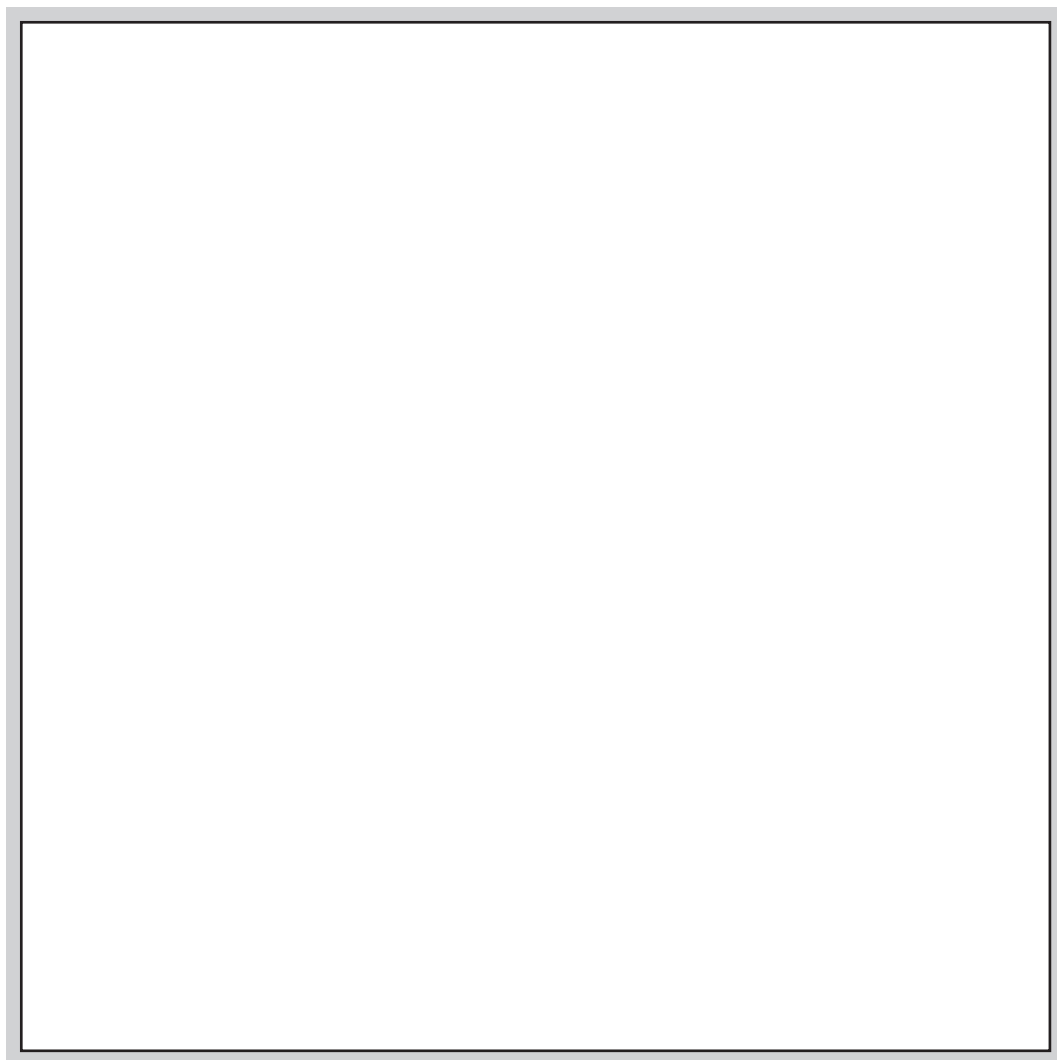


# Zdravotnictví

## v České Republice



Hodnocení primární péče ☒ Nerovnost zdraví populace ☒ Motivace zdravotních sester ☒ Životní styl astmatiků ☒ Informační technologie  
☒ INMED 2004 ☒ Elektronická komunikace ☒ MEDTEL 2004/e ESCC9  
☒ Identifikační karty ☒ WHO hodnotí podporu zdraví v ČR

březen ☒ 1/VIII/2005

# Zdravotnictví v České republice


březen □ 2005

□ Vydává

Asociace pro rozvoj  
sociálního lékařství  
a řízení péče o zdraví  
ve spolupráci s Institutem  
zdravotní politiky  
a ekonomiky

## Editorial

*Toto číslo přináší dokončení původní práce o primární péči, volné pokračování textů věnovaných astmatickým pacientům a dokončení informace o statistice utonulých v ČR. Nová témata původních prací jsou věnována rozdílům ve zdraví u různých skupin populace v oblasti severních Čech a velmi aktuálnímu problému – pracovní motivaci zdravotních sester. Zcela záměrně jsme zveřejnili sérii kratších textů o problémech elektronizace zdravotnictví. Debata o zavádění různých forem elektronických karet ve zdravotnictví, probíhá v médiích i v odborných kruzích. O tom, že je to skutečně aktuální otázka svědčí několik konferencí, které v ČR proběhly v krátkém období. Uvádíme stručné přehledy o tom co se na konferencích odvíjelo a také, pro zájemce o hlubší studium, přehledy přednesených přednášek a jejich autorů. Snadno si tak čtenář může udělat obrázek o šíři a složitosti celé problematiky.*

 Poslední číslo je věnován významné konferenci o podpoře zdraví, jejíž ústředním tématem bylo „Hodnocení podpory zdraví a její infrastruktury v České republice“. Studii v letech 2003-4 společně realizovala Evropská úřadovna WHO a Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE).

### Redakce

## Obsah

Petr Struk, Bohumil Seifert, Václav Beneš, Vlastimil Jindrák, Martin Tauš		
□ Hodnocení primární péče – 2. část přehled výsledků	4	
Josef Richter, Ivan Pfeifer, Stanislava Richterová, Lucie Dobiášová, Jitka Pešková		
□ Nerovnost zdraví populace regionu	14	
Vladimír Král, Magdalena Čapková, Miloš Velemínský		
□ Programové vybavení „Utonulí“	17	
Helena Hnilicová, Karel Hnilica		
□ K životnímu stylu astmatických pacientů	18	
□ Bibliografický přehled článků uveřejněných v roce	23	
Jiří Vévoda, Kateřina Ivanová, Martin Horváth		
□ Pracovní motivace zdravotních sester	24	
Petr Beneš		
□ Informační technologie a elektronické komunikace – ICT Stanou se ICT řídicím faktorem inovace ve zdravotnictví?	30	
Peter Kokavec		
□ Ako ďalej s kartami?  Zkusia okolo identifikačných kariet v ČR neutícha	31	
Naďa Málková		
□ Konference, která se již stala tradicí	32	
Petr Struk		
□ Konference „MEDTEL 2004/eESCC9“	34	
Vít Černý		
□ Podpora zdraví – Příležitosti a výzvy v oblasti veřejné správy	38	
□ Předseda redakční rady Ing. Alexandr Stožický, CSc.	□ Adresa redakce a administrace Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kutnohorská 1102 281 63 Kostelec nad Černými lesy	□ Indexace a Excerptce Bibliographia Medica Českoslovana
□ Redakční rada Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr. MSc. Doc. MUDr. Ctibor Drbal, CSc. Prof. MUDr. Ivan Gladkij, CSc. Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc. PhDr. Zdeněk Kučera Mgr. Vlasta Mazánková Doc. Ing. Zdeněk Papeš, CSc. Doc. MUDr. Alena Petráková, CSc. MUDr. Mgr. Petr Struk Doc. Ing. Jaromír Vepřek CSc.	□ Vedoucí redakce Mgr. Vít Černý Tel.: 321 613 043; 224 222 441 Fax: 321 679 062; 224 222 441 e-mail: cerny@izpe.cz; vit.cerny@zdrav.cz	□ Design Studio Křilin – Linda Kriegerbeck Grafika a zlom: (v)design, Vít Šmejkal
	□ Registrováno Ministerstvem kultury ČR pod číslem E 7600	ISSN 1213-6050

**SUMMARY: PRIMARY HEALTH CARE EVALUATION IN CZECH REPUBLIC – II. PART**

(I. part see Zdravotnictví v České republice 4/VII/2005 pp)

Petr Struk (xx), Bohumil Seifert (xx), Václav Beneš (xx), Vlastimil Jindrák (x), Martin Tauš

Society od General Medicine – Czech Medical Association J.E. Purkyně (xx) Homolka Hospital (x)

**IDEA:** The project, supported by the Internal Grant Agency of the Ministry of Health of the Czech Republic, was focused on identification of valid indicators of efficient delivery of primary health care, selection of appropriate instruments, to monitor and evaluate primary health care and, to consider its proper scope and content in the Czech Republic.

**METHODS:** A set of instruments for evaluation of primary health care were to be tested. They were: International Classification of Primary Care – ICPC 2, International Questionnaire of Patient's Satisfaction EquiP and modified version of EFQM instrument for primary health care settings. Paralelly, study of documentation of morbidity using WONCA instruments as well as the study of using tool of illness severity DUSOI/WONCA, audit of antibiotic therapy in general practice and pilot study of medical errors in primary care were carried out.

**KEY WORDS:** Primary health care, evaluation, quality of primary health care, EFQM, ICPC 2, DUSOI/WONCA, EquiP, EUROPEP, patient's satisfaction, audit of antibiotic therapy, medical errors in primary care

# Hodnocení primární péče

## 2. část – přehled výsledků

*Petr Struk, Bohumil Seifert, Václav Beneš, Vlastimil Jindrák, Martin Tauš*

### 1. Úvod

V předchozím sdělení (1. část viz *Zdravotnictví v České republice, 4/VII/2004, str. 144 – 152*) jsme podrobně popsali projekt hodnocení primární péče i použitou metodiku. Zde se při prezentaci prvních výsledků proto omezíme pouze na stručné, pro celistvost informace nezbytné poznámky o postupu a metodice. Jen dodáváme, že spolupráce výzkumného týmu měla svůj rytmus, udržovaný v průběhu celých tří let realizace projektu. Řídící skupina svolávala pravidelně v jarních měsících členy výzkumné sítě k seminářům, na kterých byl aktuální výzkumný úkol vysvětlen, diskutován a zadán. Na podzimních seminářích potom byly sítě prezentovány a diskutovány dílčí výsledky.

### 2. Spokojenost pacientů

Studie spokojenosti pacientů, založená na evropském nástroji EUROPEP (viz předcházející sdělení o metodice projektu HOPP) byla zadána na jaře 2003 a realizována v síti spolupracujících praktických lékařů. V ordinacích 22 lékařů byly během jednoho až dvou dnů rozdány dotazníky spokojenosti 30 následujícím pacientům. Podmínkou pro zařazení pacienta byla uspokojivá mentální kapacita k přečtení a pochopení otázek. Otázky standardizovaného dotazníku byly doplněny o otázku na věk a pohlaví a názor na zdravotní stav osoby, vyplňující dotazník, event. přítomnost problému, který trvá více jak 3 měsíce a frekvenci návštěv u lékaře za poslední rok. Výsledky šetření byly poprvé ve výzkumné skupině diskutovány na podzim 2003.

Graf č. 1 ukazuje věkovou strukturu respondentů studie spokojenosti, provedené v ordinacích praktických lékařů.

Graf č. 2 ukazuje relativní četnosti hodnocení spokojenosti u všech otázek průzkumu spokojenosti, ve škále: špatný-spíše špatný-neutrální-spíše dobrý-dobry. V našem souboru hodnotí 80 % pacientů poskytnutou péči jako spíše dobrou nebo dobrou v souhrnném hodnocení všech položek.

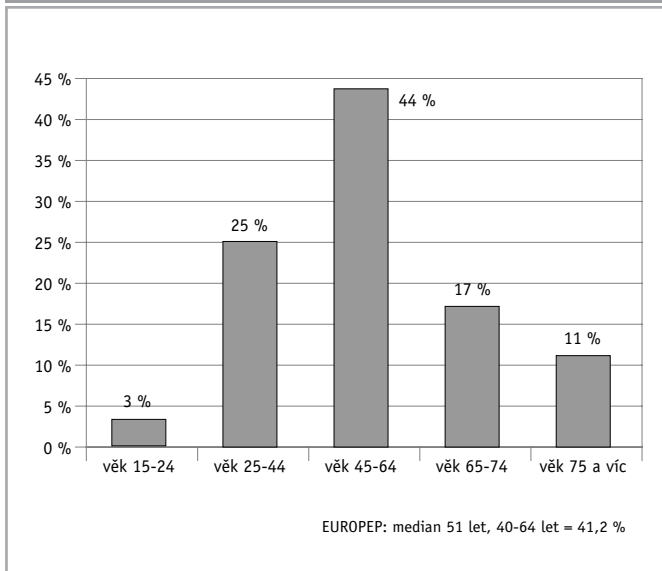
Otázka č.22 byla zaměřena na spokojenost pacientů s délkou čekání u praktického lékaře. Tato položka měla ve všech zemích, kde byl EUROPEP uveden, nejslabší hodnocení. Graf č. 3 ukazuje relativní četnost hodnocení v této otázce. I zde dvě třetiny pacientů hodnotí překvapivě spokojenost s délkou čekání jako spíše dobré nebo dobré.

Graf č. 4 ukazuje podíl odpovědí „dobry“ u jednotlivých otázek. Výsledky ukazují na vysokou míru spokojenosti pacientů s péčí poskytovanou u svých registrujících lékařů.

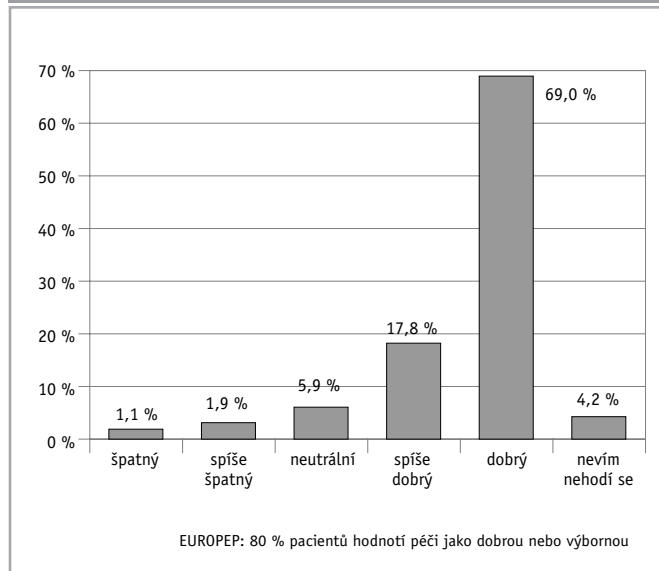
Graf č. 5. ukazuje srovnání podílu odpovědí dobrý u jednotlivých otázek ve studii provedené v Německu a v ČR. Ukazuje se, že míra spokojenosti u jednotlivých položek kolísá stejně v obou zemích. Významný rozdíl je v nabídce preventivních vyšetření, kde spokojenost českých občanů je nápadně vyšší.

Jak již bylo zmíněno, studie proběhla v květnu 2003. Vráceno bylo 252 dotazníků, tj. 38 %. Respondibilita u jednotlivých lékařů kolísala od 10 % do 97 %. Průměrný věk respondentů byl 51 let, ze dvou třetin odpovídaly ženy. Nejvíce pacientů zhodnotilo

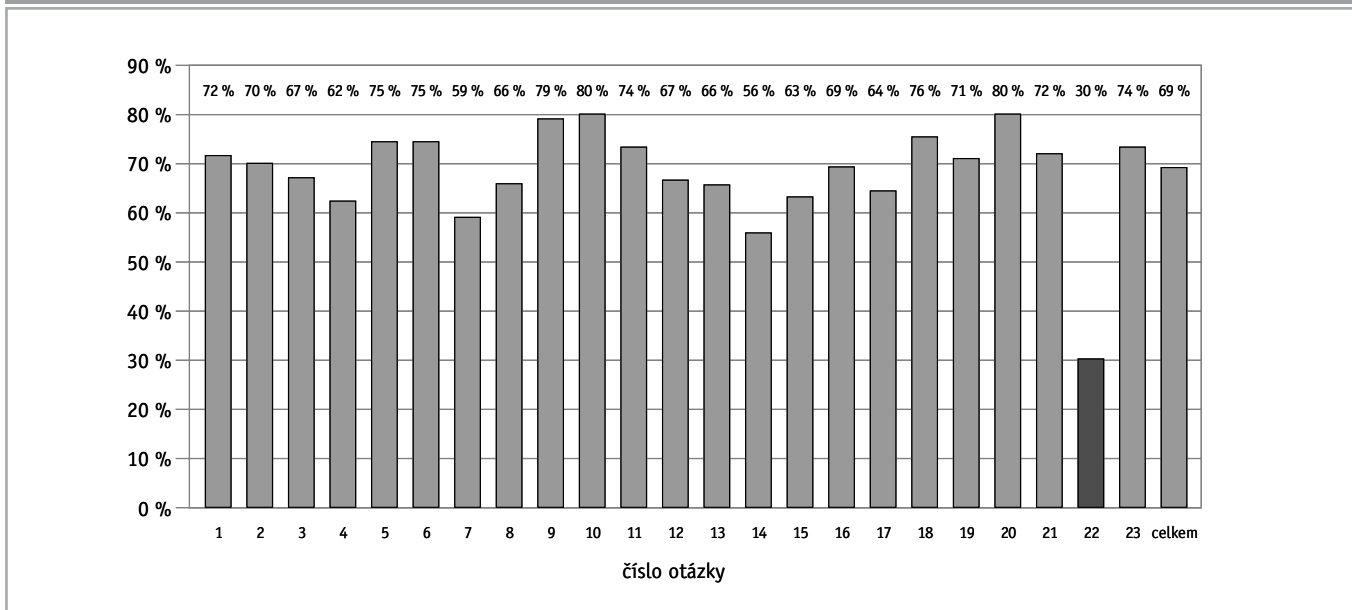
Graf č. 1 Věková struktura respondentů



Graf č. 2 Relativní četnosti hodnocení spokojenosti



Graf č. 4 Podíl odpovědi „dobry“ u jednotlivých otázek, (ot. 22 se vztahuje k spokojenosti s délkou čekání)



svůj zdravotní stav jako dobrý nebo uspokojivý (82 %), případně velmi dobrý (12 %). Více jak polovina (54 %) uvedla přítomnost problému, který trvá déle než 3 měsíce. Pacienti uvedli, že v průměru navštívili svého praktického lékaře za poslední rok 6,9x. V relativní četnosti hodnocení spokojenosti převažuje jednoznačně spíše dobré a dobré hodnocení praktických lékařů (graf. č.3). Jediná položka, kde četnost nejlepšího hodnocení byla výrazně nižší (30 %) byla čekací doba. Mezi 50 – 60 % četnosti nejlepších hodnocení mají dále otázky :

7. Jak hodnotíte svého PL s ohledem na to, jak vám rychle pomůže od vašich obtíží ?

14. Jak hodnotíte svého PL s ohledem na to, jak Vám pomáhá vyrovnat se s citovými

problémy, které se vztahují k Vašemu zdravotnímu stavu?.

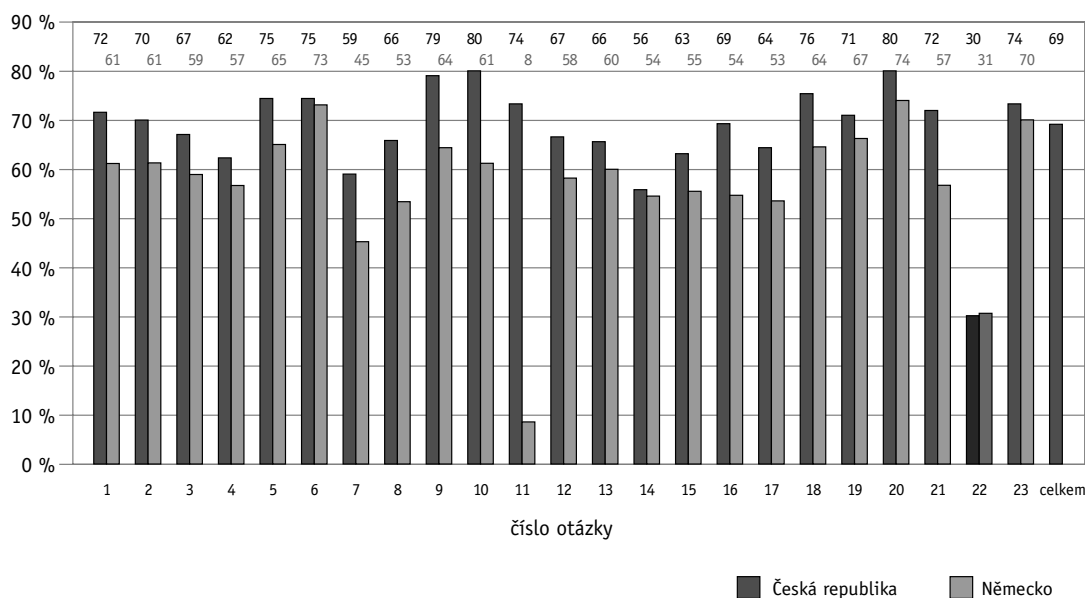
Naopak nejvyšší ohodnocení v průměru (75 % – 80 %) praktičtí lékaři získali za důkladnost, schopnost pacientům naslouchat, udržování zdravotních údajů v tajnosti, pečlivé vyšetřování v ordinaci, užitečnost sestry (personálu), možnost telefonického kontaktu.

#### Diskuse a závěry studie spokojenosti

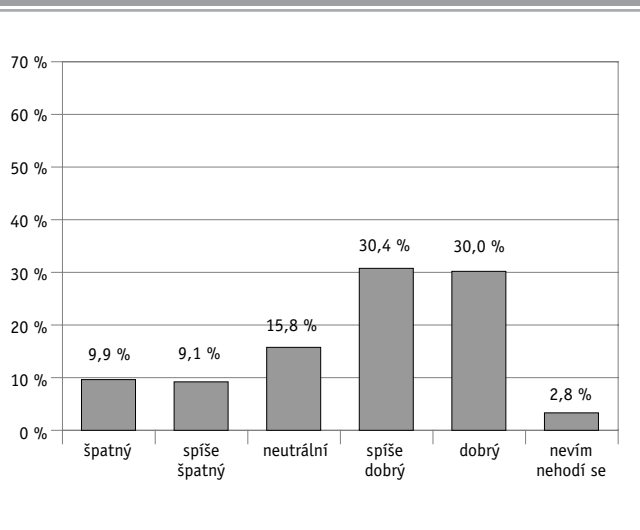
Celková návratnost dotazníků byla nižší, než jsme očekávali a nižší, než při pilotní studii před 2 lety. Nejvýznamnějším faktorem je zde nejspíš způsob vydávání dotazníků a zapojení osobnosti lékaře. Průměrná návratnost v zahraničních studiích byla 50

– 60 %, ale až 78 %, při systematickém upomínání pacientů. Struktura respondentů podle věku a pohlaví je plně mezinárodně srovnatelná. Zajímavý je rozdíl v hodnocení zdravotního stavu, kde zahraniční respondenti ve více jak polovině případů volí jednoznačné postoje (výborný zdravotní stav 27 %, špatný zdravotní stav 36 %), zatímco v našich výsledcích jsou hodnocení opatrná (výborný zdravotní stav 1 %, špatný zdravotní stav 4 %). Průměrný počet návštěv PL účastníkem ankety za 12 měsíců v Evropě je 6,1. Výsledky hodnocení spokojenosti pacientů v různých evropských zemích přinášejí podobné výsledky jako u nás a svědčí o vysoké adhezenci pacientů k praktickým lékařům. Ve srovnání např. se sousedním

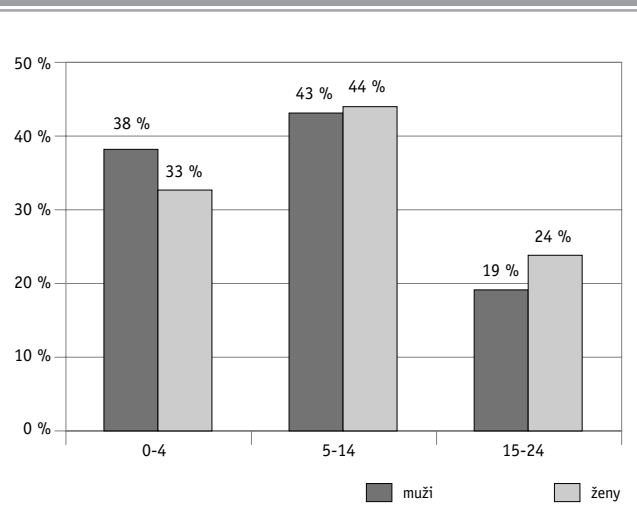
Graf č. 5 Podíl odpovědi „dobrý“ u jednotlivých otázek, (porovnání ČR a SRN)



Graf č. 3 Relativní četnosti hodnocení spokojenosti – 2002 (ot. 22 se vztahuje k spokojenosti s délkou čekání)



Graf č. 6 Věková struktura pacientů na konzultacích praktičtí lékaři pro děti a dorost



Německem je hodnocení velmi podobné a ukazuje na stejné priority pacientů. Stejně jako u nás je nejméně příznivě hodnocena čekací doba. Ale na rozdíl od České republiky (75 %) je pouze 18 % německých pacientů plně spokojeno s nabízenými preventivními výkony. Podle naší pilotní studie má v České republice 72 % oslovených pacientů dobrý pocit, že jim lékař při konzultaci věnoval dostatek času, což je překvapivé. V Rakousku je to pouze 34 %, v Německu 61 %, v Belgii 64 %, v Dánsku 35 %, ve Finsku pouze 21 %, ve Francii 34 %, v Holandsku 54 %, ve Slovinsku 51 %. Z výsledků pilotní studie nelze dělat obecné závěry o spokojenosti pacientů s praktickými lékaři.

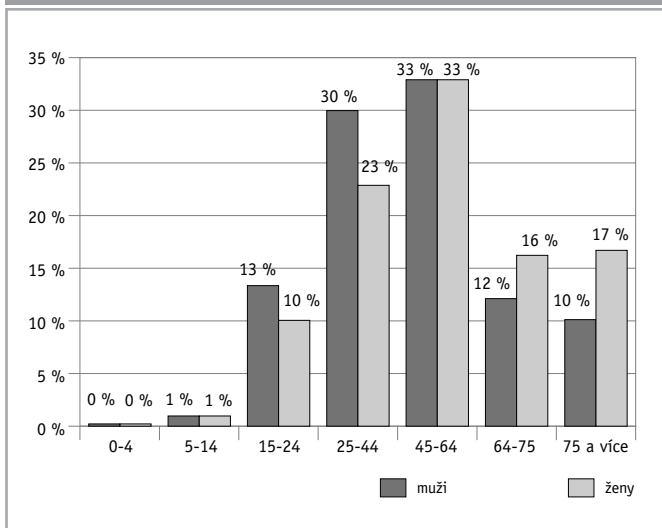
Uplatnilo se zde nepochybně výběrové bias při distribuci dotazníků lékařem nebo sestrou. Respondenti pochopili zřejmě dotazník spíše jako způsob podpory lékaře a vyjádřili to ve svém hodnocení. Nicméně dotazník může do budoucna být dobrým nástrojem pro periodický audit spokojenosti pacientů. V některých zemích je již dotazník používán v systémech komplexního hodnocení praxí podle metodiky ISO. Audit spokojenosti se může stát součástí protokolu hodnocení dobré praxe pro dobrovolné zájemce z řad praktických lékařů, ale může být i systematicky využíván při akreditačním procesu.

### 3. Míra odeslání ke specialistům

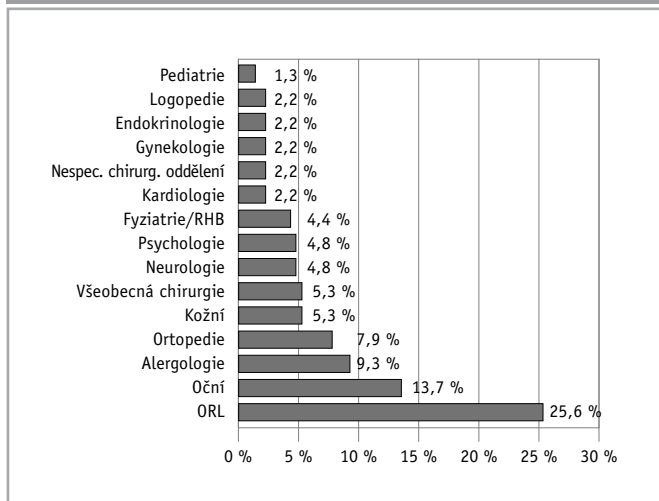
Studie míry odeslání ke specialistům byla realizována skupinou praktických lékařů na jaře 2002. Jejím cílem bylo:

1. definovat a porovnat národní zvyklosti v doporučování ke specialistům
2. identifikovat PL, kteří mají vysoké nebo nízké procento doporučení a zhodnotit praxe mezinárodně i v rámci jednotlivých zemí
3. studovat odložené doporučení ke specialistům
4. poskytnout jednotlivým PL sumarizovaná data ze studie k vlastnímu sebekritickému hodnocení

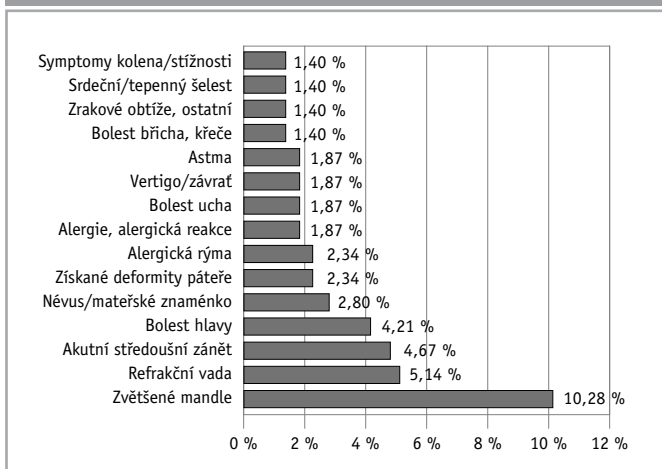
Graf č. 7 Věková struktura pacientů na konzultacích praktičtí lékaři pro dospělé



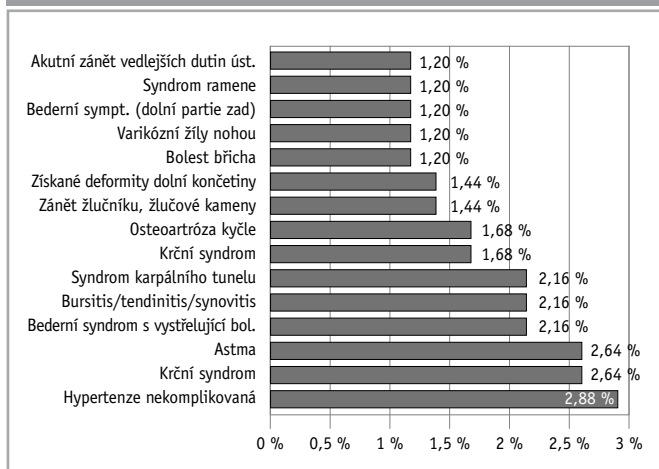
Graf č. 8 15 specializací s nejvíce odeslanými praktičtí lékaři pro děti a dorost, podíl 15 diagnóz na celku 93,40 %



Graf č. 9 15 nejčastějších diagnóz praktičtí lékaři pro dospělé, podíl 15 diagnóz na celku 44,86 %



Graf č. 10 15 nejčastějších diagnóz praktičtí lékaři pro dospělé, podíl 15 diagnóz na celku 26,86 %



## 5. Studované proměnné:

- věk a pohlaví pacienta
- typ doporučení, nové nebo opakované (v průběhu posledních 3 let)
- druh lékařské specializace, kam byl pacient odeslán
- druh zařízení – nemocnice nebo ambulantní specialista, oddělení neodkladné péče, klinika
- urgentnost případu
- problém, kvůli kterému došlo k doporučení následné péče, kódování v ICPC (důvod návštěvy, postup, diagnóza PL, výsledky vyšetření)

Graf č. 6 ukazuje poměrné rozložení věkových skupin dětí, navštěvujících praktické lékaře pro děti a dorost (PLDD) a graf č. 7 poměrné rozložení věkových skupin pacientů, konzultujících praktické lékaře pro dospělé (PL).

Graf č. 8 ukazuje přehled patnácti specializací s největším počtem odeslaných pacientů z ordinace PLDD. Z grafu vyplývají nejčastější odeslání k ORL specialistům, na oční ambulanci, k alergologovi a na ortopedii. Graf č. 9 ukazuje nejčastější diagnózy, které jsou důvodem odeslání u PLDD.

Graf č. 10 ukazuje relativní četnosti diagnóz v ordinaci PL, které jsou důvodem odeslání. Nejčastěji se jedná o ortopedické a neurologické problémy, méně často o kardiologická a plicní konzilia.

Graf č. 11 ukazuje srovnání průměrného věku a graf č. 12 srovnání délky praxe britských a českých PL ve vztahu k míře odeslání pacientů do sekundární péče.

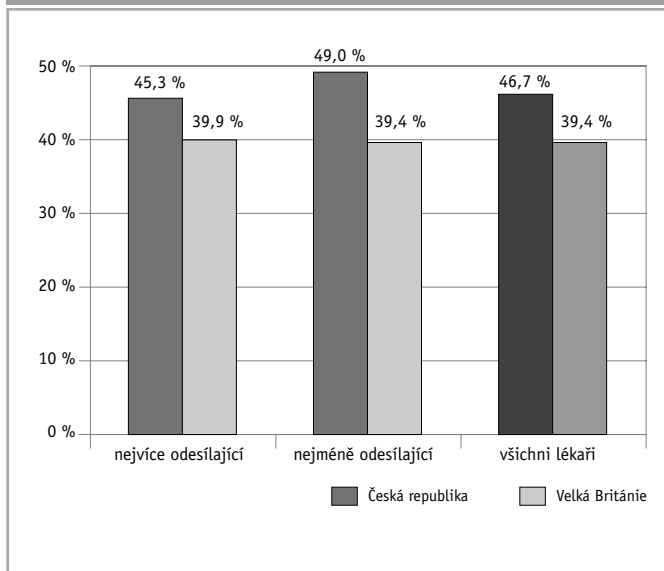
Graf č. 13 porovnává u českého a britského praktického lékaře vztah počtu konzultací (pracovní zatížení) a počtu odeslání, graf č. 14 počet pacientů v péči praxe (počet

registrovaných) a míru odeslání, graf č. 15 průměrný počet konzultací za týden na 1000 registrovaných pacientů a graf č. 16 počet odeslání na 1000 ošetřených pacientů. Grafy potvrzují předpoklady autorů v rozdílu v počtu konzultací ve prospěch českých lékařů. A to při vyšším průměrném počtu registrovaných pacientů u britského PL. Nižší je i počet pacientů odeslaných britskými praktiky, a to v absolutní i relativní míře (graf č. 17). Data z tohoto výzkumu indikují míru odeslání 6 %, což je méně, než se uvádí v české literatuře. Průměrný věk britských PL je přibližně o 5 let nižší.

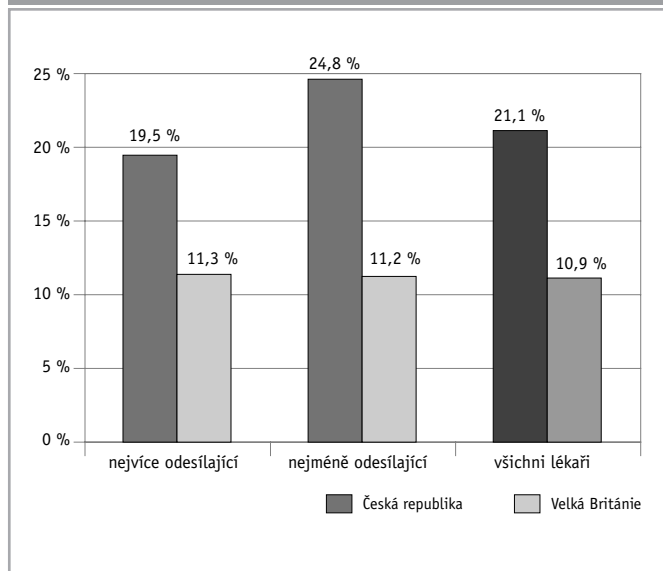
Graf č. 18 ukazuje poměr akutně nebo týžden odeslaných pacientů. Data neukazují významný rozdíl v relativním poměru tohoto typu odeslání mezi britskými a českými PL.

Na grafu č. 19 jsou znázorněny podíly pacientů ošetřených při návštěvních službách ze

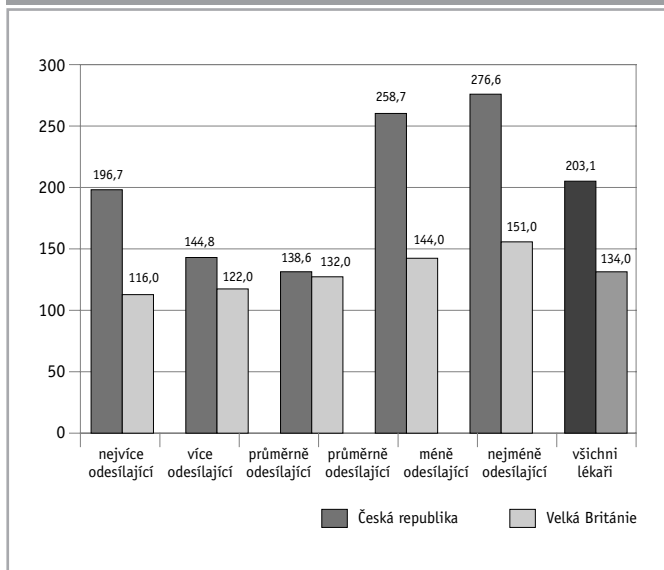
Graf č. 11 Průměrný věk lékaře



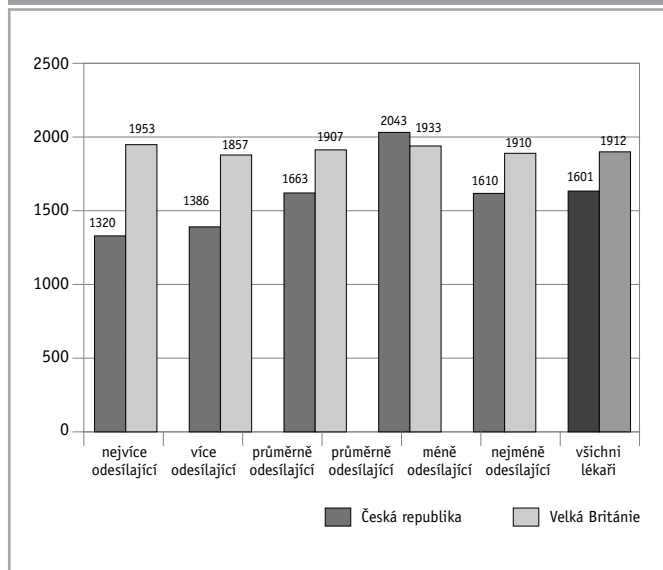
Graf č. 12 Průměrná délka praxe



Graf č. 13 Průměrný počet konzultací za týden



Graf č. 14 Průměrný počet registrovaných pacientů



všech konzultací. Zatímco u českých PL se jedná o 3 – 4 návštěvy na 100 ošetřených (1 – 2 návštěvy lékaře denně), u britských praktiků činí podíl téměř 12 %, tedy podle průměrného počtu konzultací 3 – 4 návštěvy denně. Otázka je, jestli se jedná ve všech případech v Británii o návštěvu lékaře nebo zda jsou započteny i návštěvy sester.

#### Závěry pilotní studie míry odeslání – indukované péče

Pilotní studie indukované péče prokázala, že existuje značná variabilita míry odeslání mezi jednotlivými lékaři. Existují i značné rozdíly mezi PL a PLDD jak v dg. vedoucích k odeslání tak v užívání zařízení sekundární péče a specialistů. Pilotní skupina sestávala jen z 20 lékařů, a toto malé „n“ omezilo mož-

nosti hledání korelace některých parametrů jak v mezinárodním měřítku tak v České republice. Přesto, v mezinárodním porovnání se jasně ukazuje, že se Česká republika řadí mezi státy s nižší mírou odeslání z primární do sekundární péče přes vyšší frekvenci návštěv pacientů v ordinaci.

#### 4. Pochybení ve všeobecné praxi

##### Výsledky

##### Statistika pilotní studie pochybení v primární péči

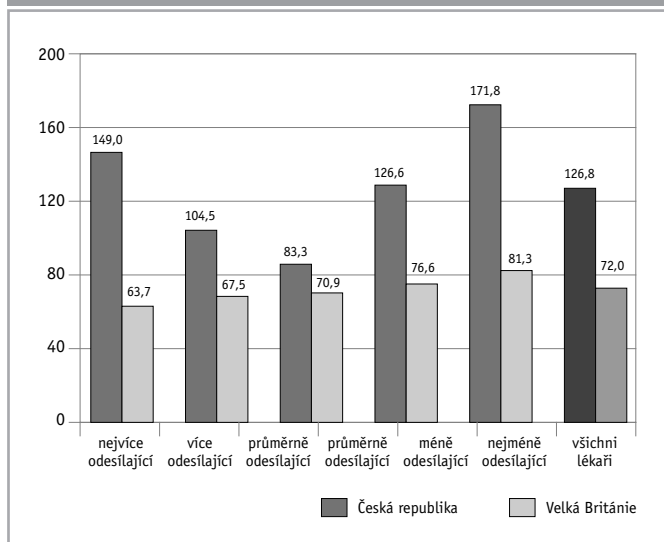
Celkem bylo dokumentováno 73 případů pochybení. Většina pochybení byla zaznamenána: v diagnóze . . . . . 15 ×

v léčbě (indikaci, sledování) . . . . . 22 ×  
v diagnostickém postupu . . . . . 11 ×  
v komunikaci s pacientem/rodinou . . . 8 ×  
v proskripci / vydávání léků . . . . . 9 ×

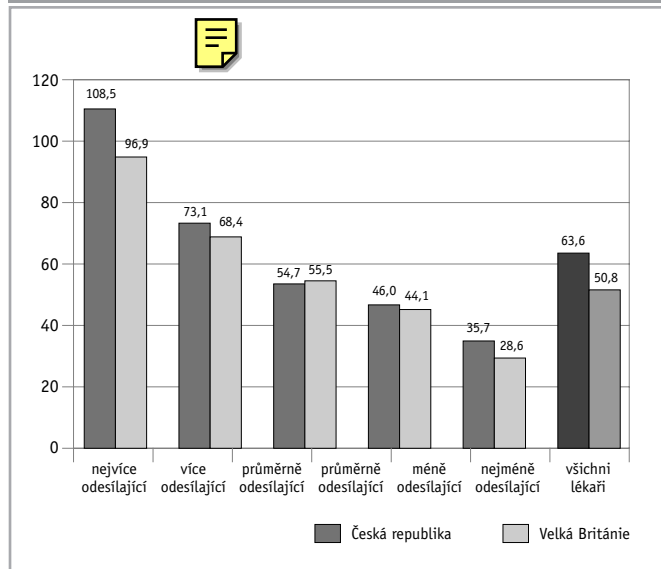
##### Nejčastější pochybení (podle četnosti)

1. Špatné zhodnocení zdravotního stavu
2. Odložené vyšetření/dlouhá obj. doba
3. Odložená léčba
4. Podlehnutí nátlaku rodiny/špatná komunikace s pacientem či rodinou
5. Záměna vakcíny
6. Špatná volba léčby
7. Nevhodná léčba (u alergika, narkomana)
8. Léčba příbuzného/známého (nestandardní postup)
9. Vedlejší účinek léčby
10. Pochybení lékárny (výdej jiného léku)

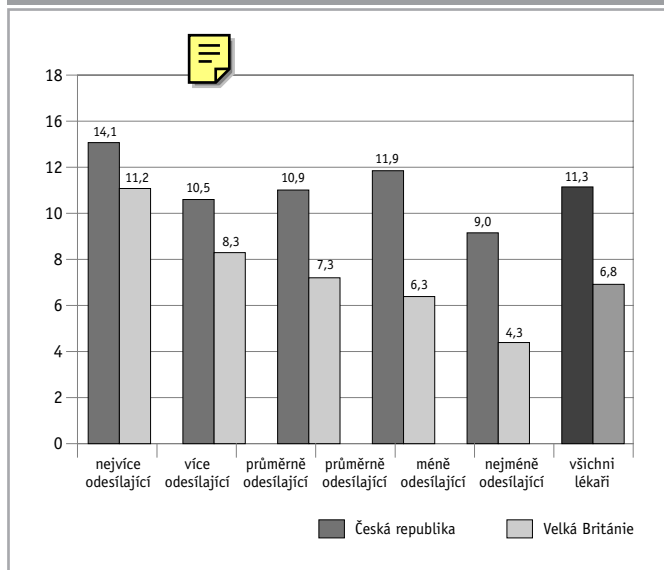
Graf č. 15 Průměrný počet konzultací za týden na 100 registrovaných



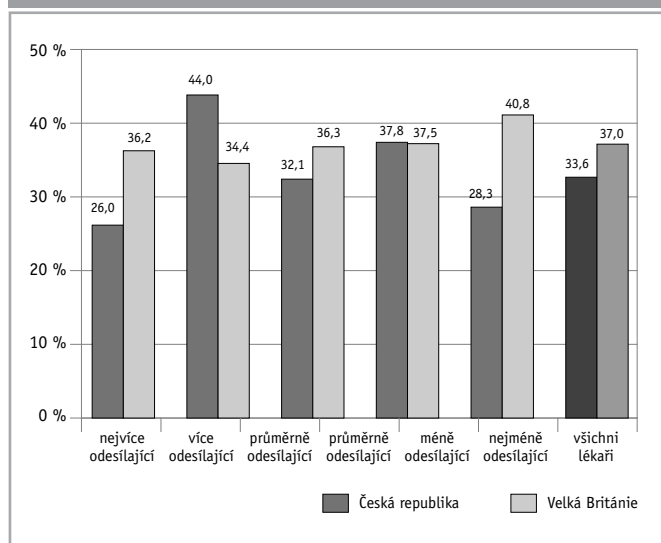
Graf č. 16 Průměrný míra odeslání na 1000 pacientů



Graf č. 17 Průměrný míra odeslání na lékaře za týden



Graf č. 18 Průměrný počet "neodkladně" a "týž den" odeslaných pacientů na odeslaných



11. Pacient odmítá léčbu/vyšetření
12. Záměna léku/nečitelný recept
13. Omyl při předepisování (dávkování léku)
14. Špatná dokumentace
15. Chyba objednání lékařem/sestrou
16. Nedostatečná kontrola po aplikaci léku
17. Chyba posouzení OSSZ
18. Špatná technika odběru krve
19. Zbytečná/opakovaná léčba
20. Chybná indikace vyšetření
21. Špatné zhodnocení vyšetření
22. Nehlášení/pozdní hlášení infekční nemoci
23. Chybná informace rodině
24. Záměna výsledků vyšetření
25. Ztráta/zničení odebraného vzorku

#### Nemá vliv na pochybení

Městská × venkovská praxe, pohlaví lékaře,

ře, výukové × klinické pracoviště, používání počítače v praxi, pohlaví lékaře.

#### Má vliv na chyby praktiků

1. Druh praxe: PL pro dospělé hlásí více chyb v diagnostice a celkově závažnější pochybení. PLDD hlásí spíše chyby v komunikaci a více záměn vakcín.
2. Počet ošetřených: v průběhu epidemií bylo zaznamenáno více pochybení lékařů primární péče.

#### Rozbor lékařských pochybení

##### Kdy se nejčastěji lékař chyby dopouští?

Nejčastěji dojde k pochybení při časovém stresu, nepozornosti lékaře nebo sestry, vlivem špatné komunikace mezi pacientem a lékařem či s ostatními zdravotníky nebo lékárnou.

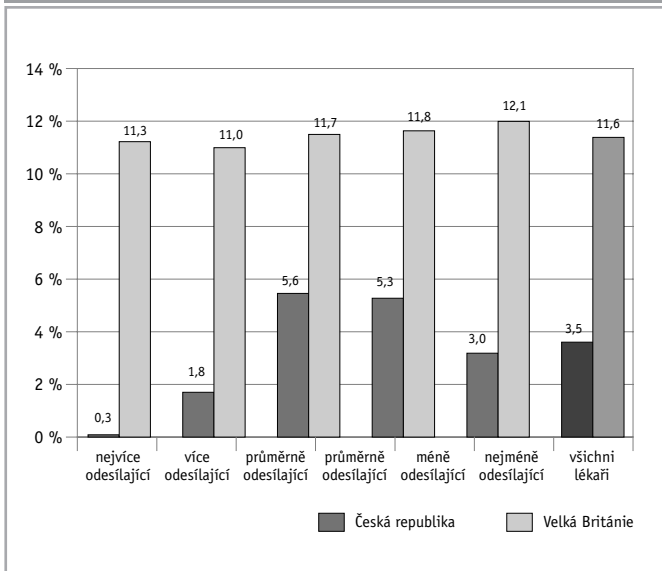
#### Proč k pochybení došlo?

Důvody jsou velmi různé, ale čteněji je zmiňována nepozornost, rutinní postup, nedostatky v dokumentaci, neúmyslné opomenutí. Velmi častým důvodem byly nedostatky v organizaci práce lékaře/sestry. *Co jste bezprostředně udělal/a, aby nebyl pacient ohrožen?*

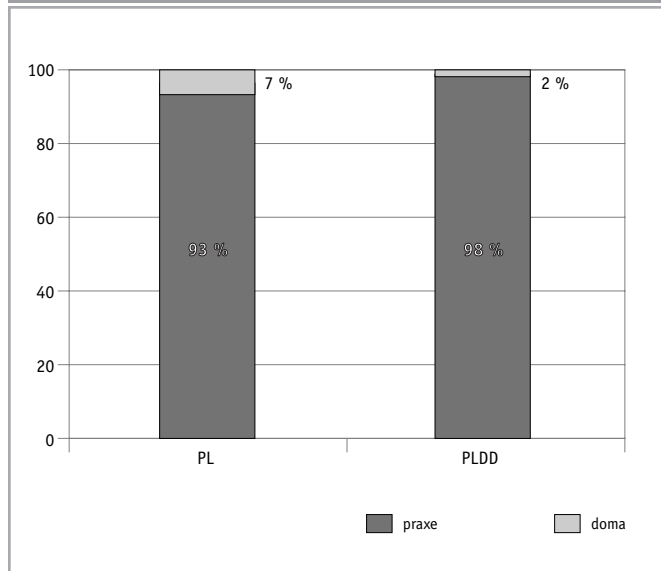
Na tuto otázku není možné najít jednoduchý návod, vždy se jednalo o povahu pochybení, možnostech časových a technických, svůj vliv měl i vztah lékaře a pacienta – důvěra a víra v autoritu lékaře. Převládá však názor, že je nutné pacienta informovat, vysvětlit povahu pochybení a zabezpečit opatření, která byla přijata, aby se podobné pochybení v budoucnu nestalo.



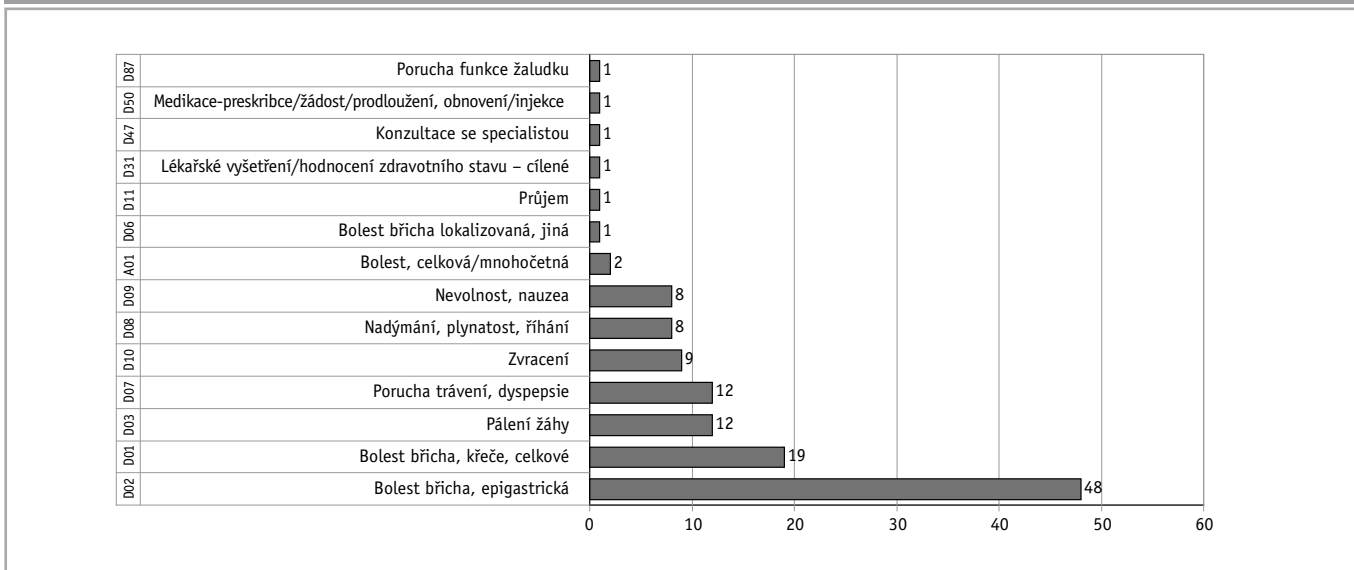
Graf č. 19 Průměrný podíl domácích návštěv na počtu konzultací



Graf č. 20 Poměr pacientů ošetřených doma a v ordinaci



Graf č. 21 Četnost primárních důvodů pro návštěvu lékaře – lékaři pro dospělé



**Měla skutečnost pochybení vliv na budoucí organizaci praxe?**

Takřka ve všech případech (s výjimkou těch, kde to technicky nebylo možné) lékaři učinili opatření, aby se negativní případ nemohl opakovat. V naší pilotní studii navíc při závěrečném semináři byli lékaři seznámeni s chybami ostatních účastníků s možností nápravy ve vlastní praxi.

**Jaké preventivní kroky jste učinil/a?**

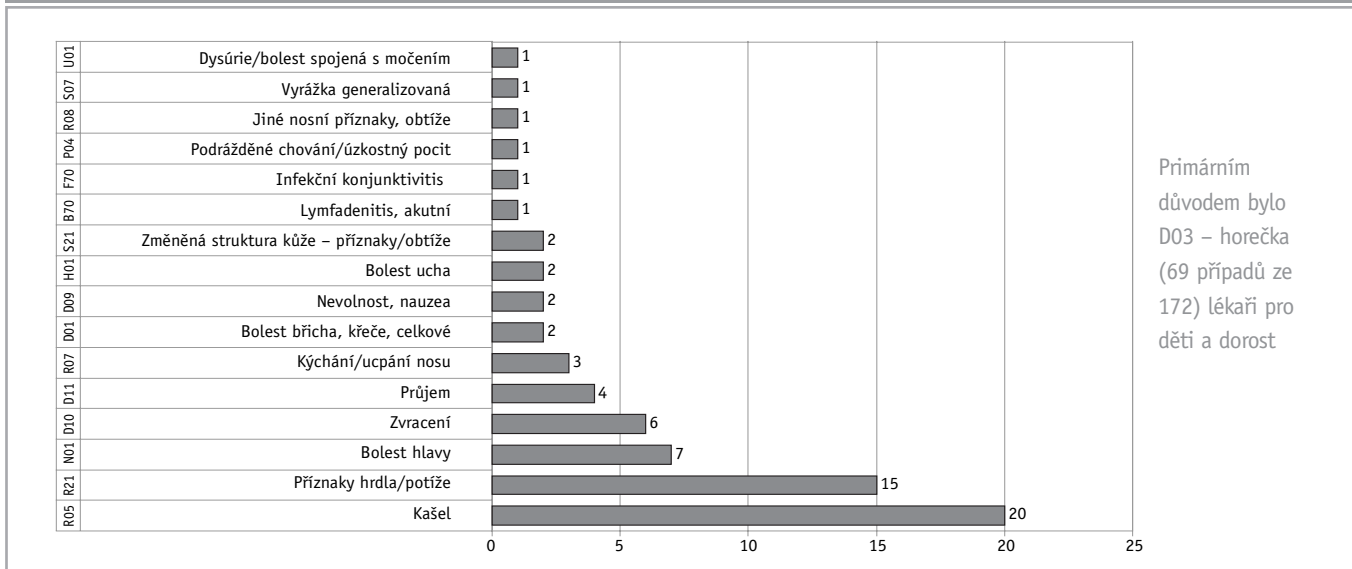
Opět se jednalo o velmi různorodá opatření. Převládaly organizační změny, někdy zavedení technických prostředků, ale i zlepšení v odborné klinické praxi. Velmi často zmiňovanou změnou byla snaha o zlepšení v práci s pacientem, jeho informovanosti, ujištění, že pochopil radu, léčebný nebo diagnostický postup apod.

**Závěry studie pochybení**

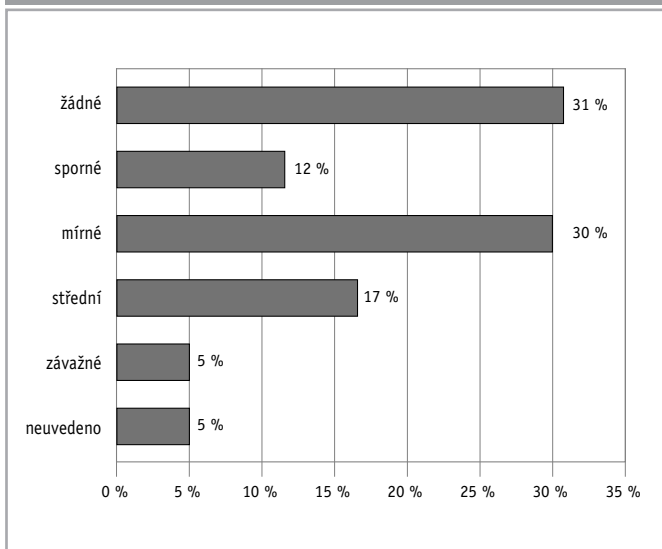
Při porovnání našich výsledků s podobnými studiemi v zahraničí je možné konstatovat, že naše nálezy jsou do značné míry srovnatelné. Nejčastěji se stávají pochybení v ordinaci lékaře a při návštěvní službě praktika, relativně často rovněž v lékárně. Ve většině případů nedošlo k poškození pacienta. Pokud k poškození pacienta došlo, jednalo se jen o mírné či středně těžké poškození. Na rozdíl od mezinárodní studie nedošlo v naší pilotní studii k žádnému úmrtí jako následku lékařského pochybení, což však mohlo být vlivem malého počtu nahlášených případů, ale i menší vůli lékařů podobný závažný delikt nahlásit. Většina případů pochybení se stala následkem organizačních a ne odborných pochybení. Vcelku lze říci, že pilotní

studie neodhalila převratná fakta, ale potvrdila naši hypotézu, že chyby v primární péči ČR se stávají, lékaři jsou ochotni tato pochybení hlásit a přijímají opatření, aby k omylům v budoucnosti nedocházelo. Naše pilotní studie byla provedena s cílem aktivně přistoupit k problému lékařských pochybení, která jsou v praxi nevyhnutelná. Zapíráním a zatajováním se stav nemůže zlepšit, naopak podobným anonymním a citlivým přístupem je možné se ze svých chyb poučit, více se zaměřit na jejich prevenci, odstraňování situací, kdy se mohou přihodit atd. Adresným a trestajícím způsobem – což je nechvalně proslulý přístup v mnoha zemích – situace vyústí v celkovou nedůvěru veřejnosti k lékařům, zbytečným stížnostem a defenzivnímu chování lékařů.

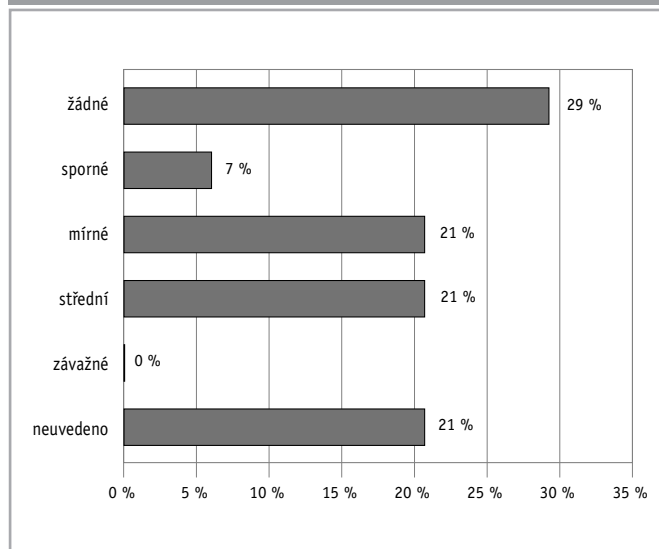
Graf č. 22 Četnost sekundárních důvodů pro návštěvu lékaře



Graf č. 23 Příznaky u primárních důvodů pro návštěvu lékaře lékaři pro dospělé



Graf č. 24 Příznaky u primárních důvodů pro návštěvu lékaře lékaři pro děti a dorost



(Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher J, Kappus J. A)

## 5. Sledování vybraných diagnóz

Studie proběhla v květnu 2003. Cíl sledování vybraných diagnóz bylo:

1. Zhodnocení proveditelnosti studie závažnosti onemocnění a stavů ve všeobecné praxi s využitím klasifikace DUSOI/WONCA a ICPC-2.
2. Vytvoření, testování a vyhodnocení softwarového nástroje DUSOI/WONCA v síti praktických lékařů HOPP-2.
3. Získání epidemiologických a klinicky významných dat k vybraným onemocněním a stavům:
  - a) Zjištění prevalence a závažnosti obtíží

se vztahem k horní části trávicího traktu, v populaci, konzultující praktické lékaře a jejich rozložení podle ICPC-2 a DUSOI/WONCA klasifikace

- b) Zjištění prevalence a závažnosti horečky u jako symptomu u dětí, konzultujících praktické lékaře a jeho rozložení podle ICPC-2 a DUSOI/WONCA klasifikace

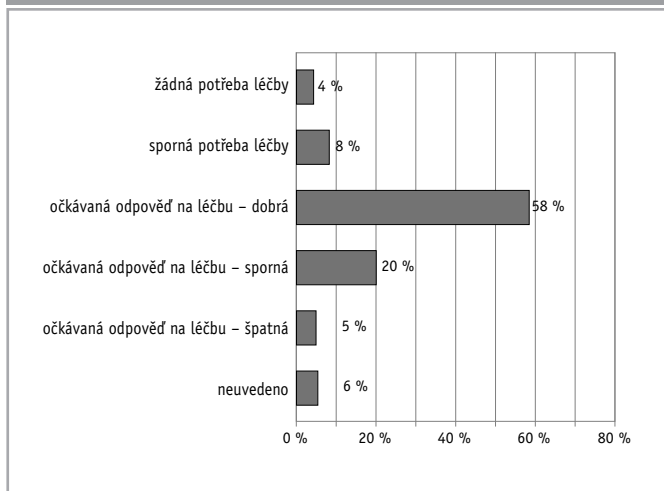
Studie byla zahájena ve 12 praxích praktických lékařů pro dospělé a 8 praxích praktických lékařů pro děti a dorost. Do studie byli zařazováni všichni pacienti, kteří jako důvod konzultace (jeden z důvodů) uvedli obtíže se vztahem k horní části trávicího ústrojí resp. u dětí byla důvodem návštěvy horečka, a to do celkové počtu 30 pacientů u každého lékaře od stanoveného data.

Pacienti byli zařazováni podle předem definovaných kritérií, bez ohledu na to, zda se u nich jednalo o obtíže vyšetřené nebo nevyšetřené, funkční nebo se zjištěnou organickou příčinou v pozadí obtíží, zařaditelných podle kódů klasifikace ICPC-2:

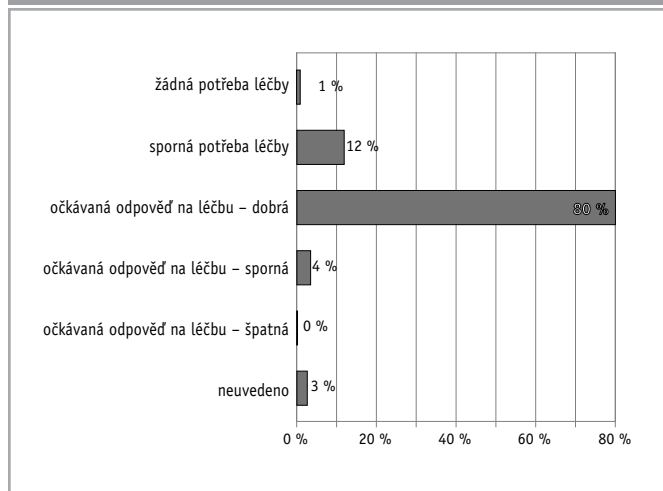
- a) symptomatických kódů – vymezujících sledovanou problematiku.
- b) kódů, definujících známý (předpokládaný) důvod obtíží.

Pacienti byli dále skórováni podle softwarové nabídky klasifikace DUSOI/WONCA. Paralelně byla sledována denní a celková návštěvnost praxe. Předpokládané období sběru dat bylo 3-4 týdny, maximální perioda zařazování pacientů byla stanovena na 20 pracovních dnů. K záznamům byl přímo

Graf č. 25 Léčitelnost primárních důvodů pro návštěvu lékaře lékaři pro dospělé



Graf č. 26 Léčitelnost primárních důvodů pro návštěvu lékaře lékaři pro děti a dorost



využíván vytvořený softwarový nástroj a data byla v elektronické podobě odesílána do vyhodnocovacího centra.

V porovnání s grafem č.17, přinesla následná studie podíl 7 % ošetřených v návštěvní službě PL (cca 50 návštěv měsíčně) a 2 % ošetřených v návštěvní službě PLDD (cca 10 návštěv měsíčně).

Na grafu č. 21 jsou vyjádřeny relativní četnosti primárních důvodů (hlavních problémů) pro návštěvu PL.

Graf č. 22 znázorňuje četnosti vedlejších (sekundárních příčin) stesků pacientů PLDD, u kterých byla hlavním důvodem návštěvy horečka.

Hodnocení závažnosti příznaků, uváděných jako hlavní důvod návštěvy PL ukazuje graf č. 23, hodnocení u PLDD graf č.24.

Grafy č. 25 a 26 ukazují hodnocení léčitelnosti podle prezentovaných příznaků u PL resp. u PLDD.

Z 12 registrujících lékařů bylo možné hodnotit výsledky u 8 lékařů. Lékaři měli v průměru 234 kontaktů týdně, tj. 47 konzultovaných pacientů denně. Z toho 16 (3 denně) kontaktů proběhlo při návštěvní službě. Bylo zařazeno 125 pacientů, tedy zhruba polovina očekávaného počtu. Jako vedoucí příznak u více jak poloviny pacientů s obtížemi se vztahem k horní části trávicího traktu (56 %) byly hodnoceny bolesti břicha. Pyróza byla uvedena jako klíčový příznak jen u 10 % pacientů s obtížemi se vztahem k horní části GIT. U 73 % pacientů byly příznaky hodnoceny jako žádné, sporné nebo mírné. U 5 % pacientů s obtížemi se vztahem k horní části GIT (u šesti z 125 zařazených) byly příznaky hodnoceny jako závažné. U 2 pacientů praktičtí lékaři rozhodli o odeslání ke konzultaci u specialisty. Praktičtí lékaři očekávali u 75 % pacientů

uspokojivé řešení problému léčbou nebo bez léčby, u pětiny pacientů měli lékaři o úspěchu léčby pochybnosti. U 5 % pacientů očekávali spíše špatnou odpověď na léčbu. Nedokončení studie 4 z 12 lékařů bylo způsobeno technickými problémy lékaři se zvládnutím softwarového nástroje a jeho nedokonalostí. Pro pilotní studii také nebyl zvolen ideální námět, především pro obtížnou definici zkoumaného problému. To se promítlo i do celkového počtu zařazených pacientů. Bolesti břicha byly vedoucím příznakem, který také ovlivňoval hodnocení závažnosti a další postup lékaře. Pálení žáhy se známou vysokou prevalencí v populaci není vnímáno pacienty ani lékaři jako závažný symptom. V populaci konzultující praktické lékaře byly při hodnocení závažnosti symptomů a stavů podle klasifikace DUSOI/WONCA u popsáných obtíží jen u šesti pacientů příznaky hodnoceny jako závažné a je dva případy vyžadovaly konzultaci u specialisty. Věk 45 – 50 let je zlomovou hranicí v hodnocení individuálních rizik podle epidemiologie malignit v Evropě (karcinom jícnu, žaludku, kolo- rektální karcinom) a zlomovou věkovou hranicí v přístupu k symptomům.

Praktičtí lékaři pro děti a dorost hodnotili častou diagnózu horečky. Hodnotili se výsledky, které získalo všech 8 zapojených PLDD. Počet dětí ošetřených v daném období u PLDD/ týden byl 180,4 / na lékaře a týden, přičemž horečku mělo 172 dětí, což představovalo 4 % z ošetřené nemocnosti. Horečka je příznak s širokou diferenciální diagnostikou a velkým spektrem závažnosti stavů podle hodnocení nástrojem DUSOI-WONCA. Obtížnější je možnost objektivizace stavu, neboť se často jedná o anamnestický údaj od rodičů, není k dis-

pozici celé spektrum stavů – část stavů řešena samoléčbou nebo na LSPP. Po provedení pilotní sondy zůstávají otázky, zda vybrán nejhodnější příznak pro pilotní studii, zda bylo správně vybrané roční období ke sledování a do jaké míry vyplynul ze studie přesný obraz závažnosti onemocnění při vybraném symptomu.

## 6. Diskuse a závěry prvních výsledků projektu „Hodnocení primární péče“

V projektu „Hodnocení primární péče“ jsme hodlali stanovit soubor indikátorů poskytování kvalitní primární péče, navrhnout systém hodnocení primární péče a provést modelové šetření hodnocení primární péče ve 20 praxích. Chtěli jsme dále stanovit přiměřený rozsah, obsah a vnější vztahy primární péče, včetně ekonomických aspektů, zpracovat systematický přehled metodik hodnocení primární péče a navrhnout formu a obsah řádného statistického šetření primární péče. První výsledky ukazují, že metody k hodnocení primární péče, klasifikace primární péče ICPC 2 a nástroj měření závažnosti onemocnění DUSOI/WONCA jsou vcelku dobře využitelné a že je lze doporučit nejprve pro další, širší, adresnější a reprezentativní šetření v podmínkách každodenního poskytování primární péče v ordinacích praktických lékařů a umožňují vytvořit si modelový obraz poskytování primární péče v České republice i v mezinárodním srovnání. Opakovaně byly využita česká verze Dotazníku spokojenosti pacienta EUROPEP a byly potvrzeny dobré zkušenosti z minulé aplikace (Seifert B., Beneš V., Struk, P., 2003). Již z prvních výsledků lze odvodit následující předběžné závěry:

- ❑ Byly nalezeny vhodné hodnotící nástroje pro primární péči, získaná data ukazují, že použité nástroje přináší validní výsledky,
- ❑ Byla zjištěno, které nástroje jsou vhodné pro každodenní využití v primární péči a výhledově budou moci sloužit jako ukazatele kvality péče a které jsou vhodné pouze pro výzkumné účely ve speciálních podmínkách,
- ❑ Srovnávací studie, validizované v řadě evropských států ukazují, že z hlediska skladby a závažnosti ošetřované nemoci i poskytované péče jsou české praxe srovnatelné s evropskými,
- ❑ Ve srovnání s evropskými praxemi je v ČR mnohem vyšší počet ošetřených ačkoli je prakticky stejný počet osob odeslaných k dalšímu vyšetření či hospitalizaci,
- ❑ Oproti běžným očekáváním a soudům se praxe primární péče spontánně dobře odborně i technicky rozvíjejí, do značné míry bez ohledu na praktickou absenci vnější podpory.

Další hodnocení bude předmětem speciálních následujících sdělení, ve kterých se soustředíme vždy na jednu použitou metodu a jí příslušející sběry dat.



#### o autorech

##### MUDr. Mgr. Petr Struk,

dětský lékař a psycholog; vedoucí střediska zdravotnické telematiky ve společnosti IMA s.r.o.; předseda Výboru pro lidská práva a biomedicínu při Úřadu zmocněnce pro lidská práva Vlády ČR

##### MUDr. Bohumil Seifert,

praktický lékař a vedoucí Ústavu všeobecného lékařství 1LF UK; vědecký sekretář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

##### MUDr. Václav Beneš,

praktický lékař a zástupce vedoucí katedry všeobecného lékařství IPVZ Praha; člen výboru Evropské sekce Světové organizace rodinných lékařů WONCA; člen výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS J.E. Purkyně

MUDr. Vlastimil Jindrák, primář oddělení Klinické mikrobiologie Nemocnice Na Homolce

Martin Tauš,  
asistent auditora

V tomto sdělení popisovaný projekt „Hodnocení primární péče“ byl realizován v letech 2002 až 2004 s podporou grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví

ČR, evidovaný pod registračním číslem NO/7147-3. Druhá část sdělení se zaměřuje na přehled hlavních výsledků projektu.

#### literatura

1. BENEŠ V., SEIFERT B.: Kvalita péče ve všeobecné praxi. Praktický lékař 77, 1997,č.12, 597-599
2. ALLES V., MAKELA M., PERSSON L., SEUNTJENS L.: Tools and Methods for Quality Improvement in General Practice, Gummerus Printing Finland, Jyväskylä 1998, str.23-29
3. BENTZEN N (ed.): An International glossary for general / family practice. Fam. Pract. 1995, 12: 341-369
4. Continuing Professional Development in primary Health Care, Policy Document of EQUIP and EURACT, 2003, www.equip.org
5. DOVEY SM, MEYERS DS, PHILLIPS RL, GREEN LA, FRYER GE, GALLIHER J, KAPPUS J. A Preliminary Taxonomy of Medical Errors in Family Practice. Quality and Safety in Health Care 2002; 11: 233-8.
6. GROL R., WENSING M.: Patients evaluate general/family practice, 2000, WONCA, grant of European Union, ISBN 90-76316-11-2
7. HOFMANS-OKKES I M AND LAMBERTS H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. Fam. Pract. 1996; 13: 294-302
8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision), Geneva, World Health Organization, 1992
9. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
10. MAKEHAM M, DOVEY S, COUNTY M, KIDD M. An international taxonomy for reporting general practice error in Australia and five other countries. Med J Aust 2002; 177: 68-72.
11. MAYS, N., POPE, C.: Qualitative Research in Health Care, BMJ Publishing Group, London, 1997
12. MILES, M.B., HUBERMAN, A.M.: Qualitative Data Analysis, SAGE, London, 1994
13. MORGAN, D.L.: Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu, Albert, Boskovic, 2001
14. RIORDAN M., SEUNTJENS L., GROL R. Improving patient care in primary care in Europe, EQUIP 2004, ISBN 90-5793-175-3
15. SEIFERT B. General Practitioners have key role in colorectal cancer screening in the Czech republic. ESPCG EuroGut 2000, vol.3, 2, 4-5
16. SEIFERT, B.: Rekvalifikace do oboru všeobecné lékařství, Praktický lékař 1996
17. SEIFERT, B.: Kvalita péče ve všeobecné praxi, Praktický lékař 1997
18. SEIFERT, B.: Programy kvality ve zdravotnictví, Provoz zdravotnických zařízení, Praktická příručka pro soukromou lékařskou práci a zdravotnická zařízení, Verlag Dashofer, 2000
19. SEIFERT B. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praktický lékař 81, 2001, č.2,113-1154
20. SEIFERT B., BENEŠ V., STRUK P.: Závěrečná zpráva projektu HOPP-1, 2002
21. SEIFERT B., BENEŠ V., STRUK P.: Zavádění nástrojů k harmonizaci hodnocení primární péče, Informace pro praxi, 2003,
22. STRAUSS, A.: Qualitative analysis for social scientists, Cambridge University Press, 1988
23. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.: Základy kvalitativního výzkumu, Albert, Boskovic, 1999
24. STRUK, P. (1987): Konference SZO/UNICEF v Alma Atě o primární zdravotní péči. Prakt. Lék. ( Praha ), 67, 1987, no. 9
25. STRUK, P., PAPEŠ, Z. ( 1999 ): Plánování a lékaři ve zdravotnictví. Zdravotnictví v České republice, 2, no. 4, pp. 135 – 140.
26. STRUK, P.: Zdravotnictví – expertní oborová studie pro Národní program orientovaného výzkumu a technologického rozvoje ČR, 2001
27. STRUK, P.: Historický vývoj problematiky kvality ve zdravotní péči, Verlag Dashofer, Praha, 2002
28. The Linnaeus-PC Collaboration. International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care – Version 2. Washington, DC: The Robert Graham Center, 2002
29. WONCA Classification Committee. Functional status in primary care. New York, Springer, 1990
30. Závěrečná zpráva Projektu Rozvoje primární péče PHARE, MZ ČR, 1997
31. Závěrečná zpráva Projektu rozvoje integrované primární péče PHARE, MZ ČR 2000

The necessity to characterise quality of health at regional level is encouraged by the NHR in the scope of the Network for Health Regions system. At the annual meeting of the NHR, a study presented by the North-Bohemian Region focused on data comparison with the Capital City of Prague Region and the Czech Republic. We proved usefulness of this monitoring method and we emphasise the influence of the population social structure on the final findings. We also established a significant acceleration of the life expectancy monitored in the last decade, compared with the 80's of the last century. On this model we emphasise that health inequality is a problem which needs many years to solve.

# Nerovnost zdraví populace v regionu

*Josef Richter, Ivan Pfeifer, Stanislava Richterová,  
Lucie Dobiášová, Jitka Pešková*

V současné době zaujímá regionální zdravotní politika v koncepci péče o zdraví významné místo v evropském systému SZO-RHN (Regions for Health Network) – Síť zdravotních regionů SZO, která je po dvanácti letech svého vývoje zastoupena již 32 regiony 24 zemí Evropy. Tento systém má svůj program dalšího rozvoje a dále rozšiřuje koncepci zdravotní politiky regionů zúčastněných zemí. Jedenácté výroční zasedání se uskutečnilo koncem roku 2003 v Ústeckém regionu a byl na něm také vytvořen program RHN na následující období tří let. Uvedené výroční zasedání nám na jedné straně umožnilo blíže poznat zdravotní politiku regionů zemí EU a kandidátských zemí a na druhé straně nás vedlo ke srovnání regionální politiky uplatňované u nás se současnou náplní v zemích EU. Na jednání se potvrdilo, že uplatnění principu subsidiarity v tvorbě a realizaci zdravotní politiky je zcela nezbytné (5). Přínosem této konference bylo vytvoření programů sledování zdravotního stavu v populacích jednotlivých regionů. Ústecký region se stal vůdčím regionem projektu prevence drogových závislostí. Programu se účastní deset regionů Evropy, první výsledky této studie budou projednány na pracovním setkání v našem regionu na jaře 2005. Dalším projektem, na kterém se Ústecký projekt podílí je projekt Zdraví rómské populace, vedený maďarským regionem Győr-Ménfőcsanak-Sopron. První výsledky studie byly našim regionem zveřejněny na 12. výročním zasedání WHO-RHN ve Valencii. Vzhledem k šíři dalších regionálních projektů zveřejníme celý rozsah v odborné literatuře.

Na 11. výročním zasedání SZO – RHN byl zdůrazněn význam sledování parametrů zdravotního stavu v rámci regionů v jednotlivých zemích. V naší prezentaci jsme vycházeli z výsledků vyšetřování ukazatelů zdravotního stavu obyvatel regionů systému RHN získaných v rámci mezinárodní studie organizované LÖGD Bielefeld (7). Na zasedání jsme prezentovali výsledky vyšetření některých vybraných ukazatelů zdravotního stavu ve vybraných lokalitách České republiky, které dále uvádíme.

Mění se podmínky života v naší republice a zejména v jejich různých regionech ovlivňují trendy střední délky života, které jsou významným ukazatelem kvality vývoje společnosti (10).

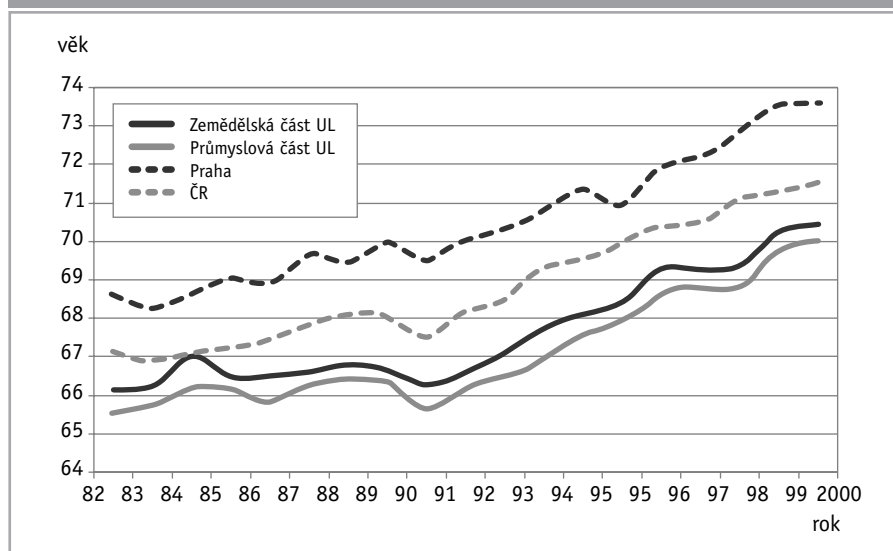
Od poloviny šedesátých let jsme věnovali pozornost vlivům kontaminace zevního životního prostředí na zdravotní stav dětské populace, žijící v oblastech s různým stupněm znečištění ovzduší. Počátkem osmdesátých let minulého století jsme začali sledovat působení faktorů vnitřního prostředí a prostředí interiérů (indoor pollution). Uvědomujeme si, že vliv změn životního prostředí na lidský organismus se z hlediska ukazatelů jako střední délka života a podobně nemůže projevit okamžitě. Na druhé straně ani výrazné pozitivní změny v kvalitě životního prostředí, indukované na počátku devadesátých let minulého století, nemají s největší pravděpodobností rozhodující vliv na pozorované změny sledovaných zdravotních ukazatelů. Výraznější vliv lze ve světle novějších poznatků přisuzovat sociálním a ekonomickým podmínkám, vlivu návyků, životnímu

stylu a dalším faktorům. Tyto skutečnosti jsou patrné z pozorování tří oblastí rozdílných regionů, ve kterých se výrazně liší struktura populace. Jedná se o oblast regionu hlavního města Prahy, zemědělskou oblast Ústeckého kraje s poměrně stabilizovanou strukturou populace bez výraznějších vlivů migrace a průmyslovou oblast téhož kraje s výraznou mírou migrace v poválečném období a s kontinuální obměnou populace v průběhu následujících let. Jde o část kraje s nejnižší úrovní vzdělanosti v republice (rozdíl vysokoškolského vzdělání činí 20 % ve srovnání s Prahou) a s kritickým přístupem k péči o vlastní zdraví (v některých skupinách populace je zjištěno až 90 % kuřáků a v průměru více než 45 % kuřáků). Z grafů je u této skupiny patrný prakticky neustále stejný a významný rozdíl v očekávané délce života jak u mužů, tak u žen. Při posledním provedeném srovnání (rok 2001) byl zjištěn rozdíl u populace mužů průmyslové části Ústeckého kraje a mužů Prahy u tohoto ukazatele 3,5 roku a u žen 2,5 roku v neprospěch ústecké oblasti. Statisticky významný je i rozdíl výsledků u populace zemědělské a průmyslové části severočeského kraje. Zdá se, že rok 1990 nastartoval razantnější vzestup délky života ve všech oblastech. U mužů je tento vzestupný trend statisticky vysoce významný, zatímco v dekadě 1982 – 1991 je rozdíl očekávané délky života v této populaci nevýznamný. „Hubená“ životní či sociální úroveň znamená malé možnosti pěstování zdravého způsobu života (4). Vzhledem k situaci v regionu se nezbytnost definovat a registrovat minoritní skupiny, tak jako je tomu například v USA, projevuje v ústeckém kraji nejsilněji. Je třeba mít možnost dokonale porovnávat parametry zdravotního stavu, abychom mohli učinit kvalitní preventivní opatření.

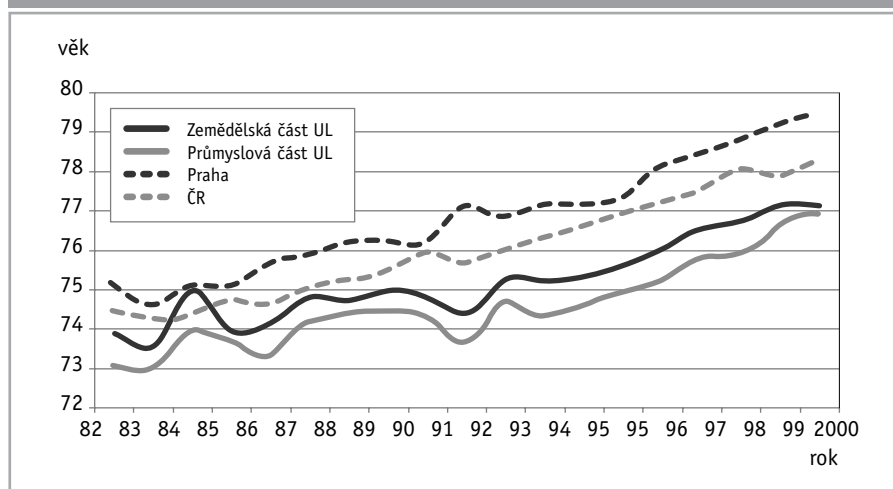
Na druhé straně si současně klademe otázku: Jak a kdo bude tato opatření v našem zdravotním systému provádět? Ve vyspělém zdravotnictví by měl být podíl prevence v péči společnosti o zdraví minimálně poloviční. Společenské postavení a ohodnocení zdravotníků této služby však trpí pauperizací a přes některé pozitivní změny není stále vyřešeno (5).

Ve vztahu k sociálně ekonomickému postavení jsou rozdílné nálezy zdravotního stavu i v různých regionech zemí EU (13). Pravděpodobně je to způsobeno jednak vícefaktorovým ovlivněním zdravotního stavu populace a také nemalou měrou i nastavením lafky, stanovující úroveň sociálně ekonomického zařazení. Je uznáváno, že je

Graf č. 1 Očekávaná délka života – muži



Graf č. 2 Očekávaná délka života – ženy



třeba spolu se zlepšováním zdravotního stavu populace i zlepšovat kvalitu životního prostředí (13). Tyto názory zastávají mnozí významní autoři (11,13). V letech 1981 – 1991 byly sledovány změny v úmrtnosti populace v závislosti na růstu specifických rizik (například v nižších sociálně ekonomických skupinách ve Velké Británii vzrostla úmrtnost mužů ve věkové skupině 15 – 44 let). Lokální hromadění („clustering“) náleží špatného zdravotního stavu v určitých lokalitách vyžaduje zvýšenou pozornost (12). Mikrolokality s tímto nahromaděním zdravotních problémů nacházíme v našem regionu například v sídlištích s vysokou koncentrací rómské populace. Studium nerovného zdravotního stavu vybraných populačních vzorků se ukazuje být v našich podmínkách nejen účelné, ale i nezbytné. Například index mnohočetné deprivace 2000- IMD 2000 (8) klasifikuje poměry příjmu a zaměst-

nanosti po 25% celkové sumy, indexu zdraví se vzděláním po 15%, úroveň bydlení a dostupnosti služeb po 10%. V modifikaci s úpravou pro naše podmínky by bylo uvedené hodnocení jistě využitelné. V první části studie jsme hodnotili index deprivace počtem bodů získaných z údajů sledované populace (kouření, vzdělání, úroveň bydlení, životní prostředí, přelidnění v bytě, péče o zdraví atd). Naše nálezy v mikrovzorcích populace okresů (200 sledovaných v různých okresech kraje) nasvědčují o užitečnosti tohoto měření. Proti podmínkám Velké Británie by bylo třeba provést přehodnocení vztahů odlišné úrovně sociálního zabezpečení i dalších parametrů. V tomto kontextu je třeba zařadit sledování i dalších ukazatelů, například sledování vztahu sociálně ekonomické úrovně ke kumulaci psychických poruch (9). Ve vymezených regionálních lokalitách se také nabízí možná souvislost



výše uvedených vlivů se zvýšenou prevalencí sebevražd. Na základě mnoha nových poznatků vyžaduje zvýšenou pozornost i podrobné a systematické sledování vlivů škodlivinám životního prostředí na programování vývoje jedince v průběhu fetálního období. Ukazuje se, že eliminace některých silně teratogenních organických látek je pouze dílčím řešením (DDT a PCB), výskyt dalších látek, které mohou mít prokazatelný vliv na programování dispozic plodu k onemocnění je daleko širší a zdaleka ne zcela definovaný (13). Trendy ve vývoji reprodukčního zdraví populace jsou varovné a vyžadují pozornost především u rizikových skupin. V různých populačních minoritách definovaných rasou, náboženským vyznáním, úrovní vzdělání, sociálně ekonomickým stavem, lokalitou a v neposlední řadě i osobním postavením jedince (osamělost, rozvedení, ovdovělí atd.) jsou pozorovány rozdíly v nemocnosti některými příznačnými chorobami. Kvalita zdraví je výše uvedenými vlivy významně ovlivněna (3). Je zřejmé, že sociální epidemiologie by měla být úzce provázána s oborem veřejného zdravotnictví.

Sociálně ekonomické podmínky ovlivňují zdraví ve všech zemích (4). Jejich zlepšení vede k prokazatelnému postupnému snižování úmrtnosti na cévní a srdeční onemocnění (6). Velké rezervy však přetrvávají např. v boji proti epidemii nikotinizmu (6). Uplatnění preventivních zásahů je nezbytné, ale vždy je nutná možnost aplikace na poměry určitého regionu (2). Ve shodě s řadou autorů konstatujeme, že nerovnost ve zdraví je problémem dlouhodobého řešení (1,5,10,12).



*Práce vznikla za podpory Výzkumného záměru MZ ČR Zdravotního ústavu se sídlem v Ústí nad Labem č.000673536.*

## SOUHRN:

Potřebu charakterizovat kvalitu zdraví na regionální úrovni prosazují SZO v rámci programu Systému zdravých regionů. Studie Ústeckého regionu v porovnání s regionem hlavního města Prahy a České republiky byla prezentována na výročním zasedání SZO. Prokázali jsme účelnost tohoto způsobu monitorování a zdůrazňujeme vliv sociální struktury populace na výsledné nálezy. V posledních deseti letech potvrzujeme významnou akceleraci očekávané délky života v porovnání s dekádou 80. let minulého století. Zdůrazňujeme na tomto modelu, že nerovnost ve zdraví je problémem dlouhodobého řešení.

## literatura

1. BARTLEY, M.: Essay Review. *International Journal of Epidemiology* 30, 2001, s. 628-631.
2. BASSUK, S.S., BERKMAN, L.F., AMICK, B.C.: Socioeconomic Status and Mortality among the Elderly: Findings from Four US Communities. *Am. J. Epidemiol.*, 155, 2001, s.520-533.
3. BIRCH, S.: Commentary: Social inequalities in health, social epidemiology and social value. *International Epidemiol.*, 30, 2001, s. 294-296.
4. BLANE, D.: Commentary: Socioeconomic health differentials. *International J. Epidemiol.*, 30, 2001, s. 292-293.
5. DRBAL, C.: Přístupy k regionální zdravotní politice. *Zdravotnictví v České republice*, 5, 2002, s. 9-10.
6. FERRARIO, M., SEGA, R., CHATENOU, L., et al.: Time trends of major coronary risk factors in a northern Italian Population (1986-1994). How remarkable are socioeconomic differences in an industrialized low CHD incidence country? *Internat. J. Epidemiol.*, 30, 2001, s. 285-291.
7. FUHR, A., BARDEHLE, D., MÖNCH, M.: WHO Europe: Common Minimum Indicator Set. *Lögd Bielefeld*, 2000, ISSN: 0933-3703.
8. JORDAN, H., RODERICK, P., MARTIN, D.: The Index of Multiple Deprivation 2000 and accessibility effects on health. *J. Epidemiol. Community Health*, 5, 2004, s. 250-257.
9. LORANT, V., DELI GE, D., EATON, W., et al.: Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am. J. Epidemiol.*, 157, 2003, p. 98-112.
10. PAPEŠ, Z.: Mění se podmínky života ČR a vývoj střední délky života. *Zdravotnictví v České republice*, 5, 2002, s. 11-23.
11. PHILLIMORE, P., BEATTIE, A., TOWNSEND, P.: Widening inequality of health in northern England, 1981-91. *BMJ*, 308, 1994, s. 1125-1128.
12. REIJNEVELD, S.A., VERHEIJ, R.A., BAKKER, D.H.de: The impact of area deprivation on differences in health: does the choice of the geographical classification matter? *J. Epidemiol. Community Health*, 54, 2000, s. 306-313.
13. SLOGGETT, A., JOSHI, H.: Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage? *BMJ*, 309, 1994, s. 1470-1474.

## o autorech

**Josef Richter,<sup>1</sup>**

vedoucí Centra výzkumu a mezinárodní spolupráce  
e-mail: josef.richter@zuusti.cz

**Ivan Pfeifer,<sup>2</sup>**

Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. LF UK Praha

**Stanislava Richterová,<sup>1</sup>**

vedoucí Centra veřejného zdraví  
e-mail:stanislava.richterova@zuusti.cz

**Lucie Dobiášová,<sup>1</sup>**

Samostatný odborný pracovník, Centrum výzkumu a mezinárodní spolupráce  
e-mail:lucie.dobiasova@zuusti.cz

**Jitka Pešková,<sup>1</sup>**

asistentka, Centrum výzkumu a mezinárodní spolupráce  
e-mail:jitka.peskova@zuusti.cz

1) Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, ředitel MUDr. Jan Ševčík

2) Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. LFUK Praha, vedoucí Doc. MUDr. Karel Dohnal

## Seminář

### Spolupráce WHO a ČR (ÚZIS) v oblasti zdravotnické statistiky

Seminář na toto téma proběhne 4. dubna 2005 ve Státním zdravotním ústavu (Praha 10, Šrobárova 48, budova ředitelství)

Předběžný program :

09:30 – 10:00

Aktivity WHO v oblasti rozvoje zdravotnických informačních systémů (*Health Metrix Network, Multi-country surveys, etc.*)

Doc. MUDr. A. Petráková, CSc.,  
WHO/HQ Ženeva

10:00 – 10:45

Světové šetření o zdraví

Mgr. J. Holub, zástupce ředitelky ÚZIS

Ing. Jakub Hrkal

10:45 – 11:00 Přestávka

11:00 – 11:45

Světové šetření o zdraví – pokračování

Ing. Jakub Hrkal,

Mgr. J. Holub, zástupce ředitelky ÚZIS

11:45 – 12:00

Závěrečná diskuze, Hodnocení

# Programové vybavení „Utonulí“

Vladimír Král, Magdalena Čapková, Miloš Velemínský

V souvislosti s absencí rozsáhlejší studie týkající se úrazů souvisejících s vodou v ČR byl v období r. 2001 – 1. pol. roku 2004 realizován monitoring utonutí a téměř utonutí v ČR (poznámka redakce – viz Zdravotnictví v České republice 3/VII/2004, str.130)

Hlavním cílem projektu bylo vytvoření softwaru, který by obsahoval data o utonulých a téměř utonulých osobách v ČR.

Na základě požadavku na vytvoření programového vybavení pro evidenci dat o utonulých bylo vytvořeno programové vybavení „Utonulí“. Úkolem tohoto programového vybavení je evidence dat o utonulých, třídění a exporty těchto dat. Programové vybavení bylo vytvořeno v databázovém prostředí MICRONETICS STANDARD MUMPS.

Vlastní ovládání programového vybavení „Utonulí“ se provádí prostřednictvím základní nabídky. Pomocí které lze vstoupit do všech

pěti částí programového vybavení. Ve volbě „Pořízení údajů o utonulých“ se provádí vlastní vstup údajů o utonulých do databáze programového vybavení. Pořízené údaje jsou zkontrolovány na číselníky a uloženy do databáze. Vstup číselníků položek se provádí tak, aby byla zaručena jednodušnost vyplňování těchto položek při pořizování údajů o utonulých. Exporty dat se provádí dle různého třídění, které je již pevně zadáno (např. Seznam utonulých dle věku) nebo jej lze specifikovat dle individuálních potřeb. Export se po zadání třídění nejdříve zobrazí na obrazovce a následně je ho možné exportovat do souboru pro Excel.

Programové vybavení „Utonulí“ obsahuje anonymní databázi utonulých a téměř utonulých osob v ČR ve sledovaném období. Možnosti programového vybavení umožňují rychlou orientaci v databázi, neomezenou specifikaci třídění dle zadaných hledí-

sek. Účelné jsou exporty dat do Excelu umožňující další zpracování dat v tomto programu. Demoverze programu k dispozici na <http://www.zcr.cz/Stranky/obsah.htm#03>



Zpracováno za finanční podpory projektu IGA MZ ČR č. NE / 7302-3

## o autorech

Ing. Vladimír Král, Mgr.  
je pracovníkem firmy TranSoft a.s.,  
České Budějovice

Mgr. Magdalena Čapková,  
Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.  
viz Zdravotnictví v České republice  
3/VII/2004, str.133

## Publikace vydané Institutem zdravotní politiky a ekonomiky v roce 2004

Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR – Sborník č. 1/2004 (Závěrečná zpráva z výzkumu z roku 2003)  
Autoři: Dobiášová K., Vyskočilová O., Čabanová B., Šebek P., Křečková N.

Zhodnocení demografického vývoje kraje Vysočina (Studie k přípravě Zdravotního plánu kraje) – Sborník č. 2/2004  
Autoři: Háva P., Roubíček V., Skalický R., Murtinger T., Běláček J., Fiala T., Havel R., Horáková P.

Nemocnice II. – Sborník č. 3/2004  
Autor: Pavla Hanušová

Bezdomovství v zrcadle veřejné politiky – Sborník č. 7/2004  
Autor: Miroslav Barták

Fungování nemocnic v šesti zemích – Supplementum č. 1/2004  
Překlad: Goulli R., Vampolová K., Neuwirthová D.  
(z francouzského originálu: Le

fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers Rapport pour la Cour des Comptes)  
(Pracovní dokument CREDES – Centrum výzkumných studií a dokumentace v ekonomice zdraví, [http://www.credes.fr/En\\_ligne/Rapport/hopfonc.pdf](http://www.credes.fr/En_ligne/Rapport/hopfonc.pdf))

Bezdomovství – Přehled výsledků výzkumů z Velké Británie, ISBN: 80-86625-15-X  
Překlad: Barták M., Sommer L., Pintová K., Potužníková Z.  
(z anglického originálu: Single Homelessness, an overview of research in Britain, The Policy Press, Bristol, 2000, ISBN 1-86134-255-1)

Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům, ISBN: 80-86625-18-4  
Překlad: Haubertová D., Barták M.  
(z anglického originálu The OECD Health Project. Towards High-Performing Health Systéme 2004, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Paris. ISBN 92-64-0155-8)

Zpráva o stavu zdraví v Rakousku 2003, ISBN: 80-86625-17-6  
Překlad: Wallo V.  
(z německého originálu : GESUNDHEITSBERICHT 2003 der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an den Nationalrat, BMGF, 2004)

Vliv reformy úhrady nemocniční péče typu Case-Mix na zdravotnictví – Případová studie Rakouska, ISBN: 80-86625-16-8  
Překlad: Miroslav Barták  
(z angličtiny : Impact of Case-Mix Hospital Payment Reforms on Health Systems – Case Study Austria, Research Report, Institute for Advanced Studies (IHS HealthEcon), April 2003, ISBN: 80-86625-16-8)

Průvodce systémem zdravotní péče České republiky – Infomační příručka pro cizince – III.  
(Aktualizované vydání – v českém, ukrajinském, ruském a vietnamském jazyce)  
Autoři: Dobiášová k., Křečková N., Čabanová B., Knajřlová A., Háva P., Foktová I., Roupcová E.

Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách – sborník z konference  
Autoři: Háva P., Schlanger J., Veselá J., Angelovskí I., Brůha D., Tomek V., Ripová L., Nesvadbová L., Kokalov I., Dobiášová K., Cabanová B., Hnilicová H., Paleček M., Svobodová L., Uzel J.

Kvalita života – Sborník příspěvků z konference  
Autoři: Křivohlavý J., Šolcová I., Kebza V., Korunková M., Hnilicová H., Nesvadbová L., Háva P., Buchtová B., Dragomírečká E., Šelepová P., Kalová H., Petr P., Hejduk Z.

**POZNÁMKA REDAKCE:**  
vedené texty možno získat v tištěné formě v Institutu zdravotní politiky a ekonomiky a většina publikací je přístupná také v elektronické formě na adrese [www.izpe.cz](http://www.izpe.cz)



## SUMMARY: LIFE STYLE OF ASTHMATIC PATIENTS

This study is dealing with differences in a life style of asthmatic and non-asthmatic individuals. We can conclude, that individuals suffering from bronchial asthma, in comparison with those without this illness, practice healthier life style. We found, that in all measured indicators they have better life style than asthmatic individuals. Impact of bronchial asthma on the people's life style is as follows: both men and women practice more physical activities and smoke less frequently as well as drink alcohol less (this is valid more for men than for women). Additionally, bronchial asthma causes substantial improvement of eating habits for both genders but this change is more significant for women.

**KEY WORDS:** Asthma, gender, life style, tobacco smoking, alcohol drinking, eating habits

# K životnímu stylu astmatických pacientů

*Helena Hnilicová, Karel Hnilica*

V této práci navazujeme na naši studii o kvalitě života astmatických pacientů.<sup>1</sup> V této studii jsme sledovali rozdíly mezi lidmi trpícími astmatem a těmi, kteří astma nemají. Rovněž nás zajímali rozdíly mezi muži a ženami v sedmi indexech kvality života. Tři z těchto sedmi indexů se týkaly kognitivních dimenzí kvality života, tři dimenzí emocionálních a jeden se týkal subjektivního vnímání celkového zdraví. Ukázalo se, že muži měli ve všech sedmi sledovaných indexech lepší kvalitu života než ženy, a že astmatické onemocnění ovlivňuje negativně spíše kvalitu života mužů než žen (Hnilica a Hnilicová, 2002).

Zajímali nás přirozeně i některé faktory, které by mohly mít vliv na zdraví a kvalitu života – mezi nimi i tzv. životní styl. Životním stylem, jemuž je věnována tato studie, rozumíme chování, o kterém se důvodně předpokládá, že má vliv na zdraví: kouření cigaret, požívání alkoholu, výživu a způsob stravování a fyzickou aktivitu (Almeida et al., 2002; Gecková et al., 2000; Majerová, 1997; Marttila a Nupponen, 2000; Parry, Fowkes a Thomson; 2001; Ramstedt, 2001; Rist, 2002; Schofield et al., 2001). Otázky, jež jsme si kladli, se týkají rozdílů mezi zdravými a nemocnými jedinci a rovněž mezi muži a ženami: Jak ovlivňuje astmatické onemocnění životní styl pacientů? Existují systematické rozdíly v životním stylu mužů a žen? Lze vysledovat nějaké interakce těchto dvou faktorů? A obecněji: Přispívá zdravý životní styl k lepší kvalitě života? Jak souvisí zdravotní stav s kvalitou života? Na některé z těchto otázek se snažíme odpovědět v této práci.

## Metoda

### Vzorky

Vzorek, se kterým v této práci pracujeme je stejný jako v předchozí studii. Jde celkem o 204 respondenty, z nichž polovinu tvoří zdraví jedinci, polovinu astmatictí pacienti.

Celkem tak vzorek sestává ze 102 astmatických pacientů ve věku od 16 let do 81 roku ( $M = 48,4$ ;  $SD = 16,1$ ). Muži jsou cca o 4,5 roku starší než ženy ( $M_m = 50,9$ ;  $M_z = 46,6$  let). Ve vzorku převažují ženy (57,8%) a lidé, kteří dosáhli minimálně maturitu (75,5%). Takřka stejné údaje platí i pro vzorek zdravých respondentů. Bližší údaje o způsobu tvorby vzorku a jeho složení najde čtenář v naší předchozí práci (Hnilica a Hnilicová, 2002).

### Techniky

Ve výzkumu byl užít poměrně rozsáhlý (dvacetistránkový) a relativně náročný dotazník. Na zjišťování životního stylu byly zaměřeny tyto položky:

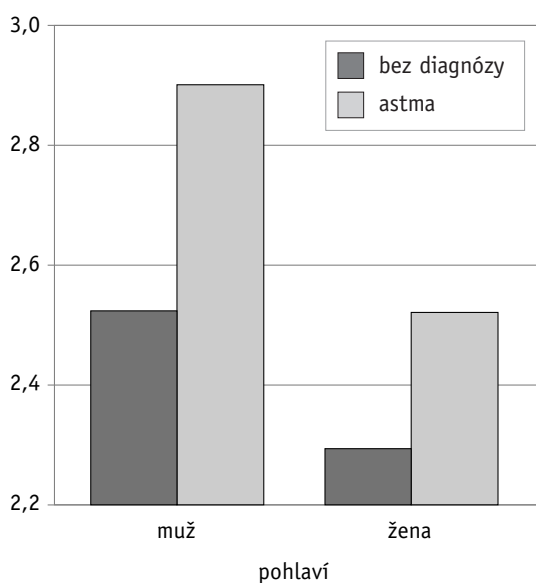
Ke zjišťování pravidelné fyzické aktivity byla užita pětistupňová škála, jejíž pomocí měli respondenti uvést pohybovou aktivitu, která je nejlépe vystihuje. Škála byla v rozptěti od 1 = „žádná pohybová aktivita“ po 5 = „pravidelný intenzivní sportovní trénink, těžká práce v zaměstnání atp.“

Ke zjištění míry kouření byla užita pořadová škála od „1 = nikdy jsem nekouřil/a“ po „5 = kouřím více než 20 cigaret denně“.

Ke zjištění frekvence požívání alkoholu byly užity celkem čtyři otázky. Jedna z nich zněla: „Jak často pijete alkohol?“ Škála odpovědí byla od „1 = nikdy“ po „5 =

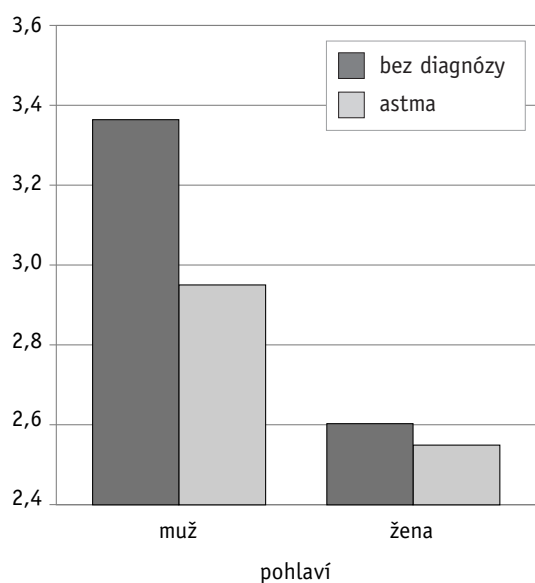
<sup>1</sup>) Práce vykonané na tomto článku byly vykonány v rámci výzkumného záměru 1. LF UK v Praze CEZ: J13/98: 111100007 „Číle medicíny a kvalita života“ (MUDr. J. Payne, odpovědný řešitel).

Graf č. 1 Fyzická aktivita



	MS	df	F	P =
model	2,965	4	5,350	0,000
věk	4,237	1	7,644	0,006
diagnóza	4,540	1	8,190	0,005
pohlaví	4,376	1	7,896	0,005
diagnóza * pohlaví	0,273	1	0,493	0,483

Graf č. 2 Jak často pijete alkohol



	MS	df	F	p =
model	5,101	4	7,120	0,000
věk	1,977	1	2,759	0,098
diagnóza	2,679	1	3,739	0,055
pohlaví	16,237	1	22,665	0,000
diagnóza * pohlaví	1,496	1	2,089	0,150

denně". Další otázky se týkaly běžné týdenní dávky piva (v počtu půllitrů), běžné týdenní dávky vína (v dcl.) a běžné týdenní dávky tvrdého alkoholu (v dcl.).

Ke zjištění návyků týkajících se výživy a způsobu stravování byly užity rovněž čtyři otázky, které zněly: „Kolikrát se denně stravujete?“, „Jak často jíte jídla typická pro českou kuchyni?“, „Jak často jíte jídla sestavená podle zásad správné výživy?“ a „Stravujete se podle speciální diety?“ Stupnice odpovědí byla u posledních tří položek shodná (od „1 = nikdy“ po „5 = denně“).

### Výsledky

V dalším textu probereme nejprve jednotlivé sledované prvky životního stylu v souvislosti se zdravotním stavem a s pohlavím respondentů.

### Fyzická aktivita

Jak jsme již uvedli, byla ke zjišťování pravidelné fyzické aktivity užita pětistupňová škála, jejíž pomocí měli respondenti uvést tu pohybovou aktivitu, která je nejlépe vystihuje. Škála byla v rozpětí od 1 = „žádná pohybová aktivita“ po 5 = „pravidelný

intenzivní sportovní trénink, těžká práce v zaměstnání atp.“

Aritmetické průměry znázorněné v grafu ukazují, že podle očekávání, v průměru vykonávají náročnější fyzické aktivity muži než ženy ( $M_{\text{muži}}$  (dále jen  $M_m$ ) = 2,69;  $M_{\text{ženy}}$  (dále jen  $M_z$ ) = 2,43) a astmatici než neastmatici ( $M_{\text{astmatici}}$  (dále jen  $M_a$ ) = 2,68;  $M_{\text{neastmatici}}$  (dále jen  $M_{na}$ ) = 2,40). Jak je patrné z následující tabulky, shrnující základní údaje o výsledcích analýzy kovariance (ANNOVA; s věkem jako kovariantou), jsou rozdíly mezi muži a ženami i mezi astmatiky a neastmatiky statisticky

Vysvětlivky k symbolům opakovaně použitým v tabulkách v textu:

MS = průměrný čtverec (hodnota, která ukazuje odchylku naměřených hodnot od hodnot předpokládaných)

df = stupně volnosti

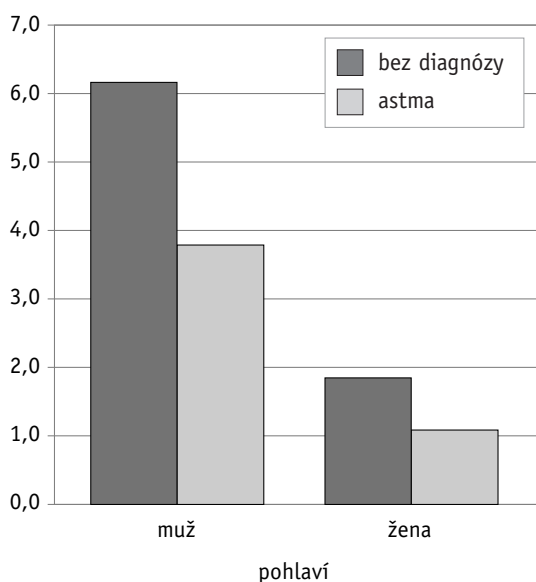
F = výsledky F testu

p = hladina významnosti

Tabulka č. 1 Kouření cigaret

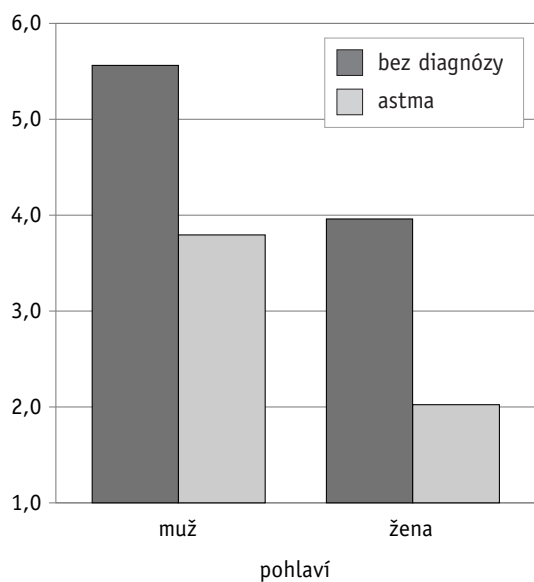
	bez diagnózy		astma	
	muž	žena	muž	žena
nikdy jsem nekouřil/a	13	30	22	28
dříve jsem kouřil, ale dnes již ne	11	7	13	24
spíše výjimečně	3	4	6	3
1 až 5 denně	2	4	1	-
6 až 10 denně	1	5	-	3
11 až 20 denně	10	7	-	1
více než 20 denně	1	1	1	-

Graf č. 3 Běžná týdenní dávka piva



	MS	df	F	p =
model	127,679	4	11,365	0,000
věk	83,225	1	7,408	0,007
diagnóza	77,657	1	6,913	0,010
pohlaví	357,416	1	31,816	0,000
diagnóza * pohlaví	18,410	1	1,639	0,203

Graf č. 4 Běžná týdenní dávka vína



	MS	df	F	p =
model	65,899	4	3,834	0,005
věk	41,715	1	2,427	0,122
diagnóza	117,806	1	6,854	0,010
pohlaví	99,676	1	5,799	0,017
diagnóza * pohlaví	0,332	1	0,019	0,890



signifikantní. Interakce těchto dvou faktorů signifikantní není.

#### Kouření cigaret

Ke zjištění frekvence či intenzity kouření byla užita sedmistupňová pořadová škála. Jednotlivé alternativy odpovědí a jejich frekvence uvádíme v následující tabulce.

Rozdíl mezi astmatiky a neastmatiky je signifikantní: astmatici kouří signifikantně méně než neastmatici (Mann-Whitney  $U = 4068$ ;  $z = -2,54$ ;  $p = 0,011$ ).

I když muži kouří o něco více než ženy, rozdíl mezi pohlavími však není statisticky signifikantní (Mann-Whitney  $U = 4465,5$ ;  $z = -1,18$ ;  $p = 0,240$ ). I naše zjištění potvrzuje obecně známý trend, že rozdíly mezi muži a ženami v kuřáctví se stírají. Ženy ve vyspělejší části světa, kam se také řadí Česká republika, již dohánějí v intenzitě kouření muže se všemi negativními důsledky tohoto jevu. Například ve Spojených státech již úmrtnost žen na rakovinu plic předčila úmrtnost na karcinom prsu a stala se hlavní onkologickou příčinou úmrtí i u žen. (Beaglehole, R., Bonita, R., 1999).

Ačkoli nelze interakci těchto dvou faktorů formálně testovat, je po převodu na relativní čísla (procenta) zřejmé, že kouří („spíše výjimečně“ až „více než 20 denně“) asi o 7% mužů více než ženy. A to jak astmatiků, tak i neastmatiků. V datech tedy žádnou interakci vysledovat nelze.

#### Pítí alkoholu

##### Frekvence pití alkoholu celkem

Jedna z otázek zněla: „Jak často pijete alkohol?“ Škála odpovědí byla od (1 = „nikdy“ po (5 = „denně“). Potvrdilo se, že celkově pijí více alkoholu muži než ženy ( $M_m = 3,13$ ;  $M_z = 2,58$ ) a zdraví respondenti více než respondenti astmatici ( $M_{na} = 2,91$ ;  $M_a = 2,71$ ). Rozdíl mezi zdravými a astmatickými muži je o něco výraznější než rozdíl mezi zdravými a astmatickými ženami; statisticky však tato interakce signifikantní není.

##### Běžná týdenní dávka piva (v počtu půllitrů)

Obdobné zjištění jako u celkové konzumace alkoholu platí i pro běžnou týdenní dávku piva. Muži vypijí v průměru

více půllitrů piva než ženy ( $M_m = 4,74$ ;  $M_z = 1,51$ ), astmatici vypijí méně piva než zdraví jedinci ( $M_a = 2,51$ ;  $M_{na} = 4,33$ ). I zde je rozdíl mezi zdravými a astmatickými muži o něco výraznější než rozdíl mezi zdravými a astmatickými ženami; ani tato interakce však statisticky není signifikantní.

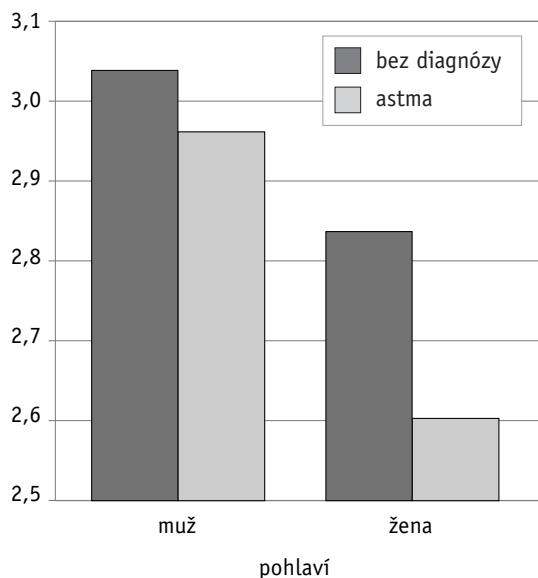
##### Běžná týdenní dávka vína (v dcl.)

Obdobné zjištění platí i pro běžnou týdenní dávku vína. Muži opět vypijí v průměru o něco více vína než ženy ( $M_m = 4,57$ ;  $M_z = 3,02$ ), neastmatici o něco více než astmatici ( $M_a = 2,71$ ;  $M_{na} = 4,66$ ). Rozdíl mezi zdravými a astmatickými muži jsou zde takřka totožné jako rozdíl mezi zdravými a astmatickými ženami.

##### Běžná týdenní dávka tvrdého alkoholu (v dcl.)

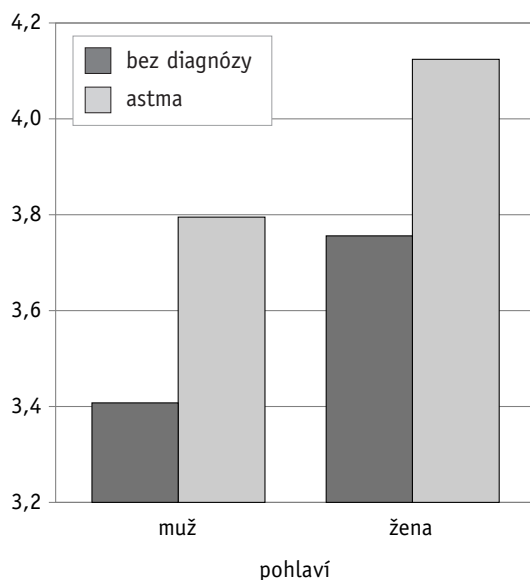
V běžné týdenní dávce tvrdého alkoholu se od sebe muži a ženy statisticky významně neliší ( $M_m = 1,11$ ;  $M_z = 0,88$ ), stejně tak jako se neliší zdraví respondenti od astmatických pacientů ( $M_a = 0,69$ ;  $M_{na} = 1,39$ ). Rovněž interakce pohlaví a diagnózy byla nesignifikantní.

Graf č. 5 Jak často jíte jídla typická pro českou kuchyni?



	MS	df	F	p =
Model	1,456	4	2,832	0,026
Věk	0,734	1	1,427	0,234
Diagnóza	1,169	1	2,274	0,133
Pohlaví	3,705	1	7,205	0,008
diagnóza * pohlaví	0,342	1	0,665	0,416

Graf č. 6 Jak často jíte podle zásad správné výživy?



	MS	df	F	p =
Model	3,184	4	4,903	0,001
Věk	0,017	1	0,026	0,873
Diagnóza	7,112	1	10,952	0,001
Pohlaví	5,508	1	8,483	0,004
diagnóza * pohlaví	0,002	1	0,003	0,954

### Stravování

Na stravování byly zaměřeny čtyři otázky, týkající se jednak toho, kolikrát denně se respondenti stravují, jednak frekvence stravování v souladu s určitou dietou. Otázka na celkovou frekvenci stravování zněla: „Kolikrát se denně stravujete?“ Výsledky ukazují, že se respondenti stravují v průměru 3-4x denně ( $M = 3,59$ ). Mezi pohlavími ani mezi diagnózami nebyly zjištěny žádné významné rozdíly; rovněž interakce pohlaví a diagnózy byla nesignifikantní.

### Frekvence českých jídel

Významné rozdíly byly zjištěny ve frekvencích konzumace typicky českých jídel. Otázka zde zněla: „Jak často jíte jídla typická pro českou kuchyni?“ Dále jsme v závorce specifikovali, jaký typ jídel máme na mysli. Uvedli jsme například svíčkovou, vepřovou, omáčky...atd. Škála odpovědí byla od (1 =) „nikdy“ po (5 =) „denně“. Zařazením této otázky jsme chtěli zjistit jaký je u respondentů celkový charakter výživy a do jaké míry převládají u naší zdravé i nemocné populace tradiční výživové zvyklosti. V tomto směru

byl nalezen významný rozdíl především mezi pohlavími: muži jí tato jídla v průměru významně častěji než ženy ( $M_m = 2,99$ ;  $M_z = 2,73$ ). Rozdíl mezi zdravými a astmatickými respondenty ( $M_a = 2,75$ ;  $M_{na} = 2,92$ ) zde významný není. Naznačená, avšak nesignifikantní je interakce, kdy je rozdíl mezi zdravými a astmatickými ženami výraznější než rozdíl mezi zdravými a astmatickými muži.

Další otázka zněla: „Jak často jíte jídla sestavená podle zásad správné výživy?“ I zde byla užitá škála odpovědí od (1 =) „nikdy“ po (5 =) „denně“. Výsledky zde ukazují na významné rozdíly jak mezi pohlavími ( $M_m = 3,60$ ;  $M_z = 3,93$ ), tak mezi zdravými a astmatickými respondenty ( $M_a = 3,98$ ;  $M_{na} = 3,60$ ).

### Frekvence jídel sestavených podle speciální diety

V odpovědích na otázku: „Stravujete se podle speciální diety?“ byl opět zjištěn významný rozdíl mezi pohlavími ( $M_m = 1,67$ ;  $M_z = 1,96$ ) a k hladině významnosti se blíží rozdíl mezi zdravými a astmatickými respondenty ( $M_a = 1,99$ ;  $M_{na} = 1,68$ ). I zde je patrné, že mezi astmatickými a zdravými ženami je výraznější rozdíl než mezi astmatickými a zdravými muži.

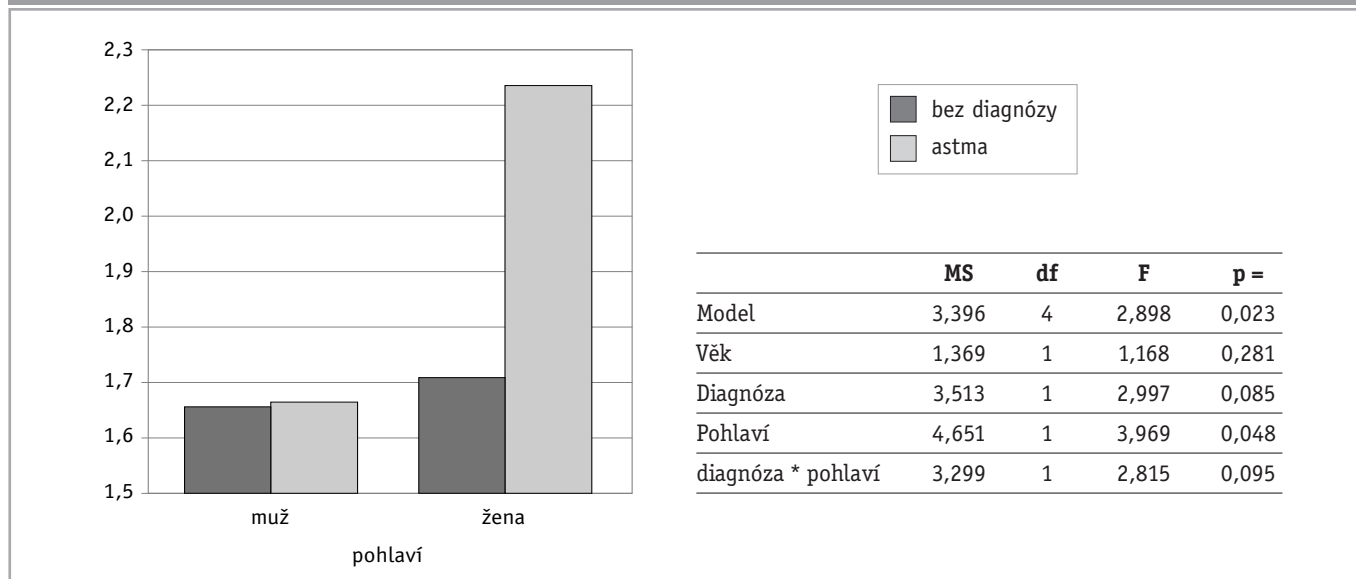
### Shrnutí a závěr

Výsledky prezentované v této studii lze shrnout takto:

- muži vykonávají více aktivního pohybu než ženy; astmatici více než neastmatici
- muži kouří o něco více cigaret než ženy; neastmatici více než astmatici
- muži pijí celkově více alkoholu než ženy, zejména piva a vína; neastmatici pijí více alkoholu než astmatici
- muži se stravují stejně často jako ženy, astmatici stejně jako neastmatici
- muži mají méně zdravý jídelníček než ženy: jí častěji než ženy jídla typická pro českou kuchyni a méně často jídla upravená podle speciální diety nebo podle zásad správné výživy; totéž platí pro neastmatiky: i oni jí častěji jídla typická pro českou kuchyni a méně často jídla upravená podle speciální diety nebo podle zásad správné výživy.\*

Pomineme-li četnost stravování během dne a četnost požívání tvrdého alkoholu, u nichž nebyly zjištěny mezi muži a ženami ani mezi astmatiky a neastmatiky významné rozdíly, lze tato zjištění zobecnit v podobě následujících závěrů:

Graf č. 7 Stravujete se podle speciální diety?



1) Lidé, trpící astmatem mají ve všech sledovaných parametrech „lepší“ (zdravější) životní styl než ti, kteří astma nemají.

2) Pokud bychom připsali zjištěné rozdíly mezi zdravými a astmatickými respondenty jejich zdravotnímu stavu, dospěli bychom k hypotéze, že astma má následující dopad na životní styl astmatiků:

- u mužů i u žen vede ke zvýšení fyzické aktivity
- u mužů i u žen vede ke snížení kouření
- u mužů i u žen vede ke snížení spotřeby alkoholu; snížení spotřeby alkoholu se projevuje výrazněji u mužů než u žen
- u mužů i u žen vede ke zlepšení stravovacích návyků; zlepšení stravovacích návyků se naopak projevuje výrazněji u žen než u mužů.

3) Ženy mají téměř ve všech sledovaných parametrech „lepší“ (zdravější) životní styl než muži; výjimku tvoří aktivní pohyb, kdy muži udávají, že se pravidelně věnují náročnější fyzické aktivitě více než ženy.

4) Naše zjištění ohledně oblíbenosti typicky českých jídel u našich zdravých i astmatických mužů vede k domněnce, že to jsou právě muži a jejich stravovací preference, které způsobují, že charakter výživy v našich domácnostech se mění jenom velmi pomalu a stále neodpovídá moderním názorům na zdravou výživu. Toto zjištění by bylo dobré využít a reflektovat při koncipování programů podpory zdraví zaměřených na zlepšení výživy. Zdá se, že by bylo vhodné zaměřit tyto projekty na ovlivnění výživových zvyklostí zvláště u českých mužů. Lze se domnívat, že by to pravděpodobně mohlo vést k jejich větší efektivnosti.

## SHRNUTÍ

V práci jsme sledovali shody a rozdíly v životních stylech zdravých a astmatických jedinců. Mezi hlavní zjištění patří, že astmatici mají ve všech sledovaných parametrech zdravější životní styl než neastmatici, a že ženy mají téměř ve všech sledovaných parametrech zdravější životní styl než muži (s výjimkou aktivního pohybu). Astma má pravděpodobně tyto dopady na životní styl astmatiků: (a) u mužů i u žen vede ke zvýšení fyzické aktivity; (b) u mužů i u žen vede ke snížení frekvence kouření; (c) celkově vede ke snížení spotřeby alkoholu (výrazněji u mužů než u žen) a (d) celkově vede ke zlepšení stravovacích návyků (výrazněji u žen než u mužů).

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Astma, pohlaví, životní styl, fyzické aktivity, kouření cigaret, pití alkoholu, stravování.



## o autorech

### Helena Hnilicová

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 1. LF UK v Praze a Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha

### Karel Hnilica

Katedra kulturologie FF UK v Praze a Ústav pro humanitní studia v medicíně 1. LF UK v Praze

## literatura

ALMEIDA, O. P., HULSE, G. K., LAWRENCE, D., et al. (2002): Smoking as a risk factor for Alzheimer's disease: Contrasting evidence from a systematic review of case-control and cohort studies. *Addiction* 97, 15-28.

BEAGLEHOLE, R., BONITA, R.: *Public Health at the Crossroads: achievements and prospects*. Cambridge University Press, 1999, s. 243.

GECKOVÁ, A., PUDELSKÝ, M., TUINSTRA, J., VAN DIJK, J. P. (2000): Vplyv fajčenia, konzumovania alkoholu, užívania drog a nedostatku fyzickej aktivity na zdravie adolescentov. *Československá psychologie* 44, 132-147.

HNILICA, K., HNILICOVÁ, H. (2002): Pohlaví, astma a kvalita života. *Rukopis předaný do tisku*.

MAJEROVA, V. (1997): Life style or survival strategy? *Social Indicators Research* 42, 367-384.

MARTTILA, J., NUPPONEN, R. (2000): Health enhancing physical activity as perceived in interviews based on the theory of planned behaviour. *Psychology & Health* 15, 593-608.

PARRY, O., FOWKES, F. G. R., THOMSON, C. (2001): Accounts of quitting among older ex-smokers with smoking-related disease. *Journal of Health Psychology* 6, 481-493.

RAMSTEDT, M. (2001): Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction* 96, S19-S33.

RIST, F. (2002): Alcohol consumption and alcohol-related disorders in Germany. *Addiction* 97, 115-116.

SCHOFIELD, P. E., PATTISON, P. E., HILL, D. J., et al. (2001): The influence of group identification on the adoption of peer group smoking norms. *Psychology & Health* 16, 1-16.

Autor	Název	Umístění	Text vznikl v rámci
ANGELOVSKI Igor	Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví	listopad 2004, str. 118	účelové podpory MPSV ČR – Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR (IJO13/04 – DP1)
ANGELOVSKI Igor; BARTÁK Miroslav	Zdravotní stav bezdomovců v Kanadě	prosinec 2004, str. 174	grantového úkolu IGA MZ ČR NR 8119-3/2004
BARTÁK Miroslav	Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty	říjen 2004, str. 76	grantového projektu IGA MZ ČR – Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (NR 8119-3/2004)
ČAPKOVÁ Magdalena a kol.	Utonutí a téměř utonutí z pohledu soudního lékařství	listopad 2004, str. 130	grantu IGA MZ ČR č. NE/7302-3
DITTRICH Ludwig O.	Nemocnice jako dodavatel zdravotní péče	prosinec 2004, str. 180	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
DLOUHÝ Martin; FLUSSEROVÁ Lenka	Výdaje na zdravotnictví: mezinárodní srovnání a ekonomická analýza	listopad 2004, str. 104	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
DOBIÁŠOVÁ Karolína; VYSKOČILOVÁ Olga	Potřeba a spotřeba zdravotní péče imigrantů	září 2004, str. 32	spolupráce IZPE a MZ ČR, financovala Komise min. vnitra ČR pro integraci cizinců
HANUŠOVÁ Pavla	Bývalé okresní nemocnice	září 2004, str. 24	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
HÁVA Petr	Zdravotní plány krajů	říjen 2004, str. 56	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
HÁVA, Petr	Výzva k diskusi na Základní teze konceptu zdravotnictví ČR	září 2004, str. 5	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
HAVELKOVÁ Jana	Jak plánují města, obce a regiony ČR svůj rozvoj?	listopad 2004, str. 139	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
HAVELKOVÁ Jana a kol.	Hodnocení realizace screeningového programu	prosinec 2004, str. 139	grantu IGA NO/7701-03
HAVELKOVÁ Jana; KUČERA Zdeněk	Podpora zdraví v ČR v kontextu implementace programů WHO „Zdraví pro všechny“ a „Zdraví 21“	listopad 2004, str. 124	podpory Evropského centra pro zdravotní politiku v Bruselu, WHO
HNILICA Karel; HNILICOVÁ Helena	Pohlaví, astma a kvalita života	říjen 2004, str. 82	výzkumného záměru CEZ: J13/98: 111100007
HOLČÍK Jan	12. konference EUPHA (European Public Health Association)	listopad 2004, str. 137	grantového úkolu IGA MZ ČR č. NO/7700-3
IVANOVÁ Kateřina	Kvalitativní sociologický výzkum	prosinec 2004, str. 154	
LANGROVÁ Kateřina	Efektivní politiky kontroly tabáku	prosinec 2004, str. 179	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
MERTL Jan; PASOVSKÁ Lenka	Konkurence za veřejné peníze?	listopad 2004, str. 108	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
NESVADBOVÁ Libuše; HÁVA Petr	Povodně v ČR 2002 – Implikace zdravotních důsledků povodní pro veřejnou politiku	září 2004, str. 40	projektu VVÚH pro MZP „Implikace zdravotních důsledků povodní“ grantového úkolu IGA MZ
POTUŽNÍKOVÁ Zuzana	Bezdomovství ve Velké Británii	prosinec 2004, str. 168	ČR NR 8119-3/2004
redakce	Pokyny pro autory	září 2004, str. 50	
redakce	Program seminářů	září 2004, str. 52	
SKALICKÝ Roman; BĚLÁČEK Jaromír	Demografie a zdraví	říjen 2004, str. 64	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
STAŇKOVÁ Barbora; KLÍNER Jan	Legislativní činnost MZ ČR v letech 2002 – 2004	září 2004, str. 19	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
Státní ústav pro kontrolu léčiv	Reklama na léčivé přípravky – dokončení	září 2004, str. 46	
Státní ústav pro kontrolu léčiv	Reklama na léčivé přípravky – dokončení	říjen 2004, str. 96	
STŘUK Petr a kol.	Hodnocení primární péče – 1. Část	prosinec 2004, str. 144	grantu IGA MZ ČR NO/7147-3
TUČEK Martin	Malé změny k lepšímu, objevování skrytých možností protitabákové politiky v ČR	listopad 2004, str. 134	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
TŮMOVÁ – KŘEČKOVÁ Naděžda	Primární zdravotní péče	říjen 2004, str. 90	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
VORLIČKOVÁ Věra; STAŇKOVÁ Barbora	Konceptní činnost MZ ČR v letech 1998 – 2004	září 2004, str. 14	výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE

## SUMMARY: OCCUPATIONAL MOTIVATION OF NURSES

**INTRODUCTION:** Motivation factors form an important part of human resources management in hospitals. However, the managers' opinions on the form and content of adequate motivation may vary from those of the employees.

**MATERIAL AND METHODS:** The survey aimed at comparing the order of importance of motivation factors in nurses with the way the factors are presented and satisfied by their employer. The methodological basis for the survey was represented by Herzberg's two factor motivation theory. The survey was carried out using questionnaires. The initial hypothesis assumed divergence between the order of importance of individual motivation factors subjectively preferred by the nurses and the order of factors adhered to by their employer as perceived by the nurses. The survey took place in Prostějov Hospital in November 2003. In the exhaustive study 281 nurses were enrolled.

**RESULTS:** According to the nurses' hierarchy of values, the most important were the employment security, pay, patient care, cooperation in the work setting and recognition of personal achievements; the least important were the job reputation and career advancement. As far as the employer is concerned, the most important values were the patient care and image of the facility; the least important the pay, employment security and recognition of personal achievements.

**DISCUSSION:** It comprised three levels. 1) Discrepancy between the nurses' and the employer's priorities of factors. 2) Actual fulfilment of the demonstrated factors by the employer. 3) Application of Herzberg's theory.

**CONCLUSION:** The clear outcome of the survey is the necessity to deal with motivation factors, preferably by using comparative research.

**KEY WORDS:** Motivation, job satisfaction, Herzberg's two factor motivation theory, nurses, hospital management, divergence of perception of motivation factors.

# Pracovní motivace zdravotníků sester

Jiří Vévoda, Kateřina Ivanová, Martin Horváth

## Úvod

Nemocnice, které se hodlají ucházet o akreditaci, musí jako součást akreditačního řízení provádět průzkumy spokojenosti nejen pacientů, ale také svých zaměstnanců. Akreditace by však neměly být jediným důvodem, proč tato šetření provádět. Reálným problémem, se kterým se může v budoucnu vedení nemocnic potýkat, bude nedostatek a fluktuace personálu, jehož příčinou může být odchod vzdělaných a zkušených sester do zahraničí. Například v současné době, podle studie OHA (Ohio Hospital Association) a AHA (American Hospital Association), chybí v USA 126 000 zdravotníků sester. V roce 2020 to bude pak na 500 000.<sup>1</sup>

Velmi zajímavý je také údaj o nákladech, které jsou vynaloženy na nábor zdravotníků sester na uvolněná místa. Poradenská firma Deloitte & Touche odhaduje, že najmutí nového zaměstnance při využití standardních metod stojí instituci 7 000 dolarů. (2) Do těchto nákladů je však třeba také připočítat skryté náklady. Ty se projevují v podobě zvýšení nákladů na kvalitu péče nebo sníženou produktivitou týmu. Ve zdravotnictví je třeba mít stabilizovaný počet pracovníků, neboť neustálý nábor nových pracovníků bez potřebných zkušeností může začít skrytě ohrožovat kvalitu péče o pacienty. Zvýšená fluktuace ponejvíce postihuje malé nemocnice, které mají obecně nižší počty personálu než např. nemocnice fakultní.

Pro management nemocnic je proto důležité se v rámci řízení lidských zdrojů zabývat i motivačními faktory, které jsou teoreticky definovány v pojmech jako – chtění, potřeby, impulzy nebo pobídky, které mají vliv na jisté chování nebo činy. Názor manažerů na formu a obsah adekvátní motivace však

může být odlišný od představ pracovníků. Potom se mnohá motivační úsilí májí účinkem. Úspěšně lze motivovat zaměstnance pouze za předpokladu stanovení vhodných cílů, jejichž dosažení poskytuje uspokojení.

V současnosti se většina hospitalizačních institucí nachází ve finanční krizi. Vedení nemocnic tak nezřídka sáhne po nejvyšší položce fixních nákladů tj. osobních nákladech. Následkem je pak odebírání osobního ohodnocení či balancování na hraně pojišťovnou předepsaného počtu nemocničního personálu a požadavků na zvýšení výkonu. I to může být důvodem, proč zvyšovat spokojenost. Avšak spokojený pracovník nemusí nutně zajistit vyšší výkon a naopak. Zahraniční výzkumy však dokazují pozitivní spojení mezi spokojeností a nízkou fluktuací.<sup>2</sup> Tento fakt by sám o sobě by měl být pro každého personalistu ve zdravotnictví dostatečným argumentem, proč spokojenost personálu sledovat.

Výzkumem žebříčku priorit motivačních faktorů pracovního prostředí z pohledu zdravotníků sester a jejich srovnání s žebříčkem motivačních faktorů zaměstnavatele (též podle z pohledu sester) se zabývá uvedené šetření.

## Metodika

Cílem zkoumání bylo tedy srovnat pořadí důležitosti motivačních faktorů zdravotníků sester s tím, jak jsou tyto faktory prezentovány a uspokojovány zaměstnavatelem. Výzkum se tedy zabýval vnímáním různých motivačních faktorů zdravotními sestrami (dále ZS) a jejich představou o významu těchto faktorů pro zaměstnavatele. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou motivační faktory podle

1) (<http://www.ohanet.org/workforce/FAQ.asp>); ([http://www.wdi-inc.com/employee\\_sat.htm](http://www.wdi-inc.com/employee_sat.htm))

2) Brief, 1976; Landstrom, Biordi, & Gillies, 1989; Prescott & Bowen, 1987; Price & Mueller, 1981a; 1981b) *In Job satisfaction among hospital nurses. Jobsatisfaction.rtf.*

ZS naplňovány. Snahou bylo srovnat získané výsledky s motivační teorií F. Herzberga.

Metodologickým základem výzkumu se stala Herzbergova dvoufaktorová motivační teorie, kterou Drucker označil za nejpůvodnější teorii motivace dvacátého století. Základ této teorie tvoří Pittsburghská studie pracovní motivace, na jejímž základě rozdělil Herzberg faktory působící na pracovní motivaci na hygieny (vnější, udržovací) faktory a na satisfieres (vnitřní faktory, motivátory). Mezi hygienika Herzberg zařadil: podnikovou politiku, administrativní i odborné řízení práce, plat, pracovní podmínky, jistotu pracovního místa, vztahy s kolegy, vliv práce na osobní život, status profese. Tyto faktory (podle něj) nemají přímý vliv na pracovní nespokojenost, ale vedou k ní, pokud jsou na nízké úrovni nebo dokonce chybí. Mezi motivátory je řazen obsah a výkon práce (práce sama o sobě a dosahování cílů v práci), uznání práce, odpovědnost za práci, postup v pracovní hierarchii a odborný růst. Záměrně působení na tyto faktory předpokládá ze strany manažera znalost hodnotových žebříčků svých podřízených. Je-li totiž působeno na jiné hodnoty, motivace se májí účinkem.<sup>3</sup>

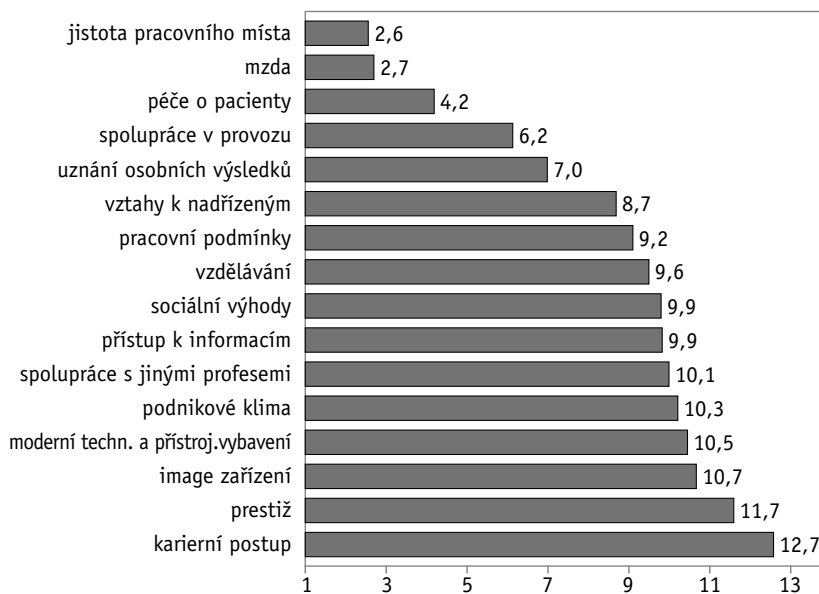
Faktory pracovní spokojenosti vycházející z obecných pracovních teorií byly po konzultacích s odborníky v oboru ošetrovatelství i se ZS z praxe rozšířeny o další faktory vyskytující se v profesi ZS (vztah k jiným profesím, vztah k pacientům a jejich rodinám).

Výchozí hypotéza předpokládala divergenci (rozbíhání, odklon) mezi subjektivně preferovaným (vnímaným) pořadím důležitosti jednotlivých motivačních faktorů ze strany ZS a pořadím faktorů, jež podle ZS zastává zaměstnavatel. Předpokládá také, že ani ZS, ale ani jejich zaměstnavatel nebudou na prvních místech motivačních faktorů preferovat satisfakční faktory, ale spíše hygienika.

Místem výzkumu byla Nemocnice Prostějov, příspěvková organizace. V době provedení výzkumu, tj. v listopadu 2003 disponovala 553 lůžky. Z celkového počtu lůžek bylo 481 lůžek akutní péče a 72 lůžek následné péče v LDN. Vedení nemocnice po dohodě s výzkumníkem a personalistou nemocnice souhlasilo s tím, že výzkum bude mít formu vyčerpávajícího šetření. Bylo do něj zařazeno 281 zdravotních sester poskytující zdravotní péči přímo u lůžka.

Graf č. 1 Priorita faktorů – zaměstnanci

Hodnotový žebříček motivačních (hygienických i satisfakčních) faktorů ZS, seřazený podle osobních priorit ZS (od nejdůležitějších 2,6 – po nejméně důležité 12,7):



Šetření bylo prováděno pomocí dotazníku, který byl následně statisticky zpracován.

Dotazník čítající 24 položek byl navržen tak, že ZS stanovovaly subjektivní pořadí motivačních faktorů od 1 do 16, s tím, že 1 má pro ně nejvyšší význam a číslo 16 význam nejnižší. Analogickým způsobem pak seřadily motivační priority, jak je podle ZS preferoval zaměstnavatel. Dále ke každému faktoru náležela škála od 1 do 5. Na ní měly ZS subjektivně hodnotit na jakou známku se zaměstnavatel věnuje uspokojování tohoto faktoru. Znamka 1 – velmi spokojeni, známka 5 velmi nespokojeni.

Dotazníky byly distribuovány vrchním sestřám na jejich poradě, kde jim byl současně vysvětlen i postup jejich vyplnění (ten byl uveden i na každém dotazníku). Současně byla i stanovena jednoměsíční lhůta na jejich návrat.

Následně byly pomocí neparametrických testů Kruskal-Wallis a Mann-Whitney vyhodnoceny statistické znaky ve vztahu k jednotlivým faktorům pracovního prostředí. Pro statistické analýzy byl použit profesionální statistický software SPSS v. 10.<sup>4</sup>

Návratnost dotazníků činila 66,19%, tj. 186 kusů. Ze zpracování bylo vyřazeno z důvodu nesprávného vyplnění 35 kusů. Ke konečnému zpracování postoupilo 151 kusů, tedy 53,74%.

Pro jednotlivé faktory všech tří škál byly vypočítány aritmetické průměry, které umožnily komparaci osobního vnímání důležitosti s vnímáním faktorů zastávaných zaměstnavatelem.

## Výsledky

### Demografická struktura zkoumaného souboru:

Vyšší zdravotnickou školu vystudovalo 10 ZS, další pomaturitní specializační studium absolvovalo 64 ZS a pouze střední zdravotnickou školu ukončilo 77 ZS. 88 respondentek mělo více než patnáctiletou praxi, 34 mělo praxi v rozmezí od 5 – 15 let a 29 praxi nižší než 5 roků. Na směny pracuje 85,4% ZS. Pouze jedna zdravotní sestra ze zkoumaného vzorku pracuje na zkrácený úvazek.<sup>5</sup> Na úřadu práce bylo někdy registrováno 33 ZS. Záměrně u tohoto znaku nebyl použit termín „nezaměstnanost“.<sup>6</sup> Je zřejmě pro zdravot-

3) HERZBERG, F., MAUSNER, B. and SNYDERMAN, B.B. *The motivation to Work*.

4) Výpočty byly doporučeny a realizovány odd. biometrie Ústavu lékařské biofyziky LF UP v Olomouci

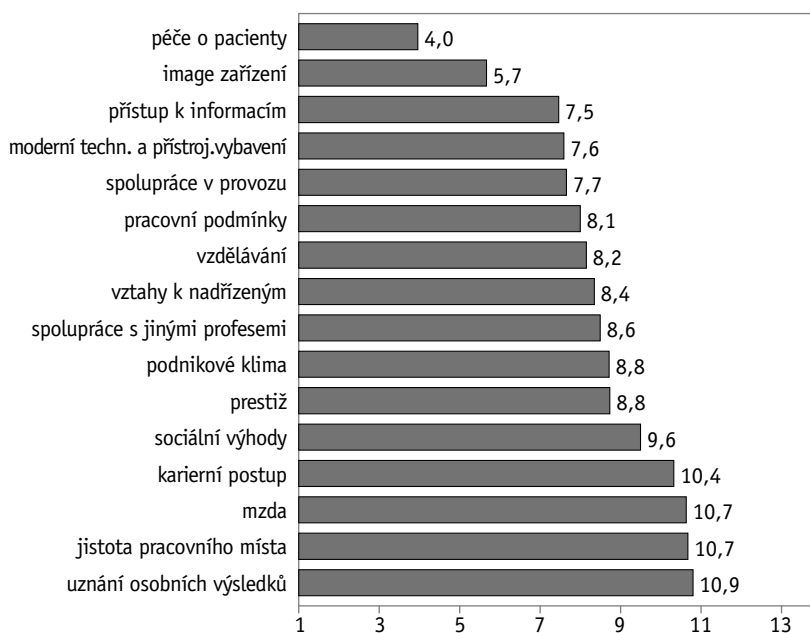
5) V zahraničních nemocnicích pracuje na částečný úvazek až 30% zdravotnického personálu. Důvod může spočívat i v tom, že v cizině jsou tato místa vládami podporována např. úlevou z daní. V ČR se však nic podobného nechystá, proto nelze ani do budoucna očekávat, že by nějak významně vzrostl oddíl ZS pracujících na částečný úvazek.

6) Tak vysoký počet registrovaných ZS byl pravděpodobně způsoben tím, že nemocnice dostává příspěvky od úřadu práce, pokud zaměstnají jejich uchazeče.



Graf č. 2 Priorita faktorů – nemocnice

Motivační (hygienické i satisfakční) faktory seřazené podle priorit, jak je prezentuje nemocnice (od nejvíce preferovaných 4,0 – po nejméně preferované 10,9)



nické zařízení výhodnější, aby ZS se kterou chce uzavřít pracovní smlouvu, byla nejprve registrována na ÚP než aby byla přijata přímo ze školy.

#### Výsledky statistického šetření motivačních faktorů ze strany ZS:

Na prvním místě žebříčku hodnot pracovních faktorů ZS stojí jistota zaměstnání, na druhém mzda, na třetím péče o pacienta, na čtvrtém spolupráce v provozu, na pátém uznání osobních výsledků. Devíti následujícími faktory přikládají ZS přibližně stejný význam. Na konci žebříčku významnosti se umístila prestiž zaměstnání a karierní postup.

#### Výsledky statistického šetření motivačních faktorů tak jak je ZS přiřazují svému zaměstnavateli :

Největší význam je přikládán prvním dvěma místům (péče o pacienta a image zařízení), po nich následuje skupina faktorů s podobným významem (3-11), třetí skupinu tvoří pětice faktorů, kterým je přikládán nejmenší význam. Z hlediska našeho zkoumání je zajímavé, že sem náleží typicky motivační satisfaktory (karierní postup, uznání osobních výsledků).

### Diskuze

Diskuze je rozdělena podle struktury hlavní hypotézy do tří základních okruhů. První z nich se zabývá konvergencí priorit motivačních faktorů preferovaných ZS a prezentovaných zaměstnavatelem. Druhá část hodnotí skutečné naplňování motivačních faktorů zaměstnavatelem. Třetí část posuzuje validitu i reliabilitu Herzbergovy dvoufaktorové motivační teorie při zkoumání personální problematiky současných českých zdravotnických zařízení.

#### 1) Rozporné hodnocení priority faktorů ZS a zaměstnavatelem:

Jistota práce – obava ze ztráty zaměstnání se nevyhýbá ani profesím pracujícím ve zdravotnictví. V současnosti je umocňována špatnou ekonomickou situací nemocnic. Vrcholné orgánů krajů, jež jsou zřizovateli mnoha zdravotnických zařízení, jednají o transformacích nemocnic na některý z druhů kapitálových společností.<sup>7</sup> To bude znamenat posun k vyrovnanému hospodaření. Co to však může znamenat pro samotné lůžkové zařízení a následně pro jeho zaměstnance? V lepším případě omezení počtu lůžek a personálu na odděleních,

které nejsou obsazovány pacienty a vykazují ztrátu, v horším případě rušení těchto oddělení a propuštění většiny zaměstnanců z těchto oddělení. Navíc zdravotnické povolání není univerzální a lidé s tímto druhem vzdělání hledají jen obtížně adekvátní uplatnění v jiných pracovních oborech. V případě uvedeného výzkumu je důležité vzít do úvahy i fakt, že se jedná o malé město, kde je jen jedno lůžkové zdravotnické zařízení a tudíž možnost výběru stejné práce v jiné organizaci je téměř mizivá.

Mzda – odměňování zdravotních sester, stejně tak jako ostatních zaměstnanců nemocnice, se řídí zákoníkem práce a zákonem 143/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Průměrný plat SZP v Nemocnici Prostějov byl v roce 2003 – 17 163 Kč. (průměrná měsíční mzda zaměstnance v okrese Prostějov v I. – III. kv. 2003 13 547 Kč). Z toho mzdový tarif tvoří 55,9% a 44,1% tvoří příplatky např. za pohotovost, za práci přes čas atd. Poměrná část příplatků činí výši mzdy poměrně nejistou.

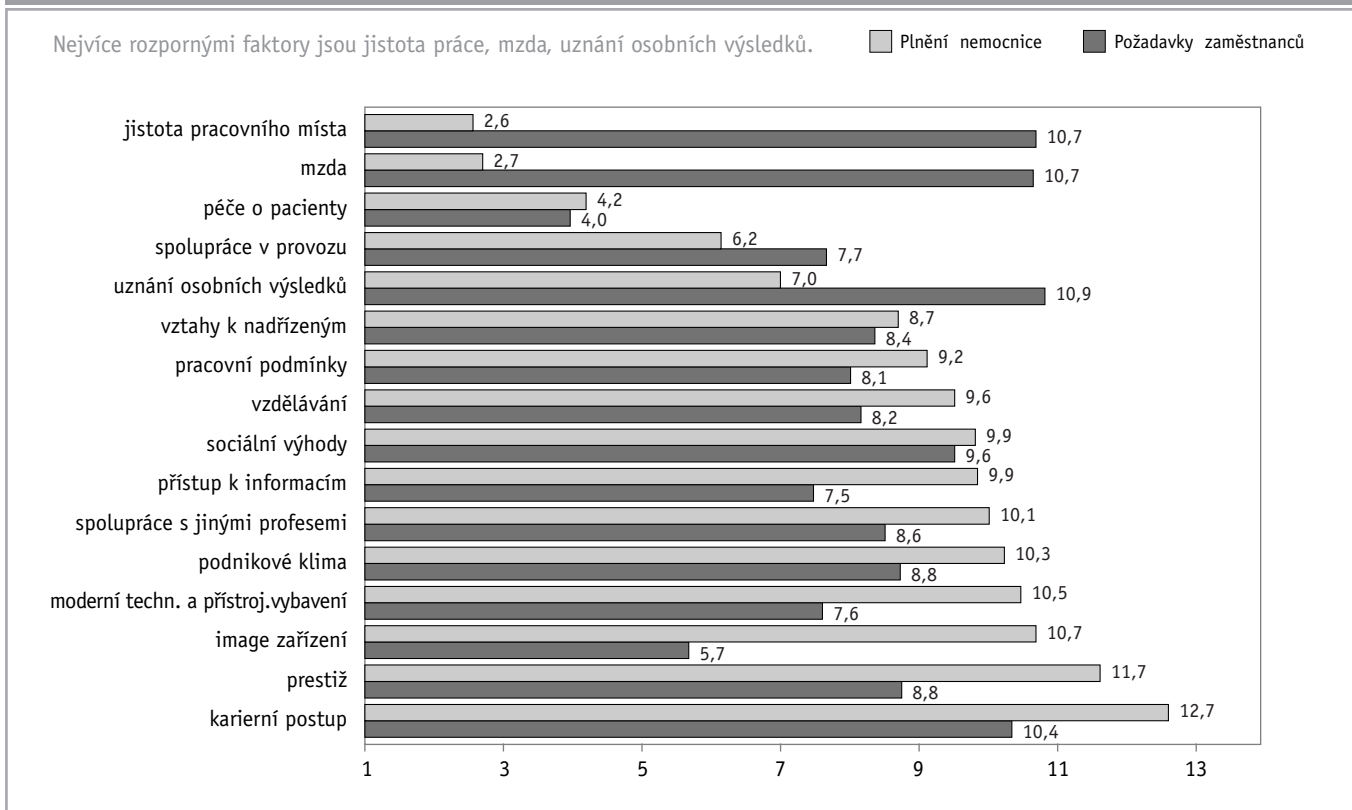
Faktor mzdy souvisí s faktorem jistoty práce. Uskuteční – li se přeměna nemocnice na akciovou společnost nebo společnost s ručením omezeným, pak zaměstnanci mohou být odměňováni podle zákona 1/1992 Sb. o mzdě. Tím by přišli o jistotu tarifních platů. Jak již bylo uvedeno, potom se bude management nemocnice snažit o vyrovnané hospodaření. Osobní náklady tvoří více než 50% fixních nákladů, tedy více než 25% veškerých nákladů nemocnice. To může být důvod jejich regulace a snížení.

Výsledky výzkumu ukazují, že ZS jsou se svojí mzdou nespokojeny a pokud nedojde ke změně mzdových tarifů, bude tato situace i nadále přetrvávat. Tak se hygienikům platu dostává na nejvyšší příčky priorit.

Uznání osobních výsledků – může být vnímáno jako nefinanční odměna za vykonanou práci. ZS které považují za uznání osobních výsledků svoji mzdu budou spíše nespokojeny se mzdou než s tímto faktorem. Zatímco sestry tomuto faktoru přiřadily páté místo důležitosti ze šestnácti položek, zaměstnavatel jej podle nich prezentuje až na místě posledním. Zde je na místě zamyšlení nejen o ohodnocení kvalitní a přínosné práce nejen ve zdravotnictví, ale i v celé společnosti. Pro vrcholový management by mohla být tato informace důležitá

7) Nejčastěji společnost s ručením omezeným nebo akciovou společnost.

Graf č. 3 Srovnávání priorit zaměstnanců a zaměstnavatelů



při stanovování cílů pro vzdělávání a training manažerů. V moderně pojatém světovém managementu, a to jak ve smyslu obecném, tak zvláště při řízení lidských zdrojů začíná hrát stále větší úlohu „zdravá“ organizační kultura, podporující etické, invenční, flexibilní, hospodárné a motivační způsoby chování manažerů i zaměstnanců. Hodnocen je potom i způsob, jakým jsou zaměstnanci motivováni – tedy co a kdo je motivuje a zda jsou jediným motivátorem peníze nebo i uznání.<sup>8</sup>

## 2) Skutečné naplňování demonstrováných faktorů zaměstnavatelem

Skutečné naplňování demonstrováných faktorů měly možnost ZS ohodnotit škálou s rozsahem 1-5. Nejlepší známku obdržel faktor péče o pacienta a nejhorší faktor mzdy. Zajímavé je zjištění, že zaměstnavateli připsané faktory jsou zároveň i faktory poměrně dobře naplňované.<sup>9</sup> Ukazuje se spíše, že problémem je konvergence faktorů prosazovaných sestrami a faktorů demonstrováných nemocnicí, než jejich skutečné naplňování. Znamená to, že konkrétní pro-

blémy zdravotnictví, vyplývající ze stávajícího zdravotního systému v ČR, včetně jeho koncepce spravedlnosti, má větší vliv na myšlení managementu nemocnic než dlouhodobá personální stabilizace sester, vyplývající z jejich motivačních priorit.

## 3) Aplikace Herzbergovy teorie

Výzkum jednoznačně ukázal, že je nutností se zabývat motivačními faktory, avšak z teoretického hlediska je nutné zvážit na kolik je možné jakékoliv mechanické převzetí kritérií vytvořených zahraničními autory, v tomto případě Herzbergem. Herzbergova teorie vznikala v typickém prostředí USA šedesátých let a její zasazení do specifického prostředí českého zdravotnictví v 21. století je rozhodně diskutabilní. Zajímavé jsou zejména tyto body:

Možnost kariérového postupu – Herzberg tento motivátor řadí mezi satisfaktory zejména vzhledem k tomu, že možnost kariérového růstu odráží pracovní výsledky a výkonnost a tímto způsobem motivuje ke zvyšování pracovního úsilí. V profesi ZS je možnost kariérového postupu výrazně omezena a proto lze soudit, že ji ZS nepřikládají

význam, který postuluje Herzbergova teorie. Jako důkaz může sloužit to, že možnost kariérového postupu se umístila až na samém konci faktorů preferovanými ZS i připisovaných plnění zaměstnavatelem.

Jistota pracovního místa, spolupráce v provozu a vztahy k nadřízeným – tyto motivátory řadí Herzberg mezi hygienické faktory. Lze se domnívat, že se v tom odráží americká zkušenost s častým a snadným střídáním pracovních míst, umožněných pružným fungováním pracovního trhu. V prostředí českého zdravotnictví kde je pro ZS jen malá možnost změny pracovního místa (což je zdůrazněno místem konání průzkumu) mohou výše zmíněné faktory působit výrazně satisfakčně, neboť hrozba jejich ztráty je aktuální a permanentní. Nelze proto očekávat jejich odeznění jejich významnosti, jak je tomu u typických hygienických faktorů.

## Závěr

Výzkumům spokojenosti zdravotnického personálu, tedy i zdravotních sester, je v zahraničí, zvláště pak v USA, věnována velká pozornost. V České republice je situa-

8) IVANOVÁ, K. Kultura instituce a její význam ve zdravotnictví. In GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví, s. 179.

9) Jak je tomu například u faktoru péče o pacienta

ce jiná. Publikační činnost, která je věnována výzkumům spokojenosti zdravotních sester je zanedbatelná, a pokud již existuje, je vyhrazena úzkému kruhu profesionálů, zabývajících se teorií ošetřovatelství.<sup>10</sup>

Možnosti metodologických přístupů ke zkoumání spokojenosti zaměstnanců je jistě více, zde byla vybrána, použita, posuzována i kritizována Herzbergova motivační teorie. Jejím základním úkolem bylo ukázat rozdíly představ o motivačních faktorech mezi ZS a činností jejich zaměstnavatele. Dalším úkolem bylo zamyslet se nad tím, zda je tou cestou vedoucí ke relevantnímu zkoumání zaměstnanecké spokojenosti ZS. Aby bylo možno jednoznačně její přínosy i nedostatky vyhodnotit, musel by být proveden stejný výzkum ve větším městě, kde je více zdravotnických zařízení nemocničního typu.

Podle Rakicha, Longesta a Darra by měl manažer ve zdravotnické organizaci podporovat takovou organizační kulturu, která by měla vliv na všechny čtyři základní okruhy, protínající se v průběhu procesu poskytování zdravotnické péče, kterými jsou: zaměření na služby zákazníkům; průběžné zlepšování kvality; péče o zaměstnance; orientace na klíčové prvky systému. Z tohoto pohledu se zjišťování motivačních faktorů u ZS, a zejména pak jejich pořadí, stává opodstatněnou součástí personálního řízení a celkové péče o lidské zdroje.<sup>11</sup>



#### literatura

1. VÉVODA, J. Adekvátní motivační faktory v každodenní práci zdravotní sestry. Diplomová práce. Olomouc: LF UP, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, 2004.
2. Brief, 1976; Landstrom, Biordi, & Gillies, 1989; Prescott & Bowen, 1987; Price & Mueller, 1981a; 1981b) In Job satisfaction among hospital nurses. Jobsatisfaction.rtf.
3. RAKICH, M., LONGEST, B., B. and DARR, K. Managing Health Services Organizations. 3rd Ed., Baltimore: Health Professions Press, 1992.
4. HERZBERG, F., MAUSNER, B. and SNYDERMAN, B.B. The motivation to Work. 6th ed. New Brunswick: b.n., 2003.
5. MAREČKOVÁ, J., VALENOVÁ, I. Syndrom vyhoření a sledování jeho výskytu u sester. In Sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí ve Velké Bystřici. Praha: Galen 2000, s. 70-76.
6. IVANOVÁ, K. Role a funkce manažerů zdravotnických institucí. In GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003.
7. (<http://www.ohanet.org/workforce/FAQ.asp>)
8. ([http://www.wdi-inc.com/employee\\_sat.htm](http://www.wdi-inc.com/employee_sat.htm))

#### SOUHRN:

**ÚVOD:** Pro management nemocnic je důležité zabývat se v rámci řízení lidských zdrojů i motivačními faktory. Názor manažerů na formu a obsah adekvátní motivace však může být odlišný od představ pracovníků.

**METODIKA:** Cílem zkoumání bylo tedy srovnat pořadí důležitosti motivačních faktorů zdravotních sester s tím, jak jsou tyto faktory prezentovány a uspokojovány zaměstnavatelem. Metodologickým základem výzkumu se stala Herzbergova dvoufaktorová motivační teorie. Šetření bylo prováděno pomocí dotazníku. Výchozí hypotéza předpokládala divergenci mezi subjektivně preferovaným pořadím důležitosti jednotlivých motivačních faktorů ze strany ZS a pořadím faktorů, jež podle ZS zastává zaměstnavatel. Místem výzkumu byla Nemocnice Prostějov, šetření bylo provedeno v listopadu 2003. Výzkum měl formu vyčerpávajícího šetření, bylo do něj zařazeno 281 zdravotních sester (dále jen ZS).

**VÝSLEDKY:** Žebříček hodnot ZS – nejvyšší významnost: jistota zaměstnání, mzda, péče o pacienta, spolupráce v provozu, uznání osobních výsledků. Nejmenší významnost: prestiž zaměstnání a kariérní postup. Největší význam u zaměstnavatele: péče o pacienta a image zařízení. Nejmenší význam: mzda, jistota pracovního místa, uznání osobních výsledků.

**DISKUZE:** Odvívjela se ve třech rovinách:

1) Rozporné hodnocení priority faktorů ZS a zaměstnavatelem: Nejistota práce je dána možnostmi ekonomické transformace, specifickým vzděláním, regionem. Faktor mzdy souvisí s faktorem jistoty práce (možnosti tarifních platů) a se způsobem uznání osobních výsledků. Obojí je neuspokojivé a tak se hygienikům platu dostává na nejvyšší příčky priorit. 2) Skutečné naplňování demonstrovaných faktorů zaměstnavatelem: ZS měly možnost hodnotit naplňování škálou s rozsahem 1-5. Nejlepší známku obdržel faktor péče o pacienta a nejhorší faktor mzdy. 3) Aplikace Herzbergovy teorie: Motivátorům, které Herzberg řadí mezi hygienika, přiřazovaly české sestry nejvyšší hodnoty. V českém prostředí a ve specializovaných povoláních revidovat rozdělení motivátorů na hygienika a satisfaktory.

**ZÁVĚR:** Výzkum jednoznačně ukázal, že je nutností zabývat se motivačními faktory, nejlépe pomocí srovnávacích výzkumů.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Motivace, pracovní spokojenost, Herzbergova dvoufaktorová motivační teorie, zdravotní sestry, management nemocnice, divergence vnímání motivačních faktorů.

#### o autorech

##### Mgr. Jiří Vévoda

Vedoucí oddělení pojistného a služeb pro klienty  
VZP ČR Územní pracoviště Prostějov  
Hliníky 5, 796 01 Prostějov  
e-mail: jiri.vevoda@op78.vzp.cz

##### Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

odborný asistent  
Ústav sociálního lékařství  
a zdravotní politiky  
Lékařská fakulta Univerzity  
Palackého – teoretické ústavy  
Hněvotínská 3, 775 15 OLMOUC  
e-mail: katerina@tunw.upol.cz

##### Mgr. Martin Horváth

student doktorského studia  
Ústav sociálního lékařství  
a zdravotní politiky  
Lékařská fakulta Univerzity  
Palackého – teoretické ústavy  
Hněvotínská 3, 775 15 OLMOUC  
e-mail: horvath@tunw.upol.cz

10) Podobná situace je i ve výzkumu syndromu vyhoření u zdravotních sester, který podle Marečkové a Valenové také velkou měrou ovlivňuje jejich pracovní spokojenost.

11) RAKICH, M., J., LONGEST, B., B. and DARR, K. Managing Health Services Organizations., p. 7.

...Zdravotníci se o uplatnění v cizích zemích nemusejí bát. Kromě Německa o ně mají zájem také ve Velké Británii či Dánsku. „Odchody se týkají vedle lékařů i středního personálu. Práce je pro zdravotní sestřičky stejně těžká a náročná tady i v cizině. Ovšem tam je mohou lépe zaplatit. A proto tlak na jejich odchod do zahraničí bude trvat,“ uzavřel ředitel šternberské nemocnice Vítězslav Vavroušek.

(11.3. 2005, MFD)

Ze Slovenska pochází každá dvacátá sestra v České republice. ČR pracuje také tisícovka slovenských lékařů. Přitom odboráři proti přílivu slovenských zdravotníků překvapivě neprotestují. Na rozdíl od italských či španělských kolegů totiž nemají tuzemští zdravotníci problémy s nezaměstnaností. Jenže do budoucna hrozí Česku problém: i slovenští zdravotníci, kteří do Česka přišli, by rádi zamířili dále na západ. Čeští a s nimi i slovenští lékaři a sestry se totiž vstupem do unie zapojili do celosvětového „vysávání“ odborníků. Ze států, jako je Velká Británie, utíkají zdravotníci za lepšími výdělky do Ameriky. Pracovní povolení v USA získalo podle deníku Guardian předloni přes dva tisíce britských zdravotních sester. Rok předtím to byla sotva polovina. Britové proto hledají záchranu i u českých zdravotníků. A tuzemský deficit se tudíž vyrovnává díky Slovákům.

(20. 1. 2005, HN.IHNED.CZ)

V letošním prvním pololetí došlo poprvé od roku 1998 došlo k poklesu reálných příjmů českých zdravotníků. Nejhuře dopadly zdravotní sestry, jimž reálný nárůst mezd poklesl o 2,45 procent....

(21.9.2004, www.ZDN.cz)

Při příležitosti projednávání Zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uvedl David Rath, prezident České lékařské komory, že si nedovede představit centrální registr sester, kterých je 70 tisíc a jejich fluktuace je obrovská. Podle návrhu zákona se pro zdravotní sestry zavádí ze zákona povinné přezkušování znalostí vždy po pěti letech. Tím budeme světovou raritou, uvedl Rath. Nejenže sestry platíme mizerně, cho-

váme se k nim nepěkně, ještě je budeme po pěti letech přezkušovat z teoretických znalostí, a to po jejich celý život. Jsem zvědav, jak budeme přezkušovat ty Ukrajinky, které brzy budou jediné ochotné v takovém systému a za těchto podmínek pracovat....

(14.6.2001, ZDN č.24)

Odchod českých sester do zahraničí se dá očekávat po vstupu ČR do Evropské Unie. Prohlásila to prezidentka České asociace sester Hilda Vorlíčková na mezinárodním semináři „Sestra v Evropské unii“, který se konal o víkendu v Praze. Vorlíčková očekává, že po přijetí zákona o způsobilosti

k výkonu povolání se srovnají kvalifikační požadavky s požadavky unie (tam požadují, aby zdravotní sestry měly přinejmenším vyšší odborné vzdělání) a to umožní mnoha sestrám odchod za lépe honorovanou prací do zahraničí. Obáváme se, že naše pacienty nebude pak mít kdo ošetřovat,“ řekla Vorlíčková. A tak si zřejmě budeme muset i ve zdravotnictví zvykat na dovezenou pracovní sílu, tak jako v jiných oborech. Třeba z Polska, kde zdravotní sestry v současné době stávkují protože mají téměř poloviční platy ve srovnání s průměrným platem sestry v Čechách.

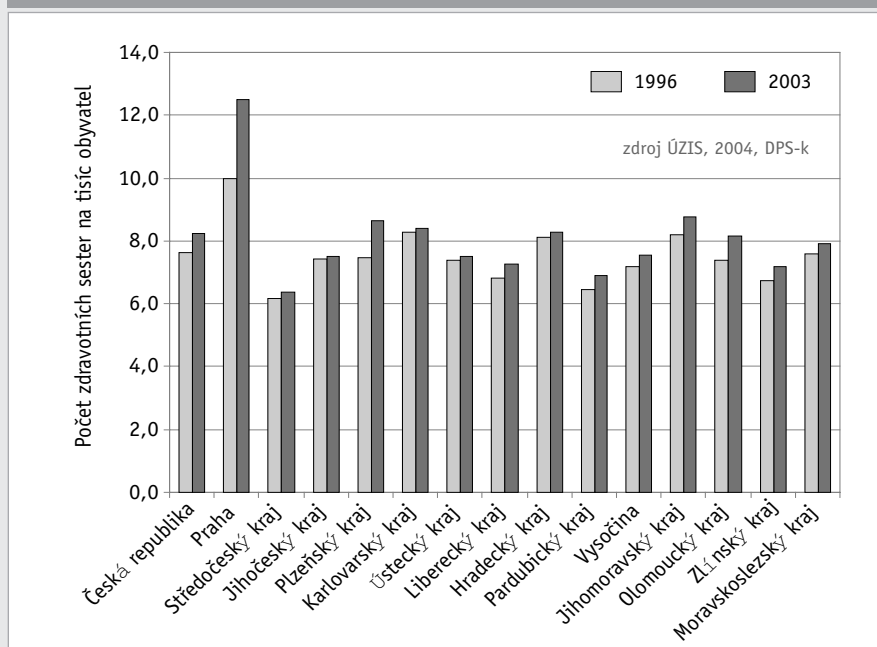
(29.11.2000, www. zdrav.cz)

Tabulka: Vývoj podílu zdravotních sester (na tisíc obyvatel) v krajích ČR

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Česká republika	7,63	7,58	7,59	7,62	7,87	8,05	8,27	8,25
Praha	9,99	10,18	10,37	10,57	11,26	11,88	12,41	12,48
Středočeský kraj	6,18	6,13	6,12	6,15	6,24	6,31	6,46	6,36
Jihočeský kraj	7,41	7,25	7,11	7,16	7,21	7,35	7,53	7,51
Plzeňský kraj	7,46	7,44	7,49	7,50	8,25	8,40	8,65	8,66
Karlovarský kraj	8,29	8,09	8,13	7,93	8,10	8,15	8,40	8,39
Ústecký kraj	7,37	7,27	7,21	7,25	7,38	7,47	7,59	7,50
Liberecký kraj	6,82	6,77	6,81	6,76	6,87	7,02	7,19	7,27
Hradecký kraj	8,10	8,13	7,99	7,97	8,02	8,18	8,33	8,28
Pardubický kraj	6,43	6,50	6,50	6,48	6,56	6,72	6,90	6,91
Vysočina	7,20	7,15	7,23	7,24	7,33	7,46	7,52	7,57
Jihomoravský kraj	8,21	8,11	8,11	8,14	8,41	8,64	8,75	8,76
Olomoucký kraj	7,40	7,38	7,34	7,35	7,79	7,94	8,21	8,17
Zlínský kraj	6,73	6,71	6,72	6,80	6,94	7,12	7,27	7,20
Moravskoslezský kraj	7,58	7,40	7,42	7,43	7,57	7,69	7,95	7,92

Zdroj: ÚZIS, 2004, DPS-k (viz. <http://www.uzis.cz/cz/dps>)

Nárůst podílu zdravotních sester (na tisíc obyvatel) v krajích ČR



# Informační technologie a elektronické komunikace – ICT

## Stanou se ICT řídicím faktorem inovací ve zdravotnictví?

Petr Beneš

Zdraví má velkou hodnotu, zvláště pokud nám schází. Téma zdraví spojuje emoce s kvalitativními a ekonomickými aspekty lékařské péče, která je schopna zdraví udržet nebo navrátit. Zdravotnické služby se ve většině zemí světa podílejí v průměru 10% na HDP a stejným dílem i na zaměstnanosti. Velký pokrok dosažený v oblasti lékařské péče v posledních několika desetiletích přispěl k významnému prodloužení očekávané délky života. Tento úspěch však ve svém důsledku vede k přetěžování sociálního systému. V roce 2025 bude prakticky ve šech rozvinutých zemích podíl lidí starších 65 let větší než 20 % a paralelně k tomuto vývoji poroste počet chronicky nemocných a s tím související náklady na lékařskou péči. Ty dosáhly v roce 2002 objemu 3 300 miliard USD, 70 % těchto prostředků bylo přitom spotřebováno v pouhých 5 státech světa – USA, Japonsku, Německu, Francii a Itálii. 62 % nákladů na lékařskou péči představovaly platy lékařů a náklady na hospitalizaci, pouhých 13 % připadlo na léky a 9 % na ošetrovatelskou a domácí péči. Rezervy jsou tedy zřejmé.

Optimalizace lékařské péče a souvisejících administrativních procesů je velkou výzvou pro informační technologie a elektronické komunikace (ICT). Odhaduje se, že až 40 % výkonů ve zdravotnictví má něco společného se sběrem dat a komunikací a tento trend je stoupající. Přesto je třeba konstatovat, že lékařská péče si mnohdy uchovává spíše charakter řemeslné produkce. Procesně orientované myšlení v lékařské péči chybí. Navíc je třeba vzít v úvahu citlivost oboru nejen vůči

ochraně informací, ale díky ostré hierarchii i k jakékoliv změně přicházející zvnějšku. Za hlavní překážky zavádění moderních informačních systémů do zdravotnictví jsou dále považovány zejména problémy s investicemi, neprizpůsobivost lékařského workflow, různá ostrovní řešení, paralelní svět papírové dokumentace a související duplicity v informačním toku.

Neodkladná potřeba regulovat stále se zvyšující náklady v příštích desetiletích nicméně v nejbližších letech přinese podstatné změny v koncepci zdravotní péče. Mikro- a nanotechnologie, biosenzory a molekulární elektronika, sítě bezdrátově komunikujících autonomních inteligentních snímačů a textilie s vlastnostmi senzorů nás potom delším časovém horizontu přenesou do epochy zdraví, kdy si naši potomci budou oblékat osobní systémy pečující o jejich zdravotní stav, podobně jako dnes používají osobní počítače, či mobilní telefony. Člověk, který dnes přijímá zdravotní péči pasivně, se tak stane aktivním prvkem systému. Nebude muset navštěvovat lékaře, aby si aktualizoval data o svém zdravotním stavu. Vhodné technologické prostředky, které budou poskytovat spolehlivou informaci o životně důležitých funkcích, umožní člověku samotnému reagovat včas na jeho aktuální zdravotní stav.

Po tom, co v minulosti významně přeměnil průmysl i sektor služeb, tak budou nové technologie stále více ovlivňovat i samu existenci člověka. Trend propojující životní styl, péči o zdraví a technologický pokrok je již dnes identifikovatelný ve strategii význam-

ných firem. Vždyť zdravotnictví jako celosvětově největší sektor v oblasti služeb pro ně představuje obrovskou výzvu.

Problematickou využití moderních technologií znalostní společnosti pro ekonomické fungování zdravotních systémů ve světě, Evropské unii v České republice se zabýval již druhý ročník mezinárodní konference Informační systémy a telekomunikační služby ve zdravotnictví, která se konala 23. a 24. března v brněnském hotelu Holiday Inn za účasti zástupců WHO, Evropské unie, Ministerstva zdravotnictví a předních zdravotnických zařízení v ČR. Hlavními projednávanými tématy byla koncepce eHealth v kontextu EU, globalizace zdravotnických systémů, role výzkumu a informatiky ve zdravotní politice, právní aspekty využití ICT v medicíně, elektronický identifikátor pacienta, komunikační infrastruktura, implementace otevřených standardů, digitální zpracování obrazové informace, prevence pomocí elektronických médií a další. Úplný program konference je dostupný na internetových adresách [www.stech.cz](http://www.stech.cz) a [www.convergence.cz](http://www.convergence.cz).



### o autorovi

RNDr. Petr Beneš,  
šéfredaktor časopisu Sdělovací  
technika a organizátor konference  
Informační systémy a telekomunikační  
služby ve zdravotnictví

# Ako ďalej s kartami?

## Diskusia okolo identifikačných kariet v ČR neutícha

Peter Kokavec

Diskusia okolo identifikačných kariet v ČR neutícha ani napriek nepriaznivej vyhládke na ich zavedenie do praxe na národnej úrovni, počas najbližších dvoch rokov volebného mandátu súčasnej vlády. V Prahe sa začiatkom decembra 2004 konala medzinárodná konferencia ktorej ústrednou témou boli práve identifikačné karty. Nielen Česká republika ale celá zjednotená Európa stojí pred problémom ako vyriešiť komplexnú a vzájomne kompatibilnú identifikáciu pacientov v elektronickej podobe.

Výskumné programy EU podporujú myšlienku aplikácie informačných a komunikačných technológií do zdravotníckeho sektora (e-Health) už 15 rokov a finančné príspevky na tieto aktivity dosiahli 500 miliónov Eur. Výsledkom je že v súčasnosti majú 4 z 5 európskych doktorov prístup na internet, rozvíjajú sa informačné siete, zdravotnícke záznamy v elektronickej podobe, zdravotnícke informačné portály ale i telemedicína a prenosné zariadenia monitorujúce zdravotný stav na diaľku. V zmysle ďalšej koordinácie vývoja na poli e-health EU na jar minulého roku prijala Akčný plán; označovaný aj „e-health“ plán. Práve presná a jednotná identifikácia osôb je dôležitou súčasťou úspešnej spolupráce (interoperability) zdravotných informačných systémov podchytenej v pláne.

V rámci hlavných úloh plánu, ktorými sú uvedenie systému poskytovania verejných zdravotníckych informácií do prevádzky, či vybudovanie informačnej siete spájajúcej strediská poskytovania zdravotníckej starostlivosti v rámci celej EU, je prijatá úloha postupne nahradiť súčasné preukazy poistencov zdravotných poisťovní čipovými kartami, kompatibilnými so štandardmi EU. Konkrétne sa uvádza rok 2008 ako konečný termín pre celoplošné zavedenie Európskej karty zdravotného poistenia.

Okrem karty zdravotného poistenia sa však v zdravotníctve používajú zdravotné karty, tzv. elektronicke identifikačné karty, ktoré umožňujú prenos dát týkajúcich sa zdravotnej dokumentácie pacienta (choroby, alergie, podstupená terapia, nasadené lieky atď.) alebo umožňujú prístup k týmto dátam. Elek-

tronické identifikačné karty pacientov sú oblasťou ktorú sa Únia zaviazala podporovať v nasledujúcom období – termín ich zavedenia však nebol určený.

V tom istom čase, na jar roku 2004, vláda ČR schválila strategický dokument „Státní informační a komunikační politika“. Medzi hlavnými úlohami tu figuruje postupné nahradenie súčasných preukazov poistencov zdravotných poisťovní čipovými kartami, kompatibilnými so štandardmi EU a v súlade s harmonogramom EU. Lídrom v snahách o plošné zavedenie kariet, ktoré by okrem identifikácie poistenca obsahovali i zdravotnú dokumentáciu alebo umožňovali prístup k nej, je v ČR Všeobecná zdravotná poisťovňa (VZP). Tá stojí v pozadí projektov Mácha (do r. 2000) a IZIP, umožňujúcich registrovať údaje o poistencoch VZP ktorí sú na projekte zúčastnení v elektronickej podobe s využitím elektronickej karty.

Ako najväčšia zdravotná poisťovňa v ČR má prioritné postavenie v plnení poslania digitalizácie údajov o svojich poistencoch, ako však uvádza Radek Papp (expert VZP) je nutné diskutovať všeobecnú ekonomickú prínosnosť, ktorú by plošne distribuované elektronicke médium s kapacitou zachovávať alebo sprostredkovať údaje malo dosahovať. Je samozrejme racionálnejšie i pohodlnejšie skĺbiť obe funkcie (karta poistenca a zdravotná karta) do jednej karty, jedného média.

Projekt zavedenia takejto karty by si podľa analýzy ktorú VZP nechala vypracovať v roku 2003, vyžiadala náklady na zavedenie vo výške 1,1 mld. Kč ročne v rokoch 2005-2008 a náklady na rutinnú prevádzku v nasledujúcich rokoch budú dosahovať 850 mil. Kč ročne. Zástupcovia VZP navrhujú financovať projekt s viacerých zdrojov: Zdravotné poisťovne, štát, poistenci, poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti, zdroje z podnikateľskej sféry. Okrem týchto uvedených zdrojov im v úsilí bude pomáhať projekt EU Netc@rds, zameraný najmä na výmenu know-how a skúseností s implementáciou jednotlivých prvkov systému medzi členskými štátmi. Za účelom spolupráce na tomto projekte vzniklo spojenie VZP, Ministerstva zdravotníctva ČR a Medtel o.p.s.

Práve Medtel organizoval spomínanú konferenciu v Prahe kde sa zúčastnili aj zástupcovia Európskej komisie, projektu Netc@rds aj predstavitelia jednotlivých pilotných programov zavádzania elektronickeho identifikátora z členských zemí EU. Na konferencii vystúpil aj tajomník ministerstva zdravotníctva Ing. Sláma, ktorý konštatoval snahu ministerstva zdravotníctva získať pre projekt prostriedky zo štátneho rozpočtu, v čom podľa jeho vyjadrenia neuspeli. Vyjadril však snahu ministerstva obstaráť iné zdroje. Aké, to neuviedol.

Podľa súčasnej situácie verejných financií ČR a orientácie vlády na šetrenie nemožno očakávať, a to napriek deklarovaným úlohám, ďalšie náklady na rozvoj informačných technológií. VZP sa zrejme najbližšie 2 roky kofinancovania od štátu nedočká, rovnako sporná je aj účasť poistencov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na financovaní projektu. Toto zrejme prinúti VZP upustiť od nákladnejšej varianty komplexného identifikátora zahrňujúceho i zdravotnú dokumentáciu a vystačiť si do najbližších rokov s najnovšou verziou platového preukazu poistenca, ktorý mimochodom začali distribuovať len nedávno – v lete 2004. Na druhej strane však môžu postupným rozvíjaním projektu IZIP na báze dobrovoľnej účasti pacienta i poskytovateľa, postupne dosahovať čoraz vyššieho stupňa digitalizácie zdravotníckej dokumentácie. Každopádne, VZP už do projektu digitalizácie vložila nemalé úsilie a finančné prostriedky, ostáva naďalej najaktívnejším aktérom. Je však zrejme že nedokáže pokryť celú ČR z vlastných zdrojov. Jej ďalšie aktivity v oblasti plošného zavedenia elektronickeho identifikátora závisia od strategických investorov.



Poznámka redakcie: dáno do tisku 1.3.2005

o autorovi

Peter Kokavec,  
Inštitút zdravotníckej politiky a ekonomiky

# Konference, která se již stala tradicí...

Nada Málková

Efektivní využívání informací ve zdravotnických zařízeních je ve srovnání s jinými oblastmi, kde jsou informační systémy používány, velmi složité. Vedle technických inovací přináší i celou řadu nových problémů jak v oblasti legislativy tak i v oblasti ochrany dat. Zavádění nových informačních technologií by nemělo vycházet pouze ze stále dokonalejší techniky a informačních technologií, ale i ze znatelné potřeby zdravotníků tuto technologii využívat.

Založit tradici pořádání konferencí na toto téma a umožnit tak odborníkům prezentovat své názory na klíčové oblasti zdravotní informatiky a zároveň konfrontovat zkušenosti z praxe bylo cílem pořadatelů konference INMED.

Na sklonku roku 2004 se konference INMED konala již počtvrté. Stala se již tradičním místem odborných diskuzí a setkání vedoucích pracovníků z oblasti řízení zdravotnictví, řídicích pracovníků regionální správy, pracovníků z oblasti výpočetní techniky ve zdravotnictví, pracovníků vysokých a středních škol se zaměřením na zdravotnictví a firem pracujících v oblasti zdravotnické informatiky. Hlavními sponzory byly opět významní dodavatelé IT technologií. Díky firmám jako je Hewlett-Packard, IBM, SUN Microsystems a Progress Software se konference stala opravdu širokou platformou odborných názorů.

Odborný program byl rozdělen do jednotlivých sekcí. Náplní prvního jednání dopoledne byl „Managing regionálního zdravotnictví a jeho IT podpora“. Regionální zdravotní informační systém RZIS vystavený na základě elektronické komunikace aplikačních programových vybavení jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče je jednou z hlavních cest ke zlepšení péče o pacienta. Přináší s sebou současně zefektivnění nákladů na léčbu. Jednotliví přednášející postupně představili dílčí kroky zavádění tohoto systému do praxe. Projekt zabezpečené komunikace v rezortu zdravotnictví

využívá komunikačního systému MISE pro výměnu dat mezi Ústavem zdravotnických informací, statistiky ČR (UZIS) a zdravotnickými zařízeními. Výkazy jsou předávány prostřednictvím internetu, před odesláním jsou zabezpečeny asymetrickou šifrou a autorizovány elektronickým podpisem. Řešení umožňuje jednoznačně identifikovat odesílatele a příjemce dat. Přenos je chráněn vysokým stupněm zabezpečení, odpovídající povaze přenášených dat ve zdravotnictví. Přednáška MUDr. Miloše Suchého „Měření kvality a efektivity péče v jednotlivých krajích“ přinesla konkrétní příklady analýz prováděných na přání klientů. Systém měření umožňuje unikátní geografický pohled na celý proces zdravotní péče v jednotlivých lokalitách. Systém podporuje na jedné straně měření výkonu a erudice a na druhé straně kvalitu procesů zdravotní péče. Významným cílem tohoto měření je tvorba sady vytipovaných a praktickým testováním ověřených ukazatelů kvality a efektivity péče. Ty pak umožňují srovnávací metodou vyhledávat „slabá místa“ systému zdravotní péče a pomáhat manažerům specificky zlepšovat svoje výsledky. Poradce ministra zdravotnictví SR pro informatiku a ředitel UZIŠ RNDr. Lubomír Vlčák, CSc. referoval o projektu vlády Slovenské republiky a Státní banky „Datové centrum a datové standardy“. Jedná se o projekt, na který získala slovenská vláda půjčku od Světové banky a je určena na technickou pomoc pro podporu implementace reformního programu a dlouhodobé strategie rozvoje zdravotnického sektoru. Jednou z hlavních částí projektu je i podpora zavádění informačních systémů pro podporu řízení zdravotnictví. Tato část zahrnuje i legislativu a integrační nástroje, vývoj standardů a zajištění vzniku Národního centra zdravotnické informatiky. Ten by měl zabezpečovat sběr a analýzu údajů pro podporu řídicích a rozhodujících procesů na všech úrovních řízení.

„Informační podpora sledování a řízení kvality zdravotní péče a její vazba na úhradový systém“ bylo téma další odborné sekce. Aktuální stav vývoje DRG z pohledu zdravotních pojišťoven, DRG a modely kvality, DRG a hodnocení kvality a efektivity akutní lůžkové péče a spolupráce s krajskými úřady, to jsou názvy jen několika přednášek z dalšího odborného bloku.

Na konferenci se již po několikáté sešli i odborníci z oblasti farmacie, aby diskutovali na téma „Farmacie a souvislosti s rozvojem elektronické zdravotní dokumentace v ČR a zahraničí“. Pro všechny účastníky bylo připraveno beze sporu velice zajímavé odpoledne, které bylo věnováno trendům IT ve zdravotnictví, a kde vystoupili odborníci především z renomovaných zahraničních firem. Zabývali se otázkou, jak se budou vyvíjet technologie v oblasti zdravotnictví a jaké trendy jsou sledovány ve světě. Zajímavá byla i odborná přednáška zabývající se řešeními pro modernizaci stávajících informačních systémů směrem k progresivním způsobům sdílení informací se zajištěním jejich bezpečnosti a maximálního snížení provozních nákladů.

Odborný program provázely firemní prezentace. Celý program prvního jednání dne uzavřela panelová diskuze na téma „Podpora informatiky regionálního zdravotnictví“.

Konference INMED prokázala za dobu své existence, že jde o odbornou akci, která má své opodstatnění a pořadatelé věří, že i nadále zůstane místem setkání odborníků z oblasti zdravotnictví, informatiky, státní správy i krajských zastupitelů.



o autorovi

Ing. Nada Málková,  
člen organizačního výboru  
konference INMED

## MANAGING REGIONÁLNÍHO

### ZDRAVOTNICTVÍ A JEHO IT PODPORA

▣ *Informační podpora regionálního zdravotnictví (současný stav a vývojové trendy)*

Ing. Milan Kudrna, ředitel firmy STAPRO s.r.o.

▣ *MISE – projekt zabezpečené komunikace ve zdravotnictví II.*

Ing. Jiří Čížek, ředitel Odboru informatiky MZ ČR

▣ *Měření kvality a efektivitu zdravotní péče v jednotlivých krajích, prezentace výsledků*

MUDr. Miloš Suchý, ředitel Divize DZM firmy STAPRO s.r.o.

▣ *Možnosti zlepšování logistických procesů v podmínkách krajského zdravotnictví*

Ing. Hynek Kružík, konzultant STAPRO s.r.o.

▣ *Clearingové centrum*

Ing. Petr Sláma, náměstek ministryně zdravotnictví ČR pro zdravotní pojištění

▣ *Datové centrum a datové standardy – projekt vlády Slovenské republiky a Státní banky*

RNDr. Lubomír Vlček, CSc. Poradce ministra zdravotnictví SR pro informatiku a ředitel UZIS

## FARMACIE A SOUVISLOSTI

### S ROZVOJEM ELEKTRONICKÉ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE V ČR A ZAHRANIČÍ

▣ *Nové algoritmy optimalizace skladových zásob léků*

Mgr. Martin Hrdý, Fakulta sociálních věd UK

▣ *Lékový záznam pacienta, praktické zkušenosti*  
Sošková R., Beneš M., Doležalová L., Ústavní lékárna Masarykova onkologického ústavu

▣ *Výsledky prováděcí studie elektronické proskripce MZČR*

MUDr. Karel Urbánek, PhD., PharmDr. Lubomír Chudoba, MUDr. Peter Ivančák, Miloš Klápště, Dipl. tech., RNDr. Miroslav Linhart, Mgr. Radek Linhart, MUDr. Otakar Maňas, Doc. Ing. František Podzimek, CSc., Ing. Jiří Čížek

▣ *Číselník PDK a obrazová informace*

Ing. Josef Šimáček, Ph.D., PharmData s.r.o.

▣ *Pokrok v databázi lékových interakcí*

Doc. Ing. František Podzimek CSc. InfoPharm a.s.

## TRENDY IT VE ZDRAVOTNICTVÍ

▣ *Zdravotnictví České republiky a EU*

MUDr. Jiří Skřivánek, MBA, náměstek ředitele pro LP, Fakultní nemocnice v Motole

▣ *Informační technologie ve zdravotnictví – aktuální stav, budoucí trendy*

Ing. Oldřich Příklenk, Gartner Group

▣ *Jak modernizovat informační systémy ve zdravotnictví*

Ing. Jaroslav Malina, Sun Microsystems Czech, spol. s r.o.

▣ *Osobní informační systém ve vaší kapse*  
Martin Polák, Hewlett-Packard s.r.o.

▣ *Strategický rozvoj zdravotnické informatiky*

Ing. Matěj Adam, IBM Czech Republic

▣ *Předpokládané trendy v oblasti rozvoje komunikační infrastruktury*

Pavel Baumruk, Český Telecom a.s.

## INFORMAČNÍ PODPORA SLEDOVÁNÍ A ŘÍZENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ VAZBA NA ÚHRADOVÝ SYSTÉM

▣ *Aktuální stav vývoje DRG z pohledu zdravotních pojišťoven*

Lenka Obracajová, Hutnická zdravotní pojišťovna

▣ *DRG a modely kvality*

MUDr. Aleš Bourek, CKZ SZÚ

▣ *DRG a hodnocení kvality a efektivitu akutní lůžkové péče, spolupráce s Krajskými úřady*

MUDr. Miloš Suchý, STAPRO s.r.o.

▣ *Proč není jednoduché zavést nový klasifikační systém typu CaseMix – systémové problémy a zkušenosti ze zahraničí*

MUDr. Petr Tůma, STAPRO s.r.o.

▣ *Zkušenosti s využíváním DRG v nemocnici*

Jana Homrová, Nemocnice Kadaň s.r.o.

## vybráno z tisku

... Podle navrhovaných doporučení Evropské komise by do konce roku 2006 měl každý členský stát EU rozpracovat národní a regionální plán zavádění služeb e-Health. Do konce roku 2006 by členské státy ve spolupráci s Evropskou komisí měly vypracovat společné evropské postupy pro elektronickou identifikaci pacientů... Do roku 2008 má být všeobecně zavedena elektronická čipová karta zdravotního pojištění. Elektronické identifikátory má perspektivně získat i každý pojištěnec – na základě příslušných dohod v EU bude nutné roku 2008 každého občana vybavit elektronickým průkazem zdravotního a sociálního pojištění. Elektronický identifikátor pojištěnce bude v první řadě sloužit jako průkaz zdravotního pojištění, opravňující pojištěnce čerpat zdravotní péči v rámci EU – umožní elektronicky ověřit pojistný vztah (tj. kde a jaké je jeho zdravotnické pojištění)...

(14. 12. 2004, Professional Computing)

... Zdravotní knížky jsou také součástí koncepce zdravotní péče v ČR v letech 2004 až 2009, kterou navrhuje ministerstvo zdravotnictví. To by však raději vidělo klasickou papírovou podobu knížek, která je levnější. Naproti tomu ministerstvo informatiky trvá na elektronické podobě. Informační a komunikační technologie jsou podle mluvčí ministerstva Kláry Volné podmínkou pro účinnou spolupráci zdravotnických zařízení a zvýšení dostupnosti a kvality poskytované péče. „V tomto smyslu, v souladu s cíli Evropské unie, se k zavádění informačních a komunikačních technologií do zdravotnictví vláda zavázala ve Státní informační a komunikační politice,“ uvedla Volná...

(9. 12. 2004, ČTK)

... „Zatímco Evropa má plán na zavedení elektronické karty sociálního zabezpečení, my chceme zavést papírové zdravot-

ní knížky,“ uvedl předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger...

(10. 12. 2004, MFD)

... Identifikační karta pojištěnce, kterou se má občan prokazovat při návštěvách u lékaře je předmětem právě probíhající veřejné diskuse. Nepřeborné množství argumentů o vhodnosti nebo použití „identifikátoru“ zastírá hledání odpovědí na zásadní otázky: „Komu zavedení identifikátoru nejvíce prospěje?“ a „Kdo ho nejvíce potřebuje?“ „Kdo to všechno zaplatí?“ Posláním identifikátoru je uchovávat a zprostředkovávat údaje. Z diskusí je zřejmé, že se jedná o dvojí povahu údajů, které by měl identifikátor obsahovat: údaje sloužící potřebám zdravotních pojišťoven a údaje týkající se zdravotního stavu majitele karty...

(23. 9. 2004, www.zdrav.cz)



On the December 9th – 10th 2004 took place a international conference MEDTEL 2004/ eESCC 9 – Joint International Conference in the hotel Diplomat, Prague in the Czech Republic. The Conference was held in cooperation with the Ministry of Health and Ministry of Informatics of the Czech Republic. The conference Medtel 2004/eESCC 9 was opened by the performance of popular Czech violinist Mr Jaroslav Sveceny. The morning continued by common plenary, which was attended by the head of the Information Society Directorate General, EC Mr. Vaggelis Ouzounis. Opening speeches were held by the main coordinator of project NETC@RDS Mr. Noel Nader, Mr. Franco Arcieri from the Universita di Roma „Tor Vergata“, vice- minister of Health of the Czech Republic Mr. Petr Slama, vice – minister of informatics of zhe Czech Republic Mr. Lubomír Moravčík and Mr. Jan van Arkel from Holland. All these speakers agreed, that health informatics and telematics are important priorities of EU and that is both necessary and urgent to strengthen the international cooperation, harmonization, standardisation and interoperabilitation of relevant products and services. The meetings in sections MEDTEL 1 – 3 and eESCC 1 – 3 took part on Thuersday’s, December 9th afternoon and the Sections MEDTEL 4 and eESCC 4 on Friday morning, December 10th. The programme of the conference was finished by common plenary. The Conference was attended by 80 speakers,120 experts from abroad and almost 200 national experts covering the branch of entrepreneurs, government administration and representation of EU.The conference set-up was coordinated with European activities eESCC – eEurope Smart Card Charter and ETHEL – European Health Telematics Association.MEDTEL – the bi-annual international conference of Helthcare Telematics was held in the succession as a third one. The main objective of the MEDTEL conference was to enrich and broaden Czech – Europe contacts and to assist Czech integration within the wider European eHealth community. Before the conference took place, meetings of ISO and CEN groups in the Office for Personal Data Protection were held in Prague, too. The organization of the conference was supported by the Ministry of Health and Ministry of Informatics of the Czech Republic as well as by several partners of IT bussiness. The conference was held in Czech and English.

# Konference „MEDTEL 2004/ eESCC 9“

*Petr Struk*

Ve dnech 9. – 10. prosince 2004 se v Praze uskutečnila mezinárodní konference MEDTEL 2004/ eESCC 9 Joint International Conference. Konferenci pořádala o.p.s. MEDTEL ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem informatiky České republiky. Konference se zúčastnilo 120 zahraničních a téměř 200 domácích odborníků, zástupců zainteresovaných ústředních orgánů státní správy i reprezentantů EU. Příprava konference byla úzce koordinována s evropskými aktivitami eESCC – eEurope Smart Card Charter a EHTEL – EuropeanHealth Telematics Association.

MEDTEL, o.p.s. ([www.medtel.cz](http://www.medtel.cz)) je obecně prospěšná společnost založená v roce 2003 jako nezisková organizace podporující rozvoj zdravotnické informatiky a telematiky. Je členem evropské asociace EHTEL a evropské sítě národních organizací, působících v oboru zdravotnické telematiky.

EHTEL ( [www.ehtel.org](http://www.ehtel.org) ) je nezisková evropská asociace založená v srpnu 1999. Jejímí členy jsou různé instituce, společnosti a osoby, které jsou aktivní v oblasti telematických řešení a aplikací ve zdravotnictví. Cílem asociace EHTEL je vytvořit funkční síť všech aktérů zainteresovaných na rozvoji zdravotnické telematiky.

Mezinárodní konference MEDTEL, zaměřená na podporu rozvoje zdravotnické telematiky, tj. aplikací informačních a komunikačních technologií a služeb ve zdravotnictví, byla v pořadí již třetí konferencí na toto téma. Hlavním záměrem bylo posílení a rozšiřování česko-evropských kontaktů v oblasti zdravotnické telematiky a napomáhání „otevírání evropských dveří“. Konferenci předcházela zasedání pracovních skupin ISO a CEN, která proběhla v Úřadu pro ochranu

osobních údajů v Praze. Organizace konference byla podporována Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem informatiky ČR a množstvím sponzorů z řad firem a společností z oblasti informačních technologií. Jednáním jazykem byla čeština a angličtina a na konferenci se představilo 80 přednášejících. Všechny přednášky jsou k dispozici na webové adrese [www.medtel.cz](http://www.medtel.cz).

Konferenci otevřel malým koncertem houslový virtuos Jaroslav Svěčený. Dopoledne pak pokračovalo společným jednáním v plénu, kterého se zúčastnil, mimo jiné, ředitel sekce Generálního direktorátu EC, GD Information Society Vaggelis Ouzounis, významné úvodní přednášky přednesli hlavní koordinátor projektu NETC@RDS Noel Nader, Franco Arcieri z Universita di Roma „Tor Vergata“, náměstek ministra zdravotnictví ČR Petr Sláma, náměstek ministra informatiky ČR Lubomír Moravčík a Jan van Arkel z Holandska. Všichni vystupující se shodli na tom, že informatika a telematika ve zdravotnictví jsou oprávněnými prioritami EU a dále na potřebě posílení mezinárodní spolupráce, harmonizace, standardizace a interoperability produktů a služeb.

Ve čtvrtek 9. prosince 2004 dopoledne a v pátek 10. prosince 2004 v první části dopoledne probíhala jednání v sekcích. V sekci MEDTEL1 byly prezentovány příklady projektů a iniciativ z oblasti eHealth v České republice, Dánsku, Švédsku a Nizozemí. Ve všech prezentacích byla zdůrazněna ústřední úloha občana, pacienta a řadového poskytovatele zdravotní péče jako motivačních činitelů a rozhodujících spotřebitelů služeb eHealth. V sekci MEDTEL 2 byla zvolena témata: čipové karty ve zdravotnictví, portály jako vstupní přístupové brány systémů, registry

#### Programová koncepce:

##### Společná jednání:

eESCC – přehled o situaci oboru ve vědě  
přehled projektů aplikujících čipové  
karty v programech IST FP6 a eTEN  
eHealth v Evropě  
eHealth v České republice  
ochrana soukromí

##### Paralelní sekce:

eESCC1 – eGovernment  
eESCC2 – eIdentifikace, eAutentizace,  
biometrika, elektronický podpis  
eESCC3 – vývoj ve standardizaci,  
úspěšné aplikace, rozšiřování,  
certifikace  
MEDTEL1 – eHealth – vize a kroky  
k jejímu naplnění  
MEDTEL2 – elektronický identifikátor  
ve zdravotnictví<sup>1</sup>  
MEDTEL3 – řízení kvality ve  
zdravotnictví v podmínkách eHealth

Na jednání vystoupil poslanec České republiky v Evropském parlamentu MUDr. Milan Cabrnoc



ve zdravotnictví, elektronická preskripce a elektronická zdravotnická dokumentace. Byla porovnávána řešení těchto témat v různých státech EU a pak v diskuzi byla hledána interoperabilita, standardy a návaznosti. V sekci MEDTEL 3 se účastníci zaměřili na různé aspekty řízení kvality ve zdravotnictví v České republice, zejména ve vztahu k možnosti využití nástrojů informatiky a telematiky v procesu zvyšování kvality zdravotní péče a při přípravě systému akreditace zdravotnických zařízení. Sekce eESCC byly věnovány standardizaci a užití čipových karet a biometricky. Byla v nich diskutována problematika elektronické autentizace „eAUT“ umožňující hromadné aplikace jako jsou elektronické průkazy občanů. Dalším zajímavým tématem byla „mobilní identita“ a její praktické využití.

V pátek 10. 12. se v druhé dopolední části konala jednání v sekcích eESCC 4 a MEDTEL 4. Jejich hlavním tématem byly koncepční úkoly zdravotnické informatiky v evropských dimenzích. Téhož dne odpoledne, byla konference zakončena společným jednáním, kterého se zúčastnili i poslanec České republiky v Evropském parlamentu MUDr. Milan Cabrnoc a starosta města Litoměřic pan Luboš Chlupáč.

MUDr. Milan Cabrnoc seznámil účastníky konference se svou vizí využití informač-

ních a komunikačních prostředků v současném i budoucím zdravotnictví v ČR i v EU a zdůraznil zásadní úlohu informovaného a aktivního občana, jako základního subjektu kvalitního zdravotnictví. Poslanec Dr. M. Cabrnoc rovněž ocenil úlohu organizací typu MEDTEL a EHTEL při identifikaci témat a postupů rodící se evropské zdravotní politiky.

Před závěrem konference vystoupil starosta města Litoměřic pan Luboš Chlupáč, pozdravil její účastníky, představil své město a pozval všechny přítomné na národní seminář MEDTEL 2005, který budou na podzim 2005 hostit Litoměřice.

Konference „MEDTEL 2004/ eESCC 9“ potvrdila celosvětový, široký zájem o rozvoj oblasti informačních a komunikačních technologií pro zdraví a zdravotnictví, na mezinárodní scéně označované jako eHealth/eZdraví (viz níže definici oblasti). Stále více se prosazuje přesvědčení, že informační a komunikační elektronické nástroje a postupy na podporu zdraví a zdravotnictví přinesou takový nárůst kvality zdravotní péče a kvality života obyvatel, jež bude srovnatelný pouze s nárůstem kvality péče a života po tzv. sanitární revoluci na konci 19. a ve 20. století. Postupy a nástroje eHealth/eZdraví mají universální charakter a dopad, jsou inspirativní a přínosné jak pro

vysoce rozvinuté společnosti tak pro i společenství, které různými fázemi rozvojového procesu právě procházejí.

Ve svých jednotlivých zasedáních a sekcích konference identifikovala základní prvky rozvoje oblasti eHealth/eZdraví, kterými jsou:

- Podpora individuálního i veřejného zdraví s využitím informačních a komunikačních technologií
- Harmonizace péče o zdraví a zdravotnictví s potřebami a oprávněnými požadavky občanů
- Rozvoj kvality a hospodárnosti péče o zdraví s využitím informačních a komunikačních technologií
- Podpora kvalitních produktů a služeb v oblasti informačních a komunikačních technologií pro zdraví a zdravotnictví
- Podpora integraci péče o zdraví a zdravotnictví do celku národního hospodářství

Jako základní hodnoty eHealth/eZdraví byly označeny:

- Podpora zdraví a péče o zdraví jako základní podmínky seberealizace jednotlivce i prosperity společenství
- Důsledné respektování lidské důstojnosti, autonomie a integrity, včetně ochrany osobních údajů v péči o zdraví
- Podpora principu spravedlnosti a efektivní rozdělování zdrojů v péči o zdraví

1) poznámka redakce – viz též text „Ako ďalej s kartami?“ na str. 31

Klíčovými technickými požadavky v oblasti eHealth/eZdraví podle výsledků jednání jsou:

- Bezpečnost a ochrana dat
- Interoperabilita
- Konektivita

Konference „MEDTEL 2004/ eESCC 9“ apelovala na přítomné zájemce o oblast informační a komunikačních technologií pro zdraví a zdravotnictví v České republice. Nabádala k posílení spolupráce mezi příslušnými veřejnými institucemi, zdravotnickými zařízeními, zainteresovanými malými, středními a velkými podniky, zabývajícími se oblastí eZdraví, patientskými a dalšími neziskovými organizacemi i zainteresovanými občany, podílet se na programu rozvoje oblasti informačních a komunikačních tech-

nologií pro zdraví a zdravotnictví v České republice a posilovat výměnu informací a koordinaci aktivit na národní úrovni, v Evropské unii i na širší mezinárodní úrovni. Ve všech sekcích a prezentacích byla zdůrazněna ústřední úloha občana, pacienta a řadového poskytovatele zdravotní péče jako základních motivačních činitelů a rozhodujících spotřebitelů služeb eHealth/eZdraví. Příspěvky z konference MEDTEL 2004 jsou umístěny na stránce – [www.medtel.terc.cz](http://www.medtel.terc.cz)

### Definice oblasti eHealth/eZdraví

eHealth/eZdraví představuje, podle definice Evropské komise z dubna 2004, „aplikace informačních a komunikačních technologií napříč celým spektrem funkcí, ovlivňují-

cích zdraví a zdravotnictví. Oblast eHealth/eZdraví zahrnuje nástroje a řešení včetně produktů, systémů a služeb, jež jdou nad rámec běžných internetových aplikací. Jedná se především o nástroje pro zdravotnickou správu, zdravotnická zařízení, zdravotní profesionály všech skupin stejně jako veřejné i personalizované zdravotní systémy pro pacienty a občany“.



o autorovi

MUDr. Petr Struk,  
viz Zdravotnictví v České republice,  
4/VII/2004 str. 152

### Přehled mluvčích a názvy příspěvků přednesených na konferenci „MEDTEL 2004/eESCC 9“

Jan van Arkel, eESC Co-Chair	eID, the Smart Card Charter's final frontier (eID, završující aktivita Smart Card Charter)
Vaggelis Ouzounis, Information Society Directorate General, EC	Our vision on policy issues for ID management and interoperability in eGovernment and eHealth (Management a interoperabilita ID v eGovernment a eHealth – vize)
Petr Sláma, Deputy Minister Ministry of Health, Czech Republic	Zdravotnická informatika v koncepci MZ ČR (Health informatics in policies of the Czech Ministry of Health)
Enrico Nardelli, NESTOR – Università di Roma "Tor Vergata", Italy	Roads leading to Rome, large scale deployment of eID and eHealth cards in Italy (Cesty vedou do Říma – zavádění eID a zdravotní karty v Itálii)
Jan Freese, CEO & President, Brainwave International Ltd, Sweden	Privacy and IT-security – two sides of the same coin? (Soukromí a bezpečnost IT – dvě strany téže mince?)
Petr Struk, MEDTEL, Czech Republic	Opening of the closing plenary session
Tomáš Tříšňovský, Rolf Engelbrecht, Claudia Hildebrand, IMA-Institut mikroelektronických aplikací, GsF, Česká republika, Germany	EFMI – WG Cards – situace a perspektivy (EFMI – WG Cards – situation and prospects)
Mats Larson, Petr Struk, EHTEL, MEDTEL, Sweden, Česká republika	Spolupráce EHTEL – MEDTEL při budování Evropského prostoru eHealth (EHTEL – MEDTEL collaboration)
Jan van Arkel, eESC Co-Chair	Closing eESCC part of the Conference – results, future
Petr Struk, MEDTEL, Czech Republic	Closing MEDTEL part of the Conference – results, future
Ladislav Chlupáč, Lordmayor of the Litomerice city	Invitation for 2005 workshop and closing of the Conference (Pozvání na seminář MEDTEL 2005 a závěr konference)
Vincent Paliczka, National Smart Card Project, United Kingdom	The way forward for Smart card applications in local government (Aplikace Smart card v místní správě)
Altes Dobnikar, Governmental Centre for Informatics, Slovenia	Modern Government Services through eIDs (Moderní služby eGovernment prostřednictvím eID)
Bart Symons, Zetes PASS team, Belgium	The Belgian eID card roll-out and future evolution (Belgická eID karta a její budoucí vývoj)
Antonio Marques, eEpoch Project Manager, Spain	eEpoch, Piloting eID Interoperability across Europe (eEpoch, ověřuje interoperabilitu eID napříč Evropou)
Jaap Kuipers, Surf Project, The Netherlands	A-Select, online database supported eAuthentication Services (A-select, databáze pro podporu eAutentizace)
Jim Dray, NIST, United States	eGovernment and eID: the US experience (eGovernment a eID: zkušenosti z USA)
Siemens Business Services	eCards: The Austrian ID card: key element of planned national system (eCards: rakouská ID karta v připravovaném národním systému)
Martin Walsh, Chairman, European Biometric Forum, DAON, Ireland	Best practices and innovation in biometrics (Příklady a inovace v biometrii)
Nicolas Delvaux, Chairman, CEN/ISSS Biometric Focus Group, and member of ISO/IEC JTC1 SC 37	Biometrics & Smartcards: implementations and standardisation (Biometrie & Smartcards: implementace a standardizace)
Orestes Sanchez, BioSec Project Manager, Telefonica, Spain	Assessing security requirements in biometric applications (Požadavky na hodnocení bezpečnosti biometrických aplikací)
Max Snijder, Biometrics Expertise Group, The Netherlands	Security aspects of Biometrics on card (Bezpečnostní aspekty biometrických prvků na kartě)
Krister Walfridsson, Precise Biometrics, Sweden	On-card Fingerprint matching (Otis prstu na kartě)
Stephan D. Hofstetter, Trueb AG, Switzerland	ICA0 recommendations relevant to ePassport – an introduction to the topic (Doporučení ICA0 vztahující se k ePassport – úvod do problematiky)
Lorenzo Gaston, Chairman, CEN TC 224 –WG 15, Axalto, France	Towards a European Citizen Card (Směrem k Evropské kartě občana)
Theo van Sprundel, Chairman, CEN/ISSS WS eAuthentication, Axalto, France	Electronic Authentication for all seasons (Elektronická autentizace pro všechny...)
Teresa Schwarzhoff, NIST, United States	eID standardisation developments in ISO/IEC (Vývoj standardizace eID v ISO/IEC)
Gisela Meister, Head of Standardisation, G&D, Germany	How secure is your Digital Signature? (Jak bezpečný je váš digitální podpis?)
Henry J F Ryan, WS eAuthentication Expert, eESC Secretary, Ireland	eID business models (Podnikatelské plány pro eID)
Alan Leibert & Nick Marchant, The ALCO Group, United Kingdom	The eID User Interface (Uživatelské rozhraní pro eID)
Juhani Jämiä, Fujitsu Services Oy, Finland	My mobile identity, a new strategy for citizen eID-cards (Moje mobilní identita, nová strategie pro identifikační kartu občana)
Ivo Rosol, OK Systém, Czech Republic	Programové řešení pro kryptografické čipové karty s uplatněním standardů (Standards and software solution for Cryptographic Smart Cards)
Marc Géméto, EUROSMART and Director of Strategic Research, Gemplus, France	Smart Card Industry and e-Government : a Global Market Perspective (Průmysl čipových karet a eGovernment: obecné perspektivy trhu)

Přehled mluvčích a názvy příspěvků přednesených na konferenci „MEDTEL 2004/eESCC 9“

Laurent MANTEAU, Cooperative R&D Manager, GEMPLUS, France	Towards the next generation of InspireD Smart Cards: European Cooperative Research Initiative (Vstříc nové generaci InspireD Smart Cards: společná evropská výzkumná iniciativa)
Marc Kekicheff, Managing Director, Global Platform	Towards a global standard multi-application platform for eGovernment and eID (Směrem ke globálnímu standardu multiaplikační platformy pro eGovernment a eID))
Maija Turunen, Senior Adviser & Member of the Porvoo Group Secretariat, Certificate Authority Service, Population Register Centre, Finland	Pro-eID strategies and activities: status and impact of the Porvoo Group (Strategie a aktivity Pro-eID: stav a vliv Porvoo Group)
Milan Sterba, HP invent, Switzerland	National ID card project in Italy – view of system integrator (Italský projekt národní ID karty – pohled systémového integrátora)
Speaker invited	Status update: Japan (Aktualizace stavu v Japonsku)
Teresa Schwarzhoff, NIST, United States	Status update: USA (Aktualizace stavu v USA)
Peter Sokolovski, Rosan, Russia	Status update: Russia (Aktualizace stavu v Rusku)
Kristina Unverricht, ANEC, Germany	Consumer requirements in standardisation of Smart Cards (Požadavky uživatelů na standardizaci smart cards)
Pavel Andres, Masarykův onkologický ústav, Česká republika	PACS v Jihomoravském kraji (PACS in South Moravian region)
Petr Damborský, Radek Papp, Lubomír Burian, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Česká republika	Přínos VZP k informatizaci zdravotnictví (Contribution of GHIC to Health Informatics)
Vladan Novotný, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Česká republika	Portál VZP (Portal of GHIC)
Jiří Bek, Česká národní zdravotní pojišťovna, Česká republika	Portály zdravotních pojišťoven (Portals of health insurance companies)
Morten Elbaek Petersen, Center for Sundheds-telematik, Denmark	Danish national health net and portal for citizens and professionals (Dánská národní zdravotní síť a portál pro občany a profesionály)
Štěpán Svačina 1.lékařská fakulta University Karlovy, Praha, Česká republika	Informatika a telematika na 1.lékařské fakultě Karlovy university, Praha (Informatics and telematics in the Medical School of the Charles University Prague)
Otakar Maňas, Petr Slaný, Sdružení praktických lékařů ČR, Česká republika	Možnosti využití postupů eHealth v primární péči, (eHealth in primary care – needs and opportunities)
Antonín Malina, Institut dalšího vzdělávání ve zdravotnictví Praha, Česká republika	eLearning ve dalším vzdělávání ve zdravotnictví (eLearning in postgraduate medical education)
Harald Reiter, Philips Research Aachen, The Netherlands	MyHeart – information about the project (MyHeart – zpráva o projektu elektronicky podporované kardiovaskulární prevence)
Goran Hellers, Scandinavian Care, Sweden	DocTool – information about the project (DocTool – zpráva o projektu podpory užití IT mezi lékaři)
Noël Nader, SESAM Vitale EIG, France	Project NETC@RDS, status and vision (Projekt NETC@RDS stav a vize)
Gabor Avar, Jiří Ochozka, Marjan Sušelj, Elena Svetlovská, Maďarsko, Česká republika, Slovinsko, Slovensko	NETC@RDS pilot demonstrations in new EU Member states (Demonstrační pilotní projekty NETC@RDS v nových členských státech EU)
Gert-Jan van Boven, Johan G. Beun, NICTIZ, The Netherlands	Registers of Healthcare Professionals (Registry zdravotnických profesionálů)
Jiří Kofránek 1.lékařská fakulta University Karlovy, Praha, Česká republika	Zdravotnické registry v České republice (Health registers in the Czech Republic)
Heiner Groenewald, ORGA, Germany	eGK : The New German Healthcard Project (eGK:Nový německý projekt zdravotních karet)
Andrea Koudelová, ICZ, Česká republika, Felix Frick, Systema, Austria	Procesní řízení zdravotnického zařízení (Process control of health care provider)
Henrik Bjerregaard Jensen, MedCom/Center for Sundheds-telematik, Denmark	ePrescription in Scandinavia (Elektronický předpis ve Skandinávii)
Radek Línhardt, STAPRO, Česká republika	Systém ePrescription v České republice (ePrescription in the Czech Republic)
Martin Kult, NESS CEE, Česká republika	Komplexní systém vedení zdravotní dokumentace a jeho sdílení (Complex information highway for transparent healthcare)
Pavel Hronek, iZIP s.r.o., Česká republika	Přítomnost a budoucnost internetové zdravotní knížky pacienta iZIP (iZIP – internet based project on patient medical files – situation and outlook )
Ivan Gladkij, UP Olomouc, Česká republika	Úkoly vrcholového managementu při řízení systému kvality ve zdravotnických organizacích (Top management as a driver of managing quality in healthcare facilities)
David Marx, 3.LF UK Praha, Česká republika	Evidence mimořádných událostí v českých zdravotnických zařízeních (Register of sentinel events in the Czech hospitals)
Lubomír Šprongl, FN Motol Česká republika	Nastavení parametrů kvality v klinických laboratořích (Setting quality parameters in clinical laboratories)
Lenka Gutová, ÚVN Praha, Česká republika	Standardizace zdravotnické dokumentace v podmínkách ÚVN Praha (Standardization of medical records in the Central Military Hospital in Prague)
Nina Mullerová, FN Plzeň, Česká republika	Praktické zkušenosti s naplňováním akreditačního standardu Kardiopulmonální resuscitace (Accreditation standards for CPR training)
Lubomír Beneš, FN Plzeň, Česká republika	Kvalita očima pacienta v ambulantním provozu Fakultní nemocnice Plzeň (Patient view of quality in the outpatient service of Pilsen University Hospital)
Jaroslava Zavoralová, Hamzova léčebna Luže, Česká republika	Aplikace systému kontinuálního zvyšování kvality v podmínkách léčebny (CQI management in a long term care setting)
Petr Tílšer, FN Hradec Králové, Česká republika	Standardizovaný protokol prevence záměny stranových operací – evidence efektivity (Wrong site surgery prevention – standardised protocol)
Eliška Sovová, FN Olomouc, Ondřej Dostál, Asociace pro medicínské právo a bioetiku, Česká republika	Informovaný souhlas z pohledu lékaře a právníka (Informed consent – legal and medical view)
Ondřej Dostál, Asociace pro medicínské právo a bioetiku, Česká republika	Právo na statistické informace o kvalitě a efektivitě zdravotnických zařízení (Patient rights to information on health care provider quality)
Martina Pátá, FN Plzeň, Česká republika	Proces standardizace v ošetrovatelské péči (Standardisation process in nursing)
Angelo Rossi-Mori, CNR Rome, Italy	Past, present and future of eHealth in Europe (Minulost, přítomnost a budoucnost eHealth v EU)
Pekka Ruotsalainen, STAKES, Finland	Overview of European Activities in the Field of eHealth (Přehled evropských aktivit v oblasti eHealth)
Jiří Čížek, Ministerstvo zdravotnictví ČR odb.informatiky, Česká republika	eHealth v koncepci zdravotnické informatiky Ministerstva zdravotnictví České republiky (eHealth in health informatics policies of Czech Ministry of Health)

# Podpora zdraví

## Příležitosti a výzvy v oblasti veřejné správy

Vít Černý

Seminář „Podpora zdraví“ pod záštitou Ministryně zdravotnictví ČR Doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc. a Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PSP ČR úspěšně proběhl 11.2.2003 v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky. Před zcela zaplněným auditoriem zahájila seminář ministryně zdravotnictví, která připomněla že, podpora ochrany zdraví poutá celosvětovou pozornost, v každé zemi se tyto snahy vyvíjejí, ale jsou určité rozdíly v tom, jak intenzivně se rozvíjejí. Mimo své vystoupení pro náš časopis uvedla: „Po roce 89 jako by tyto aktivity na území naší republiky, hlavně z hlediska nelékařských kruhů, poněkud ochably. Na druhé straně se věnovala a věnuje péče životnímu prostředí, klade se čím dál větší důraz na životní styl, a to jsou výrazné faktory, které vedou k podpoře ochrany zdraví. Chceme, aby naše populace byla zdravá, obyvatelstvo aby prospívalo, to je také základem ekonomického růstu. Podpora zdraví je celospolečenskou záležitostí,“ řekla Emmerová.

Hlavní zjištění studie jsou tato:

- Realizace klíčového programu WHO Zdraví 21 v ČR je ohrožena
- Podpora zdraví v ČR je považována za úkol resortu zdravotnictví, nikoliv za koordinované úsilí všech resortů
- Systém finanční podpory zdraví je roztříštěný a neefektivní: během deseti let se podpora snížila o 37 % a financovány jsou pouze krátkodobé projekty

Autoři zprávy vidí nápravu neutěšného stavu v následujících oblastech:

- V zapojení dalších aktérů – resortů, občanských sdružení – do podpory zdraví
- V pravidelném předkládání zpráv o zdraví politikům
- V uplatnění principů podpory zdraví na regionální úrovni

Náměstek ministryně zdravotnictví a hlavní hygienik MZ ČR MUDr. Michael Vít na semináři „Podpora zdraví“



Náměstek ministryně zdravotnictví a hlavní hygienik ČR Michael Vít připomněl, že při spolupráci resortů – např. potravinářský průmysl kvalitou vyrobených potravin ovlivnit zdraví lidí a snížit obezitu lidí. „Různá opatření v daňové politice mohou ovlivnit zdravotní stav obyvatel. Energetická, dopravní, finanční politika a tyto všechny politiky by měly být posuzovány, zda nemohou mít sekundárně vliv na zdraví člověka,“ dodal.

Hlavním bodem semináře byla prezentace závěrů studie „Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice“. Studii v letech 2003-4 společně realizovala Evropská úřadovna WHO a Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE).

Podle ředitele IZPE MUDr. Petra Hávy, CSc. je „zdraví obyvatel třeba považovat za důležitý faktor, který ovlivňuje ekonomický potenciál regionu. Z druhé strany je možno říci, že např. neřešené problémy v oblasti sociální mohou mít neblahé důsledky pro zdravotní stav obyvatel regionu. Navíc si musíme uvědomit, že zdravotnictví není odvětvím, které prostředky pouze utrácí, ale

poskytuje v regionu nezanedbatelné pracovní příležitosti.“ Vedoucí kanceláře WHO MUDr. Alena Šteflová poukazuje na pomoc, kterou WHO v rámci projektu vybraným regionům nabízí: „Tým odborníků z Velké Británie, Švédska, SNR a Slovinska, zaštitěný benátskou kanceláří WHO pro investice do zdraví je připraven pomoci v těch problémových oblastech, na něž představitelé krajů upozorní.“

Studii „Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice“ vydal IZPE v roce 2004 v českém jazyce. Publikaci v jazyce anglickém vydala regionální kancelář WHO pro Evropu. V elektronické formě je plný text přístupný na adrese: <http://www.izpe.cz/files/aktuality/46.pdf>



o autorovi

Vít Černý,  
je redaktorem časopisu Zdraví v České republice a šéfredaktorem webu Zdraví a zdravotnictví – [www.zdrav.cz](http://www.zdrav.cz)

**Zadní obálka**

**vnitřek**