. 72 s.
- Strategie rozvoje elektronických služeb v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče Kraje Vysočina na období 2016 – 2020.* 2015. 18 s.
- Socio-ekonomická analýza ke zdravotnímu plánu : verze 1.2.* Krajský úřad Kraje Vysočina, 2007. 220 s.

- Strategický plán rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina na období do roku 2020. Verze ze dne 20. 4. 2016.* Jihlava: Krajský úřad Kraje Vysočina, 2016. 116 s.
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina : Aktualizace pro rok 2016.* Jihlava: Krajský úřad Kraje Vysočina, 2015. 61 s.
- Teze střednědobé koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2003-2006.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 14. 2. 2003.
- Věcné záměry projektů eHealth (verze 1.7.)* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008.
- Vize elektronického zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, [cit. 2016-04-12]. Dostupné z [www: <www.mzcr.cz/dokumenty/vize-elektronickeho-zdravotnictvi-cr_11822_3523_1.html>](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vize-elektronickeho-zdravotnictvi-cr_11822_3523_1.html).
- Zdravotní plán kraje Vysočina. ZK-07-2007-58.* 2007a.
- Zdravotní plán kraje Vysočina : verze 1.2.* 2007b. 25 s.
- Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů Zdraví 21 od roku 2003 – 2009.*

dokumenty s jednacím číslem Kraje Vysočina

- ZK-04-2003-77. Základní osnova Zdravotního plánu kraje Vysočina, pro: jednání zastupitelstva kraje č. 4/2003 dne 23. 9. 2003
- RK-18-2007-30. Informace o přípravě Plánu zdraví kraje Vysočina, pro jednání rady kraje č. 18/2007 dne 29. 5. 2007.
- RK-09-2010-16. Koncepce eHealth kraje Vysočina 2009-2013 – návrh na provedení rozpočtového opatření na kapitole Zdravotnictví, pro: jednání rady kraje č. 9/2010 dne 16. 3. 2010.
- RK-35-2010-49, př. 1. Vyhodnocení akčního plánu koncepce eHealth kraje Vysočina pro rok 2010.
- RK-41-2011-74. Zdravotní plán – aktualizace programové (strategické) části, pro: jednání rady kraje č. 41/2011 dne 20. 12. 2011.
- RK-38-2012-27, př. 1. Zdravotní plán – aktualizace programové (strategické) části, pro: jednání rady kraje č. 38/2012 dne 20. 11. 2012.
- RK-04-2014-16, př. 1. Vyhodnocení akčního plánu koncepce eHealth kraje Vysočina pro rok 2013, pro: jednání rady kraje č. 4/2014 dne 28. 1. 2014.

RK-28-2015-55. Aktualizace Programu Zdraví 21 pro Kraj Vysočina, pro: jednání rady kraje č. 28/20415 dne 29. 9. 2015.

RK-38-2015-17. Strategie rozvoje elektronických služeb v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče Kraje Vysočina na období 2016 – 2020, pro: jednání rady kraje č. 38/2015 dne 17. 12. 2015.

RK-10-2016-06, př. 1. Vyhodnocení akčního plánu koncepce eHealth Kraje Vysočina pro rok 2015 a návrh aktivit pro rok 2016, pro: jednání rady kraje č. 10/2016 dne 15. 3. 2016.

RK-10-2016-56, př. 3. Souhrn aktivit realizace Programu Zdraví 21 pro Kraj Vysočina v období 2008 – 2015, pro: jednání rady kraje č. 10/2016 dne 15. 3. 2016.

Zápis ze zasedání zastupitelstva kraje č. 7/2002.

právní předpisy

Zákon č. 1/1888 ř. z., o pojišťování dělníků proti úrazu.

Zákon č. 33/1888 ř. z., o nemocenském pojištění dělnictva.

Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění.

Zákon č. 185/1948 Sb., o zestátnění léčebných a ošetrovacích ústavů a o organizaci státní ústavní léčebné péče.

Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči.

Nařízení ministra zdravotnictví č. 24/1952 Sb., o organizaci preventivní a léčebné péče.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.

Vyhláška č. 121/1974 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Ústavní zákon č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územně samosprávných celků.

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích.

Zákon č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku ČR.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků ČR.

Usnesení vlády č. 1046/2002.

Usnesení vlády č. 1153/2003.

Nález Ústavního soudu č. 211/2003 Sb.

Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

Nález Ústavního soudu č. 483/2006 Sb.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.