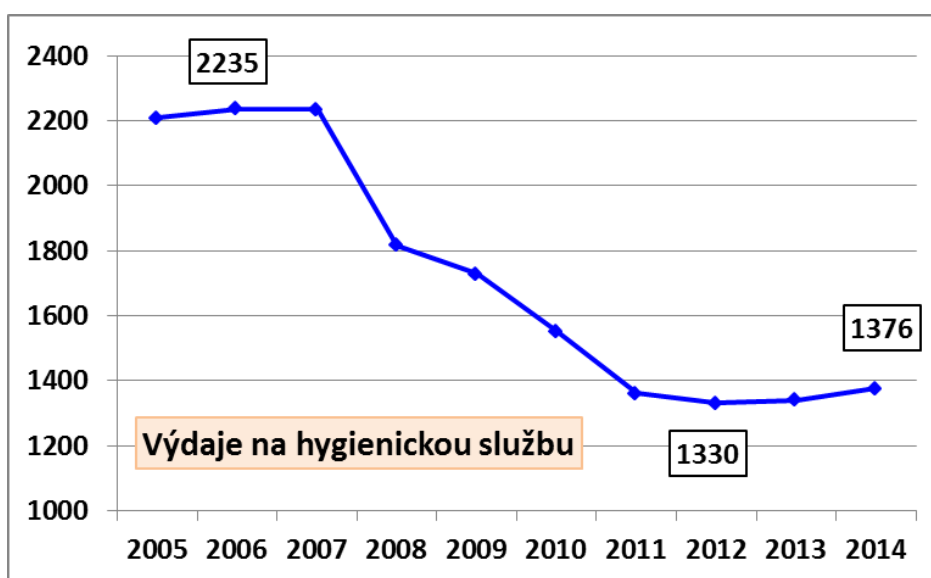


Dopady restrikce v hygienické službě v letech 2006 – 2012 na zajištění ochrany a podpory veřejného zdraví a primární prevence nemocí v ČR

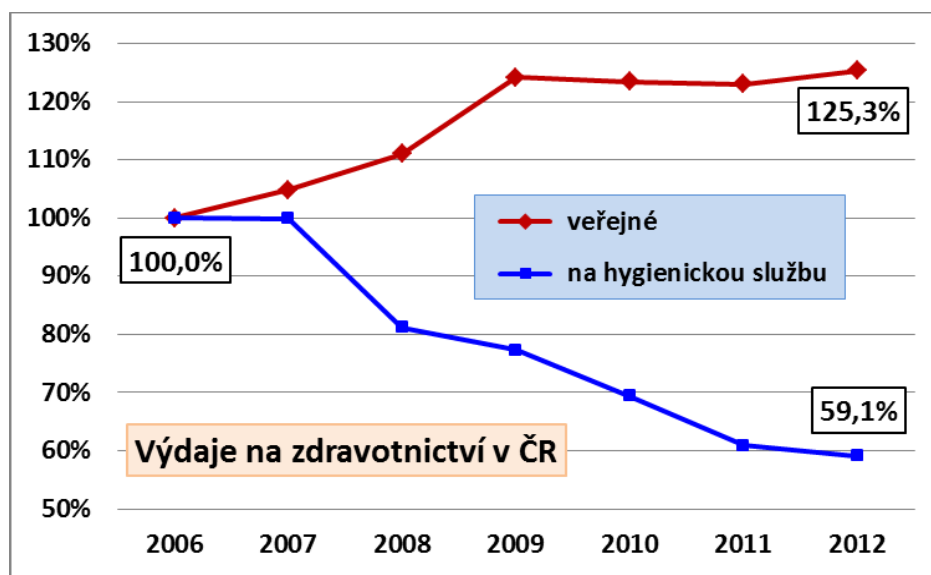
V období mezi roky 2006 až 2012 prošla hygienická služba negativním až destruktivním vývojem vedoucím k destabilizaci systému, k zásadním dopadům do ekonomických, materiálních i personálních kapacit, které ovlivnily a i nadále ovlivňují plnění úkolů v ochraně a podpoře veřejného zdraví, a to vzhledem jak k celkové míře restrikcí, tak k charakteru preventivních opatření, jejichž pozitivní či negativní efekt má dlouhodobý účinek.

Graf č. 1: Výdaje na hygienickou službu v ČR v letech 2005 – 2014 v mil. Kč



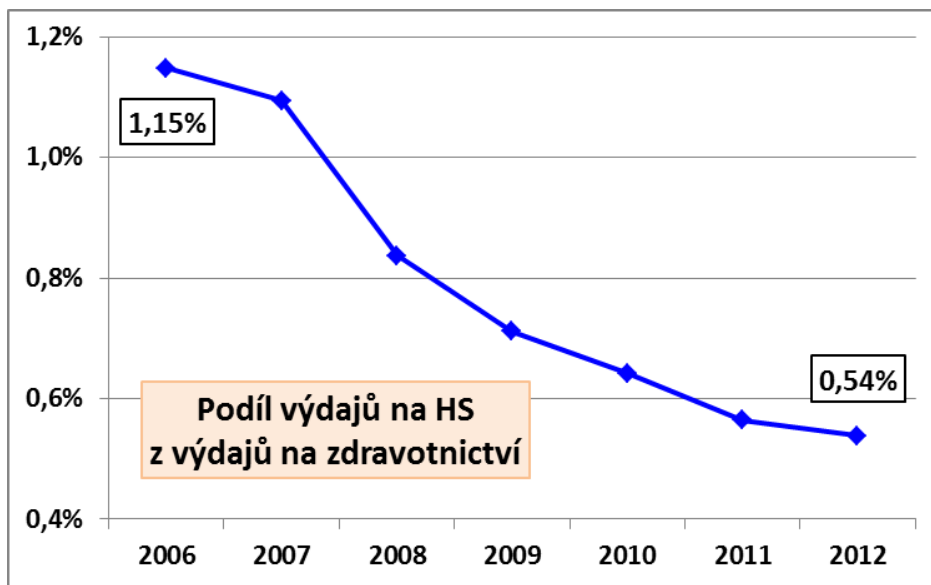
V období let 2006 – 2012 došlo k poklesu výdajů ze státního rozpočtu na hygienickou službu o 906 mil. Kč, tj. o více než 40 %, na rozdíl od toho veřejné výdaje na celý systém zdravotnictví v ČR vzrostly o 26%.

Graf č. 2: Srovnání veřejných výdajů na zdravotnictví a hygienickou službu v ČR v letech 2006 – 2012 v% (rok 2006 = 100%)



Relativní podíl výdajů na hygienickou službu z celkových veřejných výdajů na zdravotnictví klesl v letech 2006 – 2012 z 1,15% na 0,54% (v roce 2001 činil podíl dokonce 1,4%).

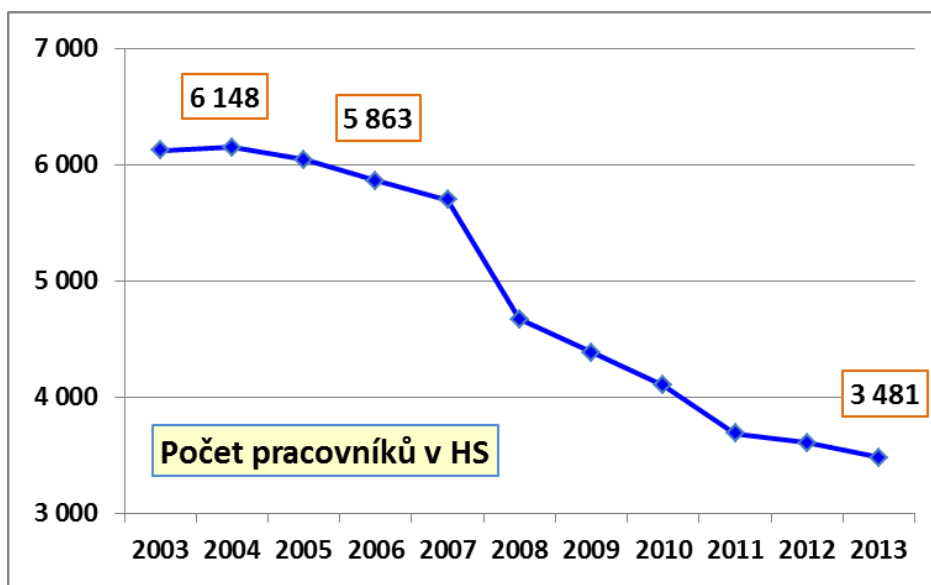
Graf č. 3: Relativní podíl výdajů ze státního rozpočtu na hygienickou službu z celkových veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2006 - 2012



Ochrana veřejného zdraví je nedílná součást zdravotní péče, její zaostávání v řetězci na sebe navazujících aktivit od výchovy ke zdraví, přes podporu zdraví, primární, sekundární a terciární prevenci, primární, sekundární a terciární péči až po následnou a sociálně zdravotní péči, vede k oslabování celého systému péče o zdraví v České republice a jeho neefektivitě.

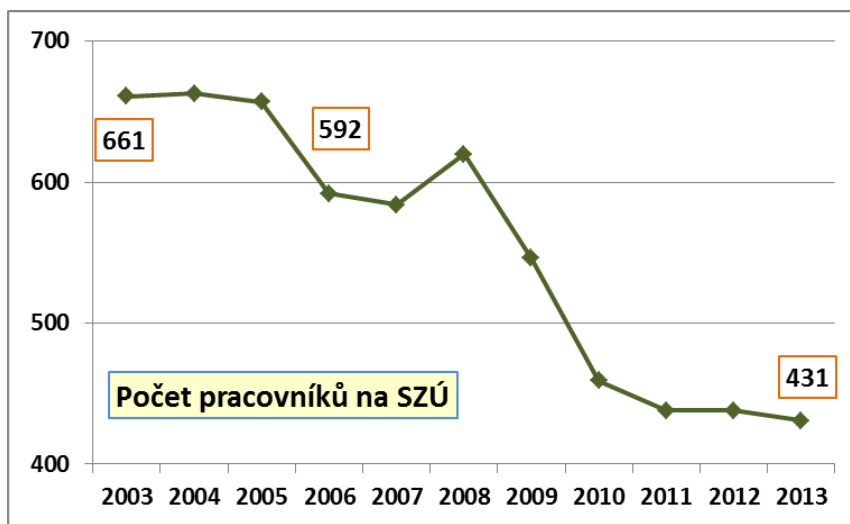
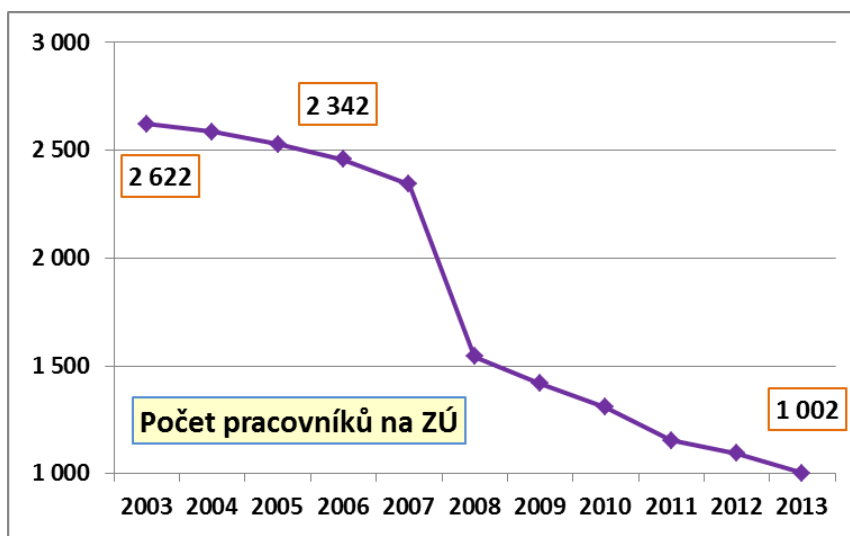
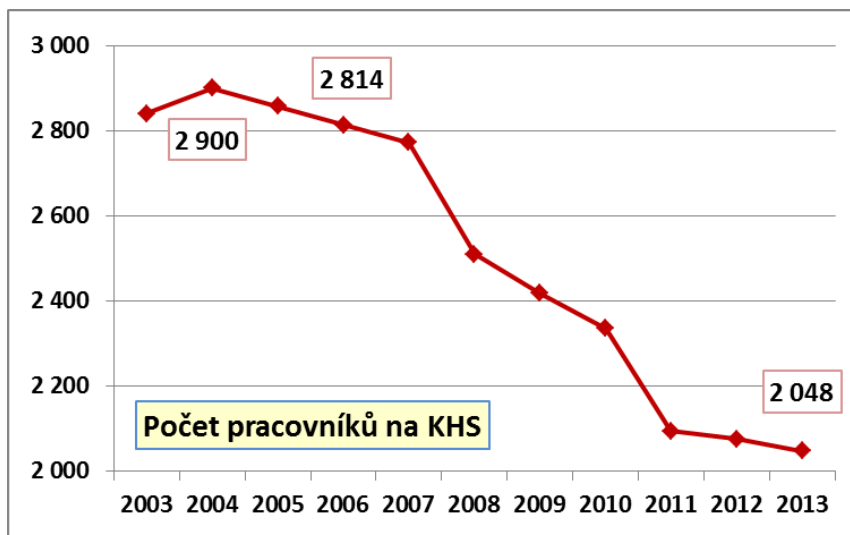
Restrikce v hodnoceném období se promítly zejména do personálního vývoje, v letech 2004 – 2013 poklesl počet pracovníků v hygienické službě celkem o 2 667 pracovníků, tj. o 43 %.

Graf č. 4: Vývoj počtu pracovníků v systému hygienické služby v ČR v letech 2003 – 2013



Pokles pracovníků zasáhl všechny čtyři složky systému ochrany veřejného zdraví, tj. jak krajské hygienické stanice, tak Státní zdravotní ústav, zdravotní ústavy i sekci hlavního hygienika na Ministerstvu zdravotnictví ČR.

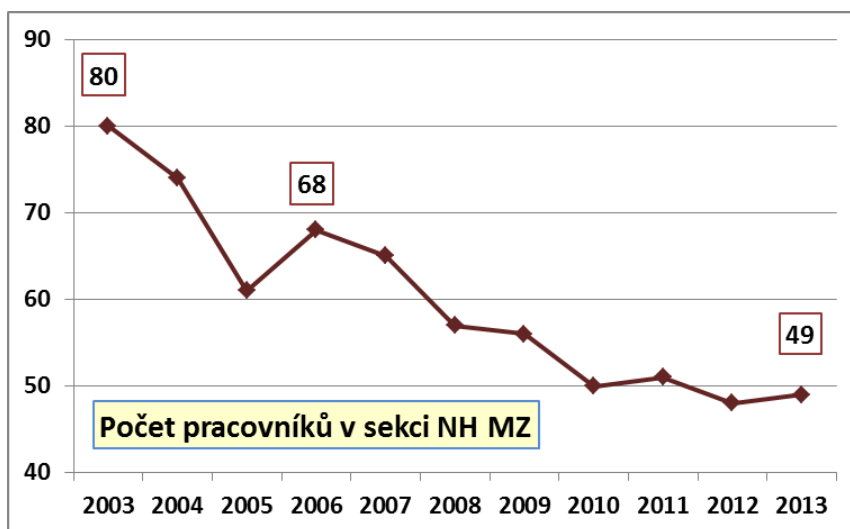
Grafy č. 5 – 7: Vývoj počtu pracovníků v jednotlivých složkách hygienické služby v ČR v letech 2003 – 2013



Negativní vývoj v minulém období, tj. především v letech 2006 – 2012 byl zapříčiněn mimo jiné nedostatky v řízení – byla nejasná koncepce, nestabilita systému (jen v průběhu několika let prošla hygienická služba tzv. procesy: transformace, restrukturalizace či naposledy optimalizace), selhávala rezortní i mezirezortní koordinace ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, objevily se hrubé manažérské chyby jako např. absence hodnocení pracovníků či zpráv o činnosti hygienické služby.

Významný podíl na tomto aspektu mělo i zásadní oslabení řídicí složky, tj. sekce Hlavního hygienika (NH) na Ministerstvu zdravotnictví ČR, kde došlo v průběhu let 2003 – 2013 k poklesu počtu pracovníků o 31 pracovníků, tj. o 39%.

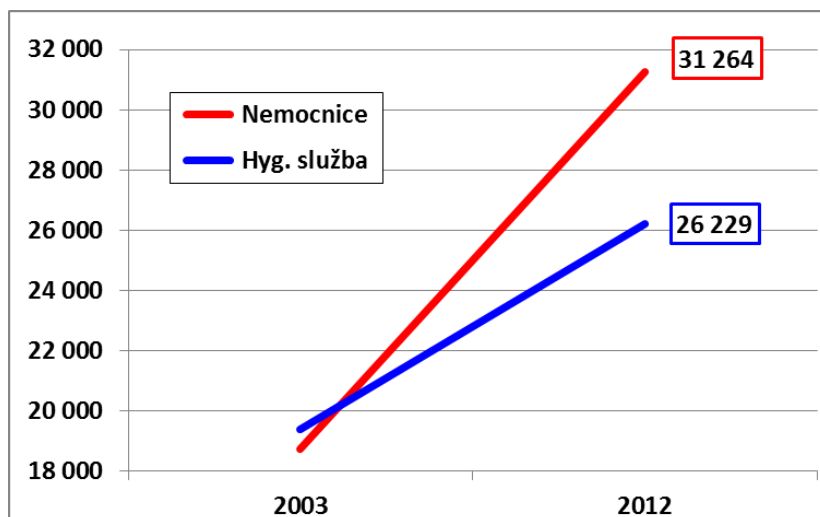
Graf č. 8: Vývoj počtu pracovníků v sekci NH na MZ ČR v letech 2003 – 2013



Kromě celkového poklesu pracovníků se na destabilizaci systému významně podílela celková frustrace z vývoje, pocitu nemožnosti věci měnit, pramenícího z faktické personální politiky, nedemokratických principů řízení a nízké motivace.

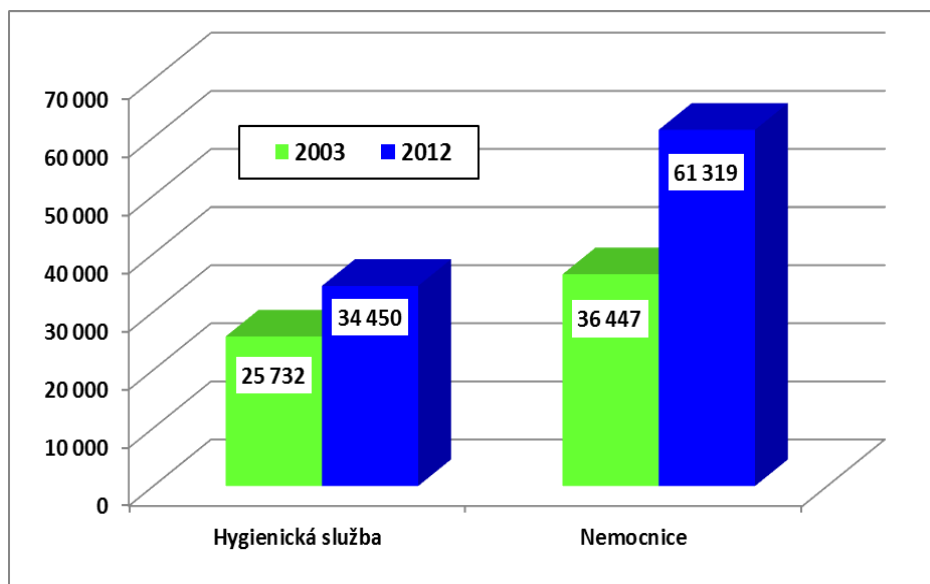
Nedostatečné finanční ohodnocení zaměstnanců v hygienické službě, jejichž platy jsou výrazně nižší než např. v nemocnicích, vede k nezájmu odborně kvalifikovaných a erudovaných pracovníků a absolventů lékařských fakult o práci v hygienické službě, tj. v ochraně a podpoře zdraví.

Graf č. 9: Průměrné platy odborných pracovníků v hygienické službě a v nemocnicích v Kč



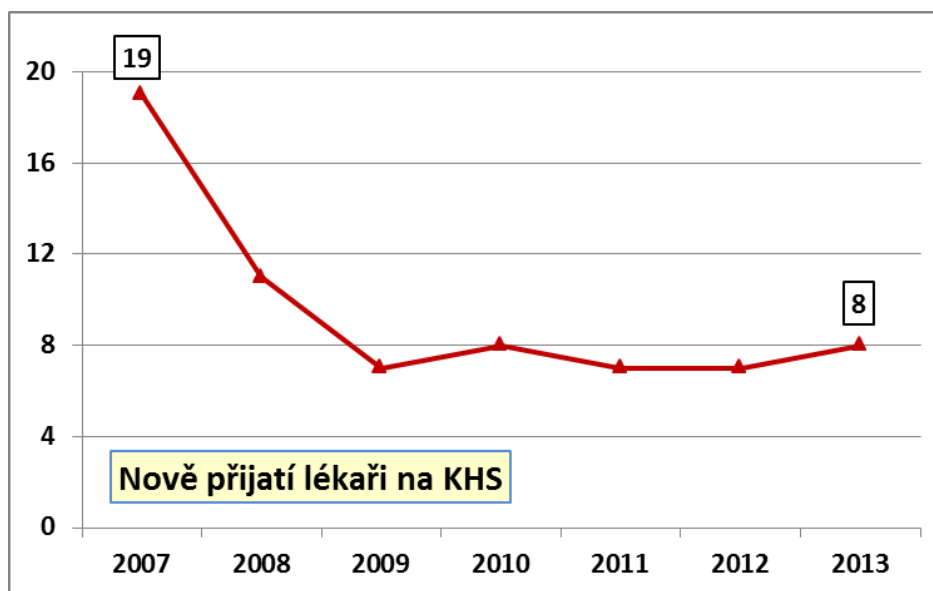
Značné rozdíly v platech pracovníků v hygienické službě a v nemocnicích jsou jak mezi odbornými pracovníky celkem, tak i mezi lékaři – **platy lékařů v nemocnicích byly v roce 2012 téměř o 80% vyšší než u lékařů v systému ochrany a podpory veřejného zdraví.**

Graf č. 10: Průměrné platy lékařů v hygienické službě a v nemocnicích v KČ



Nedostatečné finanční ohodnocení a nestabilita systému se projevuje především **klesajícím počtem nově nastupujících lékařů či jejich předčasným odchodem** na jiná pracovní místa, která jsou výrazně lépe placená a technicky zabezpečená.

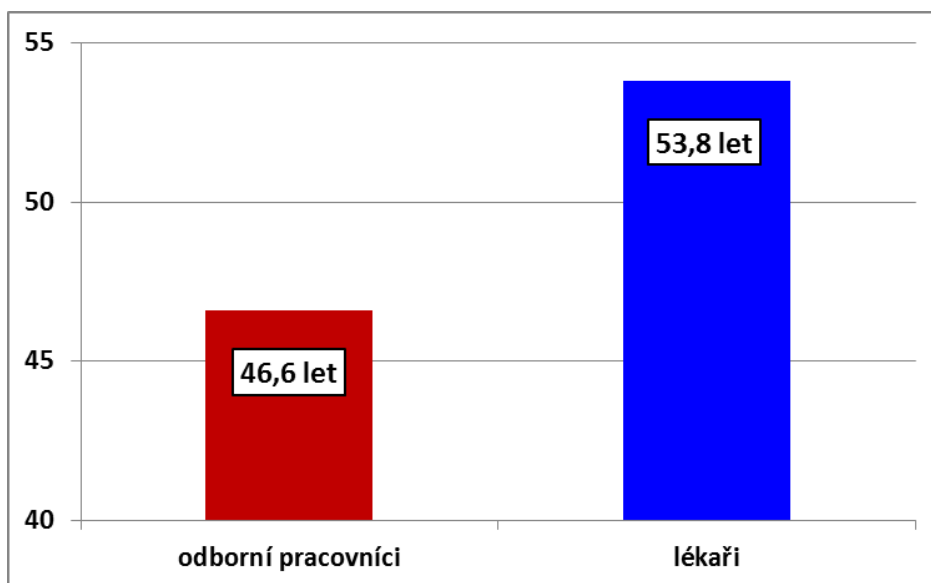
Graf č. 11: Počty nově přijatých lékařů na KHS v ČR v letech 2006 – 2013



V návaznosti na několik let trvající snižování počtu zaměstnanců již v dnešní době nejsou všechna územní pracoviště KHS v některých oborech zajištěna atestovanými lékaři (za poslední tři roky atestoval v hygienické službě pouze jediný lékař), mnozí odborníci proto musí zajišťovat svoji činnost pro dvě i tři územní pracoviště krajských hygienických stanic.

Negativní personální vývoj v počtu odborných pracovníků i lékařů v hygienické službě je potencován zanedbanou generační obměnou a stárnutím personální kapacity hygienické služby.

Graf č. 12: Průměrný věk odborných pracovníků a lékařů na KHS v ČR (k 31. 12. 2013)



Došlo také k výraznému omezení dalšího vzdělávání, zejména účasti pracovníků na odborných seminářích, kurzech a podobných akcích vč. postgraduálního vzdělávání, došlo i k omezení nákupu odborné literatury, což snižuje odborný růst pracovníků KHS.

Restriktivní ekonomická opatření velmi dramaticky ovlivnila nejen personální situaci, ale i materiálně technické zabezpečení pracovníků KHS. Situace ve vybavení technikou IT je na většině KHS velmi tristní, stávající vybavení IT je zastaralé, pracovníci KHS nejsou při práci v terénu vybaveni mobilní technikou s možností připojení na internet apod. Nakupovány byly velmi často repasované počítače, mnohde i vyřazované z jiných státních institucí. Na nedostatečné úrovni je i vybavení další potřebnou technikou, jako jsou termoizolační boxy na přepravu vzorků, tiskárny, kopírky, fotoaparáty apod.

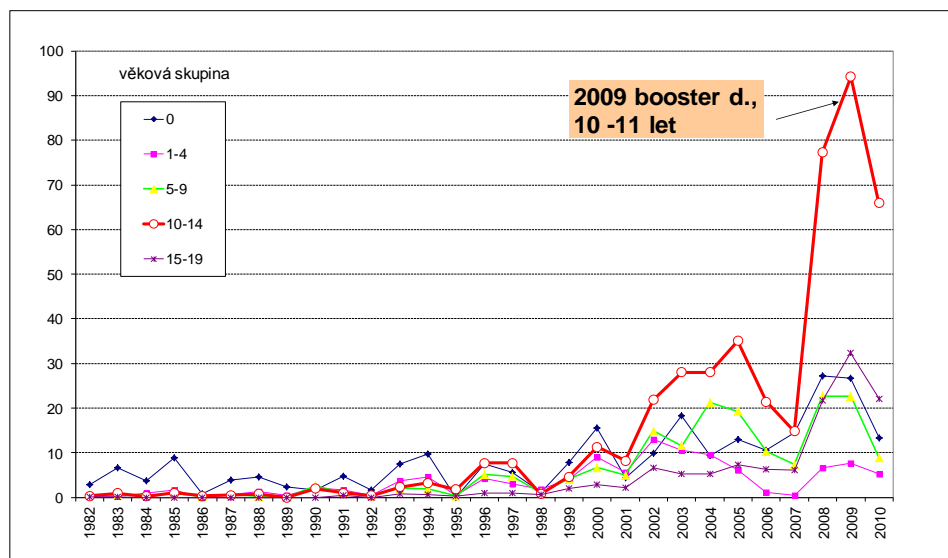
Z důvodu značné finanční restrikce došlo k velmi nepříznivé situaci i v investiční oblasti. KHS v posledních letech prakticky jen výjimečně realizovaly větší investiční akce týkající se rekonstrukce budov, topení, instalací, telefonních ústředěn apod. Opravy a obnova majetku se prováděly pouze v případech havárií za účelem zajištění alespoň prosté funkčnosti. Na minimum je omezena i běžná údržba budov. **Stávající deficit v údržbě majetku KHS je odhadován na desítky milionů korun.**

Hlavní negativní dopady finančních a personálních restrikcí do plnění úkolů ochrany a podpory veřejného zdraví:

Ohrožení připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení výskytu vysoce nebezpečné nákazy personálním oslabením hygienické služby, která ve stávajících podmínkách jen obtížně staví potřebné výjezdní skupiny a drží pohotovost v případě vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu či jiné krizové situace. S ohledem na výše uvedenou neatraktivitu oboru a v hodnoceném období neřešený věkový vývoj **hrozí, že bude v horizontu několika málo let nemožné tyto činnosti odborně a personálně zajistit.**

Odborně neodůvodněné přerušení provádění pravidelných sérologických přehledů dané výhradně finanční restrikcí a vedoucí ke zbytečné epidemii pertuse. Pravidelné sérologické přehledy slouží k monitorování kolektivní imunity a následným úpravám očkovacího schématu. Vynecháním provedení sérologických přehledů v roce 2006 nebyl zjištěn pokles imunity proti černému kašli v populaci mladistvých a **úprava očkovacího schématu přišla až na základě epidemie.**

Graf č. 13. Incidence pertuse (na 100 000 obyvatel) dle věku v ČR v letech 1982 – 2010

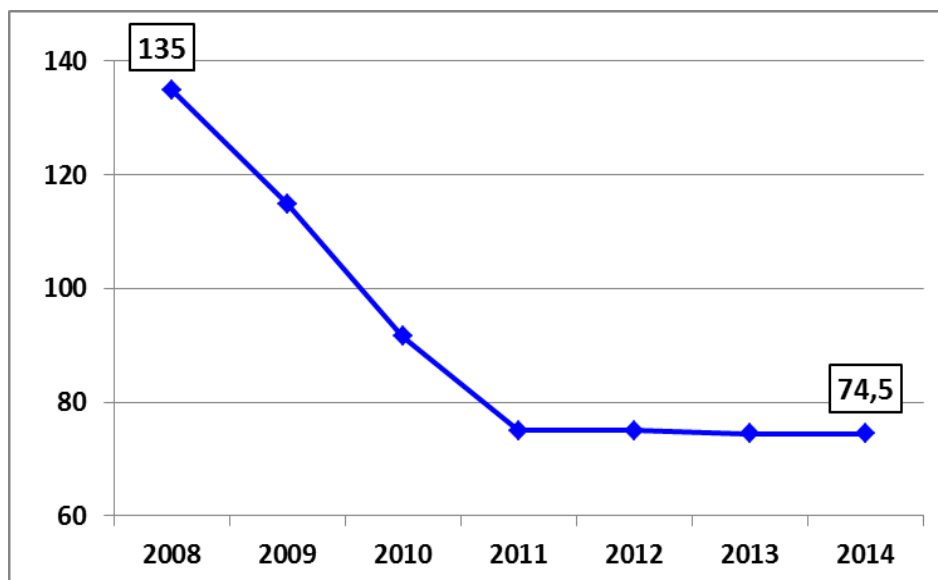


Významné zpoždění implementace programu WHO Zdraví 2020 zejména pro opakované odložení aktualizace předchozího zdravotně politického materiálu Zdraví 21, jeho analýzy a potřebných příprav včetně smluv s WHO, nutných překladů a nevytvořením systémového zázemí programu. Úkol na aktualizaci Zdraví 21 se poprvé objevil v usnesení vlády č. 1433 ze dne 19. prosince 2007 s termínem předložení aktualizovaných cílů dokumentu do 30. června 2008. Termín byl pak v průběhu následujících 6 let několikrát odsunut (UV 748/2008, UV 484/2010, UV 575/2011, UV 60/2012). Přitom již v roce 2010 bylo stanoveno, že samotné aktualizaci Zdraví 21 bude předcházet analýza plnění jednotlivých cílů a byly k tomuto zřízeny dvě pracovní skupiny (resortní a meziresortní). Analýza byla dokončena až v polovině roku 2013, kdy byl také usnesením vlády č. 607/2013 úkol aktualizovat Zdraví 21 nahrazen tvorbou národní verze Zdraví 2020. Absence definice konkrétního strategického směřování v oblasti podpory a ochrany zdraví a primární prevence se mimo jiné odrazila i v plánování priorit pro čerpání Evropských fondů v období 2014-2020, kde se výrazněji prosadily jiné oblasti zdravotnictví, zatímco pro rozvoj ochrany a podpory zdraví a primární prevenci nebyly z EF čerpány prakticky žádné prostředky. Rovněž tak vznikl akutní požadavek na dokončení národní varianty Zdraví 2020 do konce roku 2013, jako ex-ante kondicionalita Evropská komise pro to, aby Česká republika vůbec mohla evropské prostředky v následujícím období čerpat. **Výslednou Národní strategii Zdraví 2020 se podařilo vytvořit navzdory nedostatečné personální a finanční podpoře a omezenému časovému rámci.**

Zanedbání strategických hlukových map (SHM). MZ je ze zákona garantem agendy směrnice 2002/49/EC o řízení a snižování hluku v životním prostředí, na jejímž základě **ministerstvo v pětiletých cyklech pořizuje strategické hlukové mapy**, koordinuje tvorbu akčních plánů (AP) protihlukových opatření a reportuje výsledky Evropské komisi. Přestože se jedná o zákonnou povinnost, závazné termíny pro zhotovení SHM a AP stanovené EK se v minulých letech nepodařilo dodržet, takže **hrozí sankce ze strany EK**. Strategickým hlukovým mapám nebyla minulým vedením hygienické služby a MZ přisouzena potřebná priorita a pozornost, **SHM nebyly zařazeny mezi ze zákona vyplývající mandatorní agendu MZ.**

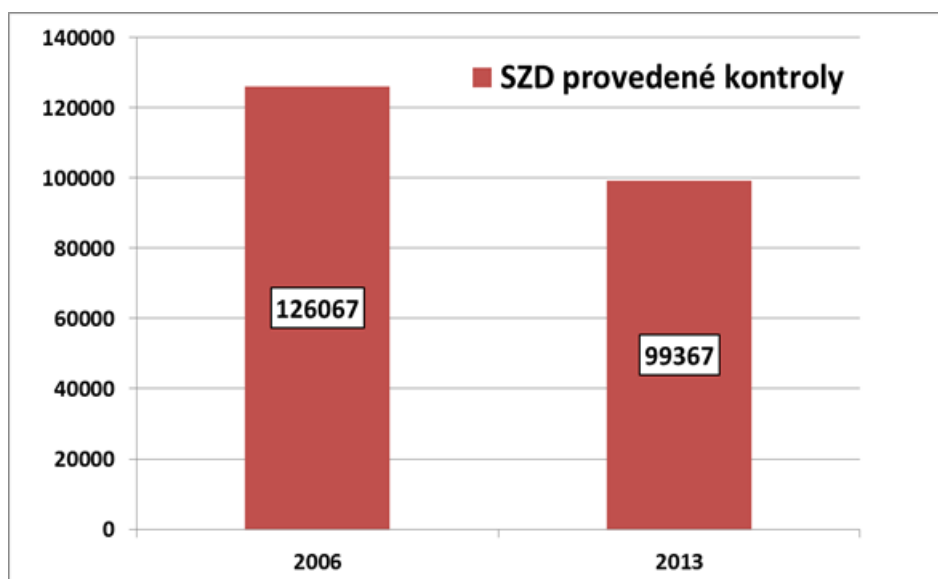
Snížení prostředků na laboratorní a další odbornou podporu ochrany a podpory veřejného zdraví a zajištění státního zdravotního dozoru, vč. odběru vzorků, měření hluku, vnitřního prostředí staveb, ověřování výrobků ve styku s pitnou vodou či stěrů u činností epidemiologicky závažných, provádění šetření zdravotního stavu či monitoringu životních podmínek atd. V rozmezí let 2008 – 2014 došlo k poklesu těchto prostředků ze státního rozpočtu o 60,5 mil. Kč, tj. o 44,8%.

Graf č. 14: Prostředky ze státního rozpočtu na financování laboratorní a další odborné podpory státního zdravotního dozoru v letech 2008 – 2014 v mil. Kč



Snížení objemu plánovaného státního zdravotního dozoru. Vzhledem k tomu, že nelze omezit činnosti v ochraně veřejného zdraví spojené s výskytem infekčních nemocí, chorob z povolání či vydávání stanovisek dotčeného orgánu státní správy např. při stavebních řízeních, byl oblastí nejvíce postiženou restrikcí počtu zaměstnanců **plánovaný státní zdravotní dozor (SZD)**. Počet předepsaných kontrol v rámci SZD klesl v období let 2006 – 2013 o 21,1%, přičemž počet odborných zaměstnanců na KHS poklesl o 28,4%.

Graf č. 15: Plánovaný státní zdravotní dozor (počet předepsaných kontrol) – srovnání v letech 2006 a 2013

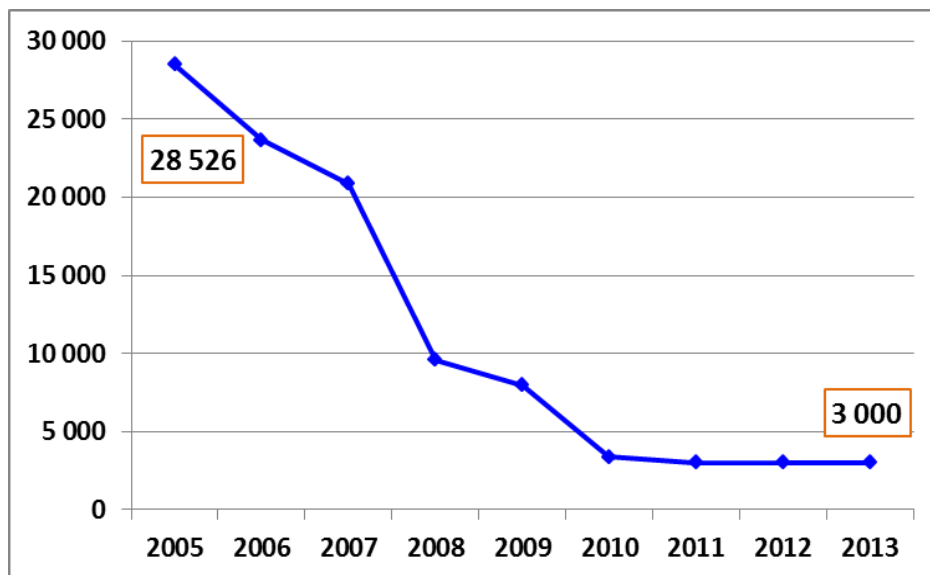


Rozpad plošné sítě pracovišť zajišťujících odborné služby v podpoře zdraví, primární prevenci nemocí a výchově ke zdraví vč. zdravotní gramotnosti. Po reorganizaci hygienické služby zajišťovaly tuto činnost od roku 2008 regionální pracoviště Státního zdravotního ústavu, 8 z nich však bylo v důsledku výrazné restrikce finančních prostředků následně bez náhrady zrušeno, zůstalo pouze 6 těchto pracovišť, které jsou v rámci ČR nerovnoměrně rozloženy a nezajišťují svoji činnost mimo území svých krajů. **Z původních 106 pracovníků těchto pracovišť zabezpečuje podporu zdraví a související činnosti v současné době pouze 25 pracovníků.**

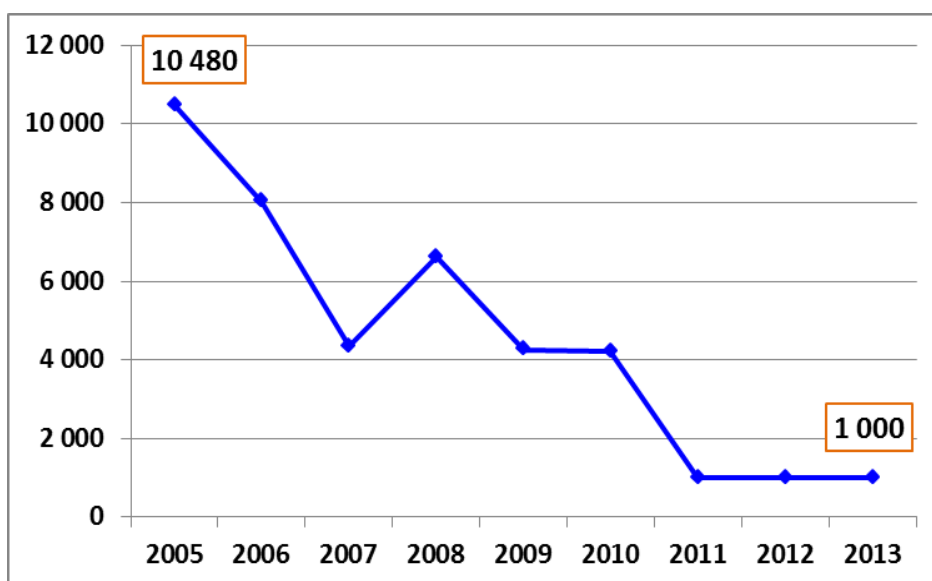
Omezení počtu Poraden AIDS. V roce 2006 existovalo v ČR 54 těchto poraden, které byly provozovány zejména zdravotními ústavy a částečně i KHS a pokrývaly území ČR rovnoměrně. V roce 2014 je Poraden AIDS provozováno v celé ČR pouze 23, přičemž v rámci hygienické služby pouze 13 s tím, že jejich umístění je velmi nerovnoměrné. Důsledkem toho je značné snížení dostupnosti služeb v oblasti HIV/AIDS a dalších pohlavních nákaz, zejména pak omezení odběrů krve na potřebná vyšetření a omezení poradenských a osvětových služeb.

Výrazné omezení finančních prostředků v rámci dotačních titulů MZ ČR. Projekty prevence HIV/AIDS nákazy byly v roce 2005 podpořeny ze strany MZ dotací v celkové výši 28,5 mil. Kč (podpořeno bylo 42 projektů), v roce 2013 se jednalo již o částku ve výši 3 mil. Kč (19 projektů). Realizované projekty podpory zdraví v rámci dotačního programu Národní program zdraví byly v roce 2005 dotovány celkovou částkou ve výši 10,5 mil. Kč (podpořeno 118 projektů), v roce 2013 již pouze částkou 1 mil. Kč (14 projektů).

Graf č. 16: Finanční prostředky vynaložené MZ ČR na realizaci projektů prevence HIV/AIDS v letech 2005 – 2013 v tis. Kč



Graf č. 17: Finanční prostředky vynaložené MZ ČR na realizaci projektů podpory zdraví v letech 2005 – 2013 v tis. Kč



Výrazné omezení činností v rámci Monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí. Zatímco v roce 2008 byly tyto aktivity financovány (ze SR prostřednictvím SZÚ) částkou ve výši 26,1 mil. Kč, tak v roce 2013 pouze částkou ve výši 3,9 mil. Kč. V důsledku toho došlo ke značnému omezení činností a tím i k absenci podkladů zejména pro hodnocení zdravotních rizik a hodnocení vývoje zdravotního stavu obyvatel a jeho determinant.

Omezení metodického vedení a činností v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví – jedná se zejména o hodnocení nutriční úrovně pokrmů, školení hygienického minima pro pracovníky ve stravování, HIA-hodnocení vlivu na zdraví, hodnocení zdravotních rizik, oblast nebezpečných chemických látek či přípravků pro ochranu rostlin apod.

Negativní vývoj v minulém období má dlouhodobý dopad, jeho řešení spočívá v systémových změnách v řízení celé oblasti ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, včetně samotné hygienické služby, které jsou obsaženy a realizovány ve schválené „Koncepci ochrany a podpory zdraví prevence nemocí“. Nezbytnými podmínkami jejího úspěšného naplnění je zejména:

- a) Řešení přechodu orgánů ochrany veřejného zdraví jako nedílné součásti zdravotní péče do režimu služebního zákona a tedy odborné státní správy **zohledňující nutnou zdravotnickou odbornost** hygienické služby.
- b) **Podpora proporcionálního rozvoje hygienické služby** v rámci systému zdravotní péče České republiky tak, aby nedocházelo dále k propadu tohoto sektoru péče o zdraví. Vzhledem k předcházejícímu vývoji **považujeme za odůvodněnou proporcionální úroveň ve výši 1% podílu z veřejných výdajů na zdravotní péči, tj. návrat na úroveň před začátkem restriktivních opatření v roce 2006.**
- c) **Zohlednění realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí při schvalování státního rozpočtu v následujících letech.**

Zpracoval: MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D., náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR, MZ ČR dne 2. 9. 2014.