

Obsah zásadní výzvy, kterou je změna struktury populace z hlediska výdajů a příjmů zdravotního pojištění, je notoricky znám. Od příští dekády bude zásadně stoupat podíl chronicky nemocných ve vztahu k osobám v aktivním věku. Trend se bude prohlubovat po tři dekády. Zvýšení výdajů, nižší růst příjmů, méně profesionálů a omezení možností státního rozpočtu povedou k zásadní krizi dostupnosti a kvality péče garantované ústavní listinou. To reálně ohrožuje budoucí zdraví a život zejména chudší části populace bez protekce a sociálních kontaktů.

Jediným východiskem je zásadní zvýšení efektivity systému a jeho organizace. Jen v důsledku demografie je uváděna potřeba zvýšení výkonu v průběhu příštích 20 let o 40 %. Tento úkol je mimořádně náročný. Je pak fakticky nerealizovatelný v prostředí vysoké míry státní a politické ingerence. Ta výkon zdravotnictví ve smyslu poměru výdajů a dodávaných služeb dlouhodobě a stále intenzivněji snižuje. Je to důsledek krátkodobosti základních politických motivací, která vede k odsouvání problémů a jejich překrývání pouhým zvýšením přerozdělení prostředků. Více plošná a bezpodmínečná alokace prostředků přitom nevede ke zlepšení jakéhokoliv parametru. Naopak, dochází ke snížení motivací a stále častějšímu výběru přímých plateb. V předpisech lze přitom specifikovat řadu trojských koňů, které funkčnost systému zdravotního pojištění záměrně omezují nebo vylučují (úhradová vyhláška, konflikt zájmů, nevymezení nároku, jedno pojištění).

Potřebujeme tedy zvyšovat výkon, ale reálně ho snižujeme. Není to náhoda, ale důsledek politického řízení, které ze zdravotních pojištění učinilo pouhý nástroj pro financování zdravotnictví. Abychom zajistili péči i v méně příznivých časech, nepotřebujeme revoluci, ale naplnění pojišťovenského systému původně předpokládaným obsahem.

Kancelář zdravotního pojištění ve spolupráci s naprostou většinou zdravotních pojišťoven (ZP) i dalšími subjekty veřejného a hospodářského života přichází s konceptem potřebných systémových změn. Jsou založeny na principech samosprávy (sjednocení postavení ZP na samosprávném principu, omezení konfliktu zájmů v orgánech ZP i při cenotvorbě, řešení společných agend samosprávnými orgány ZP i PZS), solidarity (zavedení postupu přesného vymezení a limitace nároků, vč. ústavou požadovaného základního balíku plně hrazených služeb, ale souběžně též na principech pojmenování a regulace prostoru pro přímé platby) a soutěže (např. možnost ZP přizpůsobit výši pojistného zákonnému rozsahu nároku i vlastní nabídce). Obsahují i řadu dalších změn. Prolíná se jimi potřeba lepší práce s daty, která mohou a mají být základem pro vstup a udržení v úhradách, kultivaci nemocniční i ambulantní sítě z hlediska struktury, ale například i z hlediska dodržování protiepidemických opatření (kvality) a pro další procesy.

Vyzýváme každého, komu záleží na udržitelnosti zdravotnictví, aby úsilí o změny podpořil. Chceme věřit tomu, že jsme již jako společnost dospěli do stavu, kdy budeme schopni komplexní problémy řešit a řešení jen nepředstírat.

Přednáška byla prezentována jako součást fáze odborné diskuse o návrzích systémových změn směřujících k udržitelnosti zdra-

voctví, připravených a prosazovaných v rámci iniciativy Zdravotnictví 2030+ (<https://koncepce.kancelarzp.cz/>)

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0136>

Infekce spojené se zdravotní péčí pro praxi Healthcare-associated infections for practice

Jarmila Kohoutová¹, Petr Smejkal²

¹Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

²Institut klinické a experimentální medicíny Praha, Česká republika

Infekce spojené se zdravotní péčí (dále jen HAI) jsou nežádoucí komplikací při poskytování zdravotní péče související s nárůstem morbidit a mortality, zhoršením kvality života pacientů a zvýšením přímých a nepřímých nákladů na zdravotní péči. Dle platné legislativy mají poskytovatelé zdravotní péče v provozních řádech nastavena opatření k prevenci HAI a minimalizaci jejich výskytu, nicméně je zřejmé, že tyto infekce jsou a budou velkým tématem v rámci preventivních opatření a terapeutických postupů. V České republice se HAI diagnostikují a léčí, problémem zůstává jejich hlášení v rámci poskytovatelů zdravotní péče i sběr dat na celostátní úrovni, kdy legislativa stanoví povinnost při výskytu HAI zjistit příčinu, zdroj, cestu přenosu a provést protiepidemická opatření, přičemž je nezbytné orgánům ochrany veřejného zdraví hlásit hromadný výskyt, těžké poškození zdraví nebo úmrtí pacienta v důsledku HAI. Z uvedeného vyplývá, že v České republice nejsou k dispozici data o výskytu HAI, která by umožnila provádět surveillance HAI komplexně. Základním faktorem v rámci surveillance HAI jsou jednotně používaná kritéria k jejich diagnostice, s jejichž implementací, i pro komplikovanost dostupných evropských definic, mají některé nemocnice problém. Autoři předložili návrh kritérií nejčastěji se vyskytujících HAI (infekce krevního řečiště, pneumonie, infekce horních cest dýchacích, močové infekce, infekce spojené s cévním kateérem, gastrointestinální infekce včetně infekce vyvolané *Clostridium difficile*) vycházejících z kritérií ECDC a kritérií použitých při Evropské bodové prevalenční studii zaměřené na výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí a používání antibiotik (PPS-EU-2023). Kritéria HAI byla navržena tak, aby diagnostika HAI byla jednotná u všech poskytovatelů zdravotní péče (lůžková, ambulantní, jednodenní, ve vlastním sociálním prostředí pacienta) zejména s ohledem na dostupnost laboratorních vyšetření a aby byla maximálně srozumitelná. Komplikovanost kritérií vede totiž často ke zhoršení kvality sbíraných dat.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0137>

Automatizácia a digitalizácia v nemocničnej hygiene a epidemiológii: QUO VADIS? Automation and digitalization in hospital hygiene and epidemiology: QUO VADIS?

Jaroslava Sokolová^{1,2}

¹Fakultná nemocnica Trnava, Oddelenie nemocničnej hygieny a epidemiológie, Trnava, Slovenská republika

²Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Centrum mikrobiológie a prevencie infekcií, Trnava, Slovenská republika