

Strategie rozvoje zdravotnictví Středočeského kraje mezi léty 2014 – 2020

Středočeský kraj



Finální verze

2015

Obsah

1.	Úvod.....	6
10.1.	Důvody a cíle.....	6
10.2.	Forma.....	7
2.	Manažerské shrnutí.....	8
3.	Role krajů v systému zdravotnictví a popis použité metodiky.....	12
3.1.	Možnosti rozvoje z pohledu krajských reprezentací.....	12
3.2.	Limitace rozvoje vyplývající ze současného legislativního a institucionálního uspořádání.....	14
3.3.	Popis metodiky zpracování dat.....	16
4.	Profil Středočeského kraje.....	18
4.1.	Zdravotní stav populace Středočeského kraje.....	18
4.1.1.	Zhoubné novotvary.....	19
4.1.2.	Infekční onemocnění.....	23
4.1.3.	Chronická onemocnění.....	24
4.1.4.	Nemoci oběhové soustavy.....	25
4.1.5.	Alergie a astma.....	26
4.1.6.	Základní léčebné kapacity – akutní lůžková péče.....	28
4.2.	Analýza profilu Středočeského kraje.....	32
4.2.1.	Prevence.....	32
4.2.2.	Rozvoj návazné péče.....	32
4.2.3.	Kooperace poskytovatelů.....	33
5.	Komparativní SWOT analýza zdravotnictví Středočeského kraje.....	33
5.1.	Silné stránky.....	34
5.1.1.	Dostatek zdravotnického personálu.....	34
5.1.2.	Dostatek akutních lůžek.....	34
5.1.3.	Vysoká míra dostupnosti péče.....	36

5.1.4.	Zkracování průměrné délky hospitalizace.....	37
5.2.	Slabé stránky.....	40
5.2.1.	Průměrná délka dožití.....	40
5.2.2.	Kojenecká úmrtnost.....	41
5.2.3.	Regionální nerovnost v přístupu k péči – selhávání ambulantní péče.....	42
5.2.4.	Centrálnost zdravotních politik.....	44
5.2.5.	Zneužívání systému.....	45
5.2.6.	Nízký přírůstek lékařů.....	46
5.2.7.	Souhrn.....	49
5.3.	Příležitosti.....	49
5.3.1.	Tlak na narovnání plateb ve zdravotnictví.....	50
5.3.2.	Pobídky pražským lékařům.....	50
5.3.3.	Motivace mediků.....	51
5.3.4.	Optimalizace lůžkového fondu.....	55
5.4.	Hrozby.....	59
5.4.1.	Demografický vývoj.....	59
5.4.2.	Nedostatek zdravotně-sociálních lůžek.....	63
5.4.3.	Věková struktura lékařů primární péče.....	65
5.5.	Shrnutí SWOT analýzy.....	68
6.	Představení složek poskytovatelů zdravotních služeb ve Středočeském kraji.....	69
6.1.	Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje.....	69
6.2.	Pohotovostní služba.....	74
6.3.	Poskytování primární péče.....	77
6.4.	Všeobecní praktičtí lékaři.....	78
6.5.	Praktičtí lékaři pro děti a dorost.....	82
6.6.	Ambulantní gynekologové.....	83
6.7.	Praktičtí zubní lékaři.....	84

6.8.	Primární péče – shrnutí.....	85
6.9.	Specializovaná ambulantní péče.....	86
6.10.	Lůžková zařízení akutní péče (nemocnice).....	92
7.	Popis připravenosti resortu zdravotnictví Středočeského kraje na podmínky čerpání prostředků kohezních politik 2014-2020.....	96
7.1.	Aktuální stav oblastních nemocnic.....	96
7.2.	Oblastní nemocnice Kladno, a. s., nemocnice Středočeského kraje.....	99
7.3.	Oblastní nemocnice Kolín, a. s., nemocnice Středočeského kraje.....	101
7.4.	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., nemocnice Středočeského kraje.....	110
7.5.	Oblastní nemocnice Příbram, a. s., nemocnice Středočeského kraje.....	113
7.6.	Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje.	120
7.7.	Návrh směřování krajských nemocnic v letech 2015 až 2020.....	127
7.8.	Návazná péče.....	128
7.9.	Zhodnocení návazné péče.....	132
8.	Legislativní rámec.....	136
8.1.	Úvod a základní údaje o poskytování zdravotních služeb.....	136
8.2.	Profesní organizace.....	143
8.3.	Poskytování péče občanům EU.....	143
8.4.	Financování zdravotní péče.....	144
8.5.	Věřejné zdravotní pojištění.....	145
8.6.	Pojištěnec, jeho práva a povinnosti.....	148
8.7.	Zdravotničtí pracovníci.....	150
9.	Představení aktuálních trendů v oblasti řízení zdravotnictví.....	152
9.1.	Management zdravotnických celků.....	152
9.2.	Specifika ČR.....	155
9.3.	Řízení zdravotnických celků v ČR.....	157

9.3.1.	Racionalizace poskytované péče.....	159
9.3.2.	Neziskový charakter poskytovatelů.....	160
9.3.3.	Finanční řízení.....	161
9.3.4.	Efektivita a transparentnost.....	163
9.3.5.	Léková politika.....	164
9.3.6.	Health Technology Assesment (HTA).....	165
9.3.7.	Kvalitativní kritéria řízení.....	167
9.3.8.	Lean Healthcare.....	170
9.3.9.	Technologické trendy.....	172
9.3.10.	Řízení lidských zdrojů.....	175
10.	Závěr.....	177
10.1.	Rozvoj návazné péče.....	177
10.2.	Podpora prevence.....	178
1	Průzkum priorit v oblasti zdravotnictví z pohledu zástupců politických stran.....	178
2	Seznam použité literatury.....	181

1. Úvod¹

10.1. Důvody a cíle

Dokument „Strategie rozvoje krajského zdravotnictví Středočeského kraje v letech 2014 – 2020“ vznikl coby základní koncepční dokument zdravotnického odvětví ve Středočeském kraji. Prvořadým impulsem, který vedl k jeho sepsání, byla snaha shromáždit v jediném materiálu základní údaje o středočeském zdravotnictví, svou aktuálností korespondující s datem vzniku tohoto materiálu, a vytvořit tak úhelný kámen pro stavbu tezí, které by představovaly primární záchytné body tvorby krajské zdravotnické politiky v naznačeném období. Rozmezí let 2014 až 2020 se totiž nejen shoduje s Programovým obdobím 2014-2020, jež se vyznačuje změnou směřování toku dotačních prostředků z Evropských strukturálních a investičních fondů do oblasti zdravotnictví², ale doposud přineslo i výrazné přehodnocení národní zdravotnické politiky v důsledku uplatnění výsledků posledních voleb do Poslanecké sněmovny České republiky, konaných na podzim roku 2013. V reakci na toto dění se tedy jeví jako stěžejní zformulovat zásady, alespoň rámcově jednotící postup v předmětném odvětví na krajské úrovni, a tak – přinejmenším ve střednědobém horizontu – umožnit vytěžení maxima ze současných trendů, ale i omezit vliv případných negativních úkazů, doprovázejících nejen transformaci přístupu ke zdravotnickému prostředí a jeho financování.

Tento dokument má předchůdkyni v podobě „Koncepce zdravotnictví ve Středočeském kraji“³ z roku 2004. Zastaralost zmíněné koncepce, byť ve své době podnětně reagovala na podobně důležité mezníky, jakými se zabývá předkládaná strategie, je dalším důvodem sepsání tohoto dokumentu. Z téhož důvodu jí bohužel nebylo možné využít coby jeden z pramenů této práce, poněvadž absencí pravidelných kontrol platnosti jejich jednotlivých bodů se stala zastaralou až k nepoužitelnosti.

1 Předkládaný dokument byl vypracován společností Ivy Street s.r.o. (www.ivystreet.eu), Na Chmelnici 9/1957, 130 00 Praha 3 na základě smlouvy o poskytování služeb ze dne 31. srpna 2015 pro Středočeský kraj. První draft dokumentu byl objednateli odevzdán dne 29. října 2015. Tento dokument byl připraven pro účely vedení Středočeského kraje.

2 Viz např. Programový dokument Integrovaného regionálního operačního programu, Investiční priorita 9a prioritní osy 2: Investice do zdravotnické a sociální infrastruktury,[...].

3 Přijaté Zastupitelstvem kraje usnesením č. 1-18/2004/ZK.

Třetím popudem pro zpracování titulního tématu je stanovení metodologického a metodického východiska nejen pro rozhodování samosprávných orgánů Středočeského kraje, leč také relevantních úředníků Krajského úřadu Středočeského kraje, kteří by na bázi zde vyjádřených myšlenek měli koncipovat jak případné dílčí materiály, rozpracovávající tuto strategii, tak konkrétní opatření v rámci krajského zdravotnictví. Vše s cílem zachovat konzistentní postup a vyvarovat se zmatečnosti.

10.2. Forma

Celý spisek je psán s ohledem na snahu naznačit budoucí vývoj a tím napomoci přijímání ideově celistvých rozhodnutí, pročež se zde čtenář může setkat s formulacemi, stojícími na slovesném způsobu podmiňovacím. Je třeba mít na zřeteli, že autoři jím pouze chtějí vyjádřit nemožnost absolutně přesné predikce budoucích dějů, kterýžto zápor si se sebou nese každá prognóza. Nejedná se tedy o pobídku k neomezeně volnému výkladu daného tvrzení, či snad o jeho negaci.

S předchozím odstavcem souvisí skutečnost, že zde rozpracované téma je živé. Tzn., že v průběhu sledovaného období se premisy této strategie mohou i dosti radikálně měnit. Autoři proto doporučují provádět alespoň periodické revize celého dokumentu – a případných návazných dílčích koncepcí – za účelem udržení vysoké míry jeho pravdivosti, tj. využitelnosti k plnění zde stanovených (respektive, všech relevantních) cílů. S tímto vědomím je také strategie strukturována poněkud detailněji, aby mj. bylo možné lépe definovat její části, ovlivněné potenciálně vzniknuvšími novelami. Výjimku z tohoto přístupu tvoří kapitola č. 2, Manažerské shrnutí, a to díky svému spíše přehledovému charakteru.

K členění celé koncepce je dále nutné podotknout následující – vzhledem k zamýšlené variabilitě užití tohoto materiálu (viz výše) a zároveň širokého tematického záběru, bylo přistoupeno k začlenění nejen klasického závěru, leč zároveň každá kapitola, potažmo podkapitola, obsahuje samostatné shrnutí svého textu. Toto opatření má za cíl zjednodušit exploataci celého dokumentu, neboť umožní rychlejší okamžitou orientaci ve zrovna zkoumané látce.

Celkově vzato, základní shrnutí se nachází v již zmíněné kapitole č. 2, nosné myšlenky jsou rozpracovány v kapitolách č. 3 až 7. Kapitoly č. 8 a 9 jsou podpůrného a příručního typu, majíce zajistit přehledovou orientaci v tématu zdravotnictví a zdravotnické legislativy, nebo čtenáři vypomoci s obecně přijímanou nebo legislativní definicí toho kterého pojmu či procesu. Nakonec je přiložen průzkum mínění zastupitelů k vývoji v krajském zdravotnictví a seznam použité literatury a pramenů.

2. Manažerské shrnutí

Středočeský kraj bude v oblasti zdravotnictví v letech 2015 až 2020 čelit výzvám, ze kterých plyne několik klíčových oblastí, které vyžadují speciální pozornost. Z hlediska zdravotního stavu a demografického vývoje středočeské populace je klíčovým hlediskem fakt, že populace Středočeského kraje se rozrůstá a zároveň stárne. Vytváří se tímto způsobem tlak na zvyšování kapacity zdravotní péče v určitých oborech a to jak z titulu vyššího počtu obyvatel, tak z titulu měnící se věkové struktury. Z hlediska Středočeského kraje jsou zásadní výzvou především choroby, na které populace trpí nejvíce a které jsou nejčastějšími příčinami úmrtí. Těmi jsou ve Středočeském kraji kardiovaskulární choroby a zhoubné novotvary. Kraj by se proto měl zaměřit na kultivaci a rozvoj poskytovatelů zdravotních služeb právě v těchto oborech.

Zároveň bude Středočeský kraj čelit nárůstu četnosti výskytu chronických a civilizačních chorob. Mezi ty se řadí mimo jiné opět choroby kardiovaskulární. Patří sem ovšem i obezita, hypertenze, diabetes, astma a různé typy alergií. Ty jsou velmi rozšířené především v populaci dětí a jejich výskyt se v čase zvyšuje.

Boj s dlouhodobými a chronickými zdravotními problémy je problémem nejen poskytovatelů zdravotních služeb. Středočeský kraj by měl proto podporovat osvětové akce a zájem populace o prevenci. V této oblasti se jako vhodné jeví navázání spolupráce se zdravotními pojišťovnami. Zároveň je vhodné podporovat kvalitní poskytování primární péče a maximální integraci a spolupráci poskytovatelů primární péče, specialistů a lůžkových zdravotnických zařízení.

Další výzvou pro Středočeský kraj je stárnoucí populace lékařů, a to především v oborech primární péče. Věkové složení populace všeobecných praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a praktických zubních lékařů je nejen ve Středočeském kraji, ale i v populaci celé České republiky, alarmující. Kraj bude muset aktivně sledovat složení a vývoj sítě primární péče a maximálně podporovat vzdělávání lékařů v kraji a příchod nových lékařů na území kraje. I tento problém je vhodné řešit v těsné spolupráci se zdravotními pojišťovnami.

Z hlediska infrastruktury poskytovatelů zdravotních služeb bude největší výzvou pro kraj pokračování v doposud velmi úspěšném zajišťování kvalitní a dostupné lůžkové péče zajišťované v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči. Před krajem stojí výzvy v podobě rozvoje nemocnic v takovém směru, aby dobře reagovaly na výše zmíněné hrozby a měnící se poptávku po zdravotní péči. Vzhledem k trendům ve složení a zdravotním stavu populace by se nemocnice měly zaměřit především na rozvoj těchto oblastí:

- Cerebrovaskulární a iktová péče
- Urologie
- Následná a dlouhodobá péče
- Domácí péče
- Geriatrie
- Preventivní péče a preventivní vyšetření

Středočeský kraj bude v letech 2015 až 2020 moci na rozvoj páteřní sítě lůžkových zdravotnických zařízení, která je tvořena pěti oblastními nemocnicemi, čerpat finanční prostředky z fondů Evropské unie cílených na rozvoj a kultivaci sítě návazné péče. Kraj by se měl maximálně zasadit o zajištění vícezdrojového financování projektů a zejména investic, a to především právě z fondů Evropské unie.

Ve všech oblastních nemocnicích je poskytována návazná péče na vysoce specializovanou péči poskytovanou v centrech. Všechny oblastní nemocnice je vhodné nadále transformovat směrem do rovnocenného partnera vysoce specializovaných center a to ve smyslu kvality poskytovaných zdravotních služeb, které na péči v centrech bezprostředně navazují, nebo jí

bezprostředně předcházejí. Z hlediska návazné péče je vhodné v nemocnicích realizovat investice především do následujících oblastí:

- Traumatologie
- Kardiologie
- Cerebrovaskulární a iktová péče
- Perinatologie
- Onkologie

Rozvíjeny by měly být i nadále obory vnitřního lékařství, ortopedie, traumatologie pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologie, rehabilitační a fyzikální medicína a gynekologie a porodnictví.

Co se týče rozvoje nemocnic Středočeského kraje, lze doporučení rozdělit do několika kategorií. Zejména se doporučení týkají personalistiky, procesů a řízení, ekonomiky a kvality poskytovaných zdravotních služeb.

V oblasti personalistiky je z pohledu kraje vhodné nastavovat opatření podporující především vzdělávání lékařů s důrazem na primární péči a maximálně podpořit systém získávání a příchodu mladých lékařů do Středočeského kraje. Podpora odborného rozvoje by se měla týkat i nelékařského zdravotnického personálu a dalšího odborného personálu v nemocnicích, jako například profesionálních kodérů či zaměstnanců controllingu. Vysoký důraz by měl být kladen na podporu moderních informačních technologií a práce personálu s nimi, jelikož jejich efektivní zapojení může v klíčových momentech přinést zásadní informace o pacientovi a významně ovlivnit úspěšnost léčebného procesu.

V oblasti řízení procesů je cílem především zajistit účelné nakládání s investičními zdroji a zajistit údržbu a obnovu, výstavbu, modernizaci a rozšiřování zdravotnické infrastruktury. Klíčová opatření v této oblasti jsou podpora investic do zastaralé infrastruktury nemocnic a modernizace technického a přístrojového vybavení nemocnic tak, aby nemocnice byly v oblastech návazné péče kvalitativně rovnocenným partnerem vysoce specializovaným centřům.

Ve věci organizace a řízení by Středočeský kraj měl zavést pokročilý systém sledování efektivity a kvality poskytování zdravotních služeb a pomoci nemocnicím prosazovat společné cíle při vyjednávání se zdravotními pojišťovkami. Kraj by měl podporovat vzdělávání odborných pracovníků na úrovni nemocnic i kraje, kteří se zabývají managementem, organizací a controllingem krajských nemocnic. Jako žádoucí se jeví sjednocení metodik sběru a vykazování informací ve všech nemocnicích a jejich sbírání, vyhodnocování a reportování zpět nemocnicím na úrovni kraje.

V oblasti ekonomiky se jako zásadní jeví umožnit nemocnicím vzájemné srovnávání efektivity poskytování zdravotních služeb a v ideálním případě zavést možnost srovnání i s dalšími zařízeními v České republice. Nemocnice by také, obzvláště v návaznosti na projekt DRG – Restart, měly sjednotit způsob účtování nákladů, reporting a sledování v oblasti personalistiky a evidenci produkce tak, aby bylo možné zajistit maximální kompatibilitu s metodikami sekundární klasifikace DRG a zajistit vzájemné porovnání nákladů na poskytovanou zdravotní péči.

V oblasti kvality a bezpečnosti je především cílem zajistit maximálně efektivní, včasné a vysoce kvalitní poskytování zdravotních služeb pacientům při dosažení co nejvyššího komfortu pacienta. Středočeský kraj by měl proto vytvářet podmínky pro získávání potřebných akreditací nemocnicemi. Dále by se ve spolupráci s nemocnicemi měl zasadit o zajištění maximální dostupnosti nemocnic jak hromadnou dopravou, tak automobilovou dopravou, a to včetně dostatečného zajištění parkovacích ploch kolem nemocnic. Kraj by měl zajistit budování objednávkových systémů a integraci zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích a mimo nemocnice jednotlivými ambulancemi a dalšími lůžkovými zařízeními tak, aby se pacient pohyboval systémem veřejného zdravotnictví co nejnázemně.

V krajských zařízeních by měl být kladen maximální důraz na zajištění bezbariérových přístupů a pohodlný pohyb osob se zdravotním postižením. Dále je vhodné klást důraz na příjemné prostředí a personál, efektivní systém sběru, vyhodnocování a vyřizování přání a stížností pacientů. Současný rozsah zdravotních služeb by měl být jednoznačně zachován.

Kraj by měl dále maximálně podporovat poskytování zdravotních služeb v sociálním prostředí pacienta, a to zejména u osob starších a se sníženou pohyblivostí.

Lze konstatovat, že kraje založené nemocnice jsou aktuálně nasměřovány správným směrem. V následujících letech by se s pomocí kraje měli zaměřit na získání maximálního množství investičních prostředků z Evropské unie pro další etapu modernizace a zkvalitnění poskytovaných zdravotních služeb.

Důraz by však neměl být kladen pouze na poskytovatele akutní lůžkové péče, ale i na poskytovatele zdravotně-sociální péče, poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb, popřípadě péče v domácím prostředí pacienta. Z provedených analýz dat a demografických rizik vyplývá, že právě tyto typy péče zaznamenají v budoucích letech a desetiletí největší nárůst poptávky. Přesun důrazu z akutní na následnou a dlouhodobou péči může částečně pomoci vyřešit i negativní aspekty případného útlumu některých současných služeb akutní lůžkové péče.

Rozvoj infrastruktury poskytovatelů zdravotních služeb na území kraje by se měl opírat o situaci v oblasti zdravotního stavu populace. Důraz by měl být kladen na kvalitní a dostupnou primární péči zaměřenou na starší populaci a na chronicky nemocné.

3. Role krajů v systému zdravotnictví a popis použité metodiky

Kraje jsou jedním ze tří základních institucionálních pilířů financování zdravotní péče v České republice. Spolu se zdravotními pojišťovkami a ústředními orgány státní správy (zejména Ministerstvem zdravotnictví) mají vliv na tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb a rozsah jejich činnosti. Funkce krajů se přitom opírá především o jejich pravomoci dané legislativou. Z pohledu legislativy jsou nejdůležitější pravomoci krajů zakotveny v Zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a v Zákoně 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

3.1. Možnosti rozvoje z pohledu krajských reprezentací

Zákon č. 372/2011 Sb. dává krajům několik důležitých funkcí, které umožňují do určité míry ovlivňovat fungování zdravotnictví v daném regionu. Za nesporně nejdůležitější pravomoc lze

označit udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb (s výjimkou zařízení Ministerstva vnitra, Ministerstva obrany a Ministerstva spravedlnosti). Krajský úřad je z tohoto pohledu především správním orgánem, který je oprávněn v rámci výkonu státní správy právníkům a fyzickým osobám vydávat oprávnění k poskytování zdravotních služeb na území toho kterého kraje. Většina krajů se aktuálně nenachází v situaci, kdy by poptávka po zdravotních službách byla plně saturována a další kapacita byla vnímána jako negativum. Navíc z hlediska kraje, který zdravotní péči nehradí, ani nemůže být další kapacita vnímána negativně. Výjimkou by snad byla jen situace, kdy se kraj snaží zabránit vzniku konkurence krajského zařízení, což může sice v krátkodobém horizontu vypadat racionálně kvůli hrozbě zmenšujících se úhrad, ale z hlediska dlouhodobého rozvoje kvality služeb by se jednalo o krajně neprozíravý krok omezující tlak na zvyšování kvality služeb na území toho kterého kraje.

Krajské kompetence tak jsou lépe realizovány prostřednictvím krajských poskytovatelů zdravotní péče⁴, popřípadě prostředním dotační politiky v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Krajské koncepce se kromě přímé správy podřízených poskytovatelů mohou zaměřovat na organizaci vztahů mezi jednotlivými poskytovateli a popřípadě konzultovat rozvojové záměry se zdravotními pojišťovnami.

Výrazným kladem krajů je také jejich přesah přes pouhou zdravotnickou péči do sféry sociální, kde často na svém území hrají prvořadou úlohu. Pomezí sociální a zdravotní péče je tak jedním ze segmentů, kde kraje mohou usměrňovat vývoj.

Kraje jsou rovněž politickými entitami, jejichž vedení disponuje legitimitou volených zástupců občanů. V oblasti zdravotnictví však dosud kraje zatím jen sporadicky využívali svou sílu jako nástroj k řešení problémů regionálních zdravotnictví prostřednictvím jednání se zdravotními pojišťovnami, případně pak ústředními orgány státu, zejména Ministerstva zdravotnictví. Je přitom plně v možnostech krajů prostřednictvím zastřešující asociace žádat větší podíl na rozhodovacích procesech zejména v oblasti úhrad a sítě poskytovatelů zdravotních služeb.

4 Středočeský kraj je zakladatelem právnických osob „krajských nemocnic“. Založením právníké osoby však přímá úloha kraje klesá, kraj není přímým nadřízeným orgánem a obchodní společnost je samostatným subjektem s vlastní hospodářskou i personální politikou. Činnost nemocnic jako právnických osob řídí jako nejvyšší statutární orgán tříčlenné představenstvo a vnitřní kontrolu provádí dozorčí rada.

3.2. Limitace rozvoje vyplývající ze současného legislativního a institucionálního uspořádání

Současné nastavení systému se třemi základními pilíři (kraje, zdravotní pojišťovny, ústřední státní správa) s sebou přináší pro kraje řadu limitací, neboť přestože nesou spoluzodpovědnost za dostupnost zdravotní péče na svém území, z hlediska celkového financování jsou méně významným aktérem. Stejně tak se jejich vliv přímo v poskytování péče do značné míry omezuje jen na lůžkovou péči a přidružené ambulantní služby a zdravotnickou záchrannou službu.

V oblasti rozhodování o síti zdravotnických služeb je kraj limitován zejména přístupem zdravotních pojišťoven. Je sice pravda, že kraj uděluje oprávnění k poskytování zdravotních služeb novému poskytovateli, avšak záleží právě na úhradové politice zdravotních pojišťoven a jejich ochotě nasmlouvat daného poskytovatele, zda skutečně začne fungovat jako plnohodnotná služba pro obyvatele kraje. Beze smlouvy se zdravotními pojišťovnami sice teoreticky může poskytovat zdravotní péči, avšak jen nevýznamné procento populace bude ochotno si poskytnutou zdravotní péči plně uhradit. I za předpokladu, že poskytovatel smlouvu získá, pak nevstřícná úhradová politika zdravotních pojišťoven může pro daného poskytovatele znamenat existenční problémy. Obecně tak lze tvrdit, že reálně kraje rozhodují pouze o poskytovatelích zdravotní péče, jejichž jsou zakladatelem.

Zdravotní pojišťovny mohou podle odst. 1. § 42 zákona 48/1997 Sb. kontrolovat využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování zdravotní pojišťovně, a to z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen u poskytovatelů a pojištěnců. V praxi zdravotní pojišťovny nemají motivaci k penalizování problematické kvality zdravotní péče (ve vztahu k výslednému zdravotnímu stavu pacienta), ale soustředí se pouze na kontrolu vykazování péče z hlediska úhrad či nejkřiklavější případy poskytnutí péče v rozsahu neodpovídajícímu zdravotnímu stavu pojištěnce. Nedostatek motivace zdravotních pojišťoven vyplývá ze dvou faktorů, přičemž jeden je spojen s konkurenčním bojem v oblasti veřejného zdravotního pojištění a druhý s ingerencí Ministerstva zdravotnictví do smluvních vztahů mezi poskytovateli a pojišťovnami.

Prvním faktorem je fakt, že svoji případnou lepší kontrolní činnosti nemají jak využít v konkurenčním boji o pojištěnce. Zlepšení zdravotní péče, jež by se statisticky odrazilo

na zvýšení průměrného věku dožití vlastních pojištěnců, by bylo pravděpodobně pozorovatelné až za řadu let. Poněkud paradoxně, zdravotní pojišťovna, která by začala penalizovat poskytování nedostatečné kvality zdravotních služeb, by se ocitla v nevýhodě. Postižení poskytovatelé by se snažili pojištěnce dané pojišťovny přesvědčit k přestupu k jiné pojišťovně. Jediný způsob, jakým by zdravotní pojišťovna mohla zabránit působení tohoto faktoru je poskytovatele nekvalitní péče nepenalizovat, ale naopak bonifikovat poskytovatele kvalitní zdravotní péče.

Tomuto přístupu bohužel brání druhý faktor, kterým je (zejména v posledních letech) vliv tzv. úhradové vyhlášky. V situaci, kdy je Ministerstvem zdravotnictví úhradová vyhláška koncipována tak, že zdravotní pojišťovny mají téměř nulový prostor pro vlastní aktivní opatření - musí vydat na úhradách zhruba tolik, kolik (po odečtení provozních nákladů) získají z veřejného zdravotního pojištění. Nelze proto očekávat další dobrovolné výdaje pojišťoven směřující ke zlepšení kvality péče. Na programy kvality péče jsou tak v současné době alokována maximálně nízká procenta z celkového objemu úhrad.

V současnosti se tedy v systému vyskytují dva aktéři s teoretickou možností efektivně sledovat kvalitu péče – kraje a zdravotní pojišťovny, které mají legislativou dány nástroje, avšak nikoliv jejich vlastní vinou postrádají motivaci k větší akcentaci kvality zdravotní péče.

Kvalita péče však není jediným místem, kde na sebe narážejí povinnosti a kompetence zdravotních pojišťoven a krajů. Dalšími případy je i zajišťování lékařské pohotovostní služby a fungování zdravotnické záchranné služby. V případě lékařské pohotovostní služby (dále jen LPS) leží odpovědnost za financování spíše na krajích a dosud neexistuje synergie s úhradovými mechanismy zdravotních pojišťoven. To má za následek časté problémy, neboť lékaři nepovažují výkon LPS za dostatečně lukrativní. Řešení v podobě navázání některých úhradových mechanismů na výkon LPS však opět leží mimo zákonné kompetence krajů.

V případě zdravotnické záchranné služby je odpovědnost za financování sdílená, situace se kraj od kraje liší, avšak zdravotní pojišťovny hradí podstatnou část nákladů v každém kraji. Vzhledem k výkonovému způsobu hrazení mají zdravotní pojišťovny mizivou možnost modulovat úhrady zdravotnické záchranné službě a kraje tak nečelí nejistotě v oblasti

financování. Zdravotní pojišťovny však na druhou stranu nemají motivaci k dalšímu rozvoji zdravotnické záchranné služby.

Existence soukromých poskytovatelů zdravotné péče je zřejmým vyústěním umožnění konkurence v poskytování zdravotních služeb a přináší nezanedbatelná pozitiva, zejména co se týče vlivu konkurence na snahu poskytovatelů zajišťovat kvalitní péči. Nelze však zastříit, že v řadě krajů představuje fragmentace vlastnictví sítě zvláště poskytovatelů lůžkové péče mezi několik subjektů (typicky Ministerstvo zdravotnictví, kraj a soukromí poskytovatelé) výzvu pro krajskou politickou reprezentaci. Kraje ze své pozice mají vliv pouze na některé z největších poskytovatelů v kraji. Záleží tak na rozhodnutí centrálních orgánů, na jaké úrovni se budou provozovat špičková pracoviště v daném regionu. Samostatnou kapitolu pak představují privátní poskytovatelé. Na jednu stranu umožňují užitečný benchmark⁵ (u komerčně řízených organizací lze totiž předpokládat větší důraz na efektivitu a hospodárnost), na druhou stranu však představují jisté riziko. V zájmu privátních poskytovatelů je totiž zpravidla snaha provozovat pouze výnosné činnosti, zatímco krajské organizace, sledující jako hlavní cíl dostupnost služeb a nikoliv zisk, pak často končí s ekonomicky nevýhodným portfoliem služeb.

3.3. Popis metodiky zpracování dat

Vzhledem k podobě dat (relativně omezený počet pozorování v krátké časové řadě) je standardní statistickou metodou, která bude využita i v našem případě metoda clusterování. Principem clusterování je, že se se dílčí výzkumné jednotky (události, jevy, procesy, pozorování) seskupí a pak konceptualizují. V případě analýz našeho druhu je v poslední době v mezinárodním kontextu trendem využití metody Bayesovského modelového clusterování⁶. Pokud to rozsah dat dovolí, využijeme také tuto pokročilou metodu. V rámci méně pokročilých metod lze využít i základních metod jako jsou zobrazení pomocí paprskových grafů, případně analýza hlavních komponent nebo faktorová analýza.

5 Termín benchmark je zde chápán jako proces měření a analýzy výkonů organizace a hledání nejlepších řešení prostřednictvím systematického porovnávání s výkonem ostatních.

6 Clusterování obecně je pokročilá statistická metoda, která bere inovativním způsobem v potaz korelaci reziduí napříč pozorováními. Pro více informací např. Cameron a Trivedi (2005).

V rámci analýzy vztahů mezi jednotlivými proměnnými použijeme, jak již uvedeno výše, metodu regresní analýzy. Výchozím bodem této části analýzy bude klasický lineární regresní model, bude-li to situace vyžadovat, bude použit také nelineární model. Vzhledem k podobě dat zde připadají do úvahy metody, jako jsou maximum likelihood estimátor⁷ nebo metoda instrumentálních proměnných⁸. V rámci analýzy jsou detailně studovány asociace mezi

jednotlivými proměnnými a za tímto účelem je využito standardních nástrojů, jako je Pearsonův korelační koeficient, analýza reziduí, analýza intervalů spolehlivosti atd. Za účelem analýzy trendu pro jednotlivé specifické indikátory bude využita komplexní metodologie z oblasti analýzy časových řad. Konkrétně využijeme následujících statistických technik: 1) dekompozice časových řad – tedy rozklad časové řady na trendovou, cyklickou, sezónní a náhodnou složku 2) Box-Jenkinsova metodologie⁹ 3) vektorová autoregrese¹⁰

V rámci určení robustnosti výsledků měření a za účelem ověření kvality a reprezentativnosti dat budou využity standardní a ověřené statistické techniky a postupy typicky aplikované při analýzách mikroekonomických dat v oblasti ekonomie zdravotnictví¹¹.

Reprezentativnost dat a pozorovaných zjištění může ohrozit nepřesná generalizace z událostí či procesů, které nějak vynikají, např. svou dramatickostí, ale nejsou reprezentativní. Takové typy zkreslení lze omezit tak, že vyhledáváme negativní nebo extrémní případy (outliers), zvýšíme počet pozorování a v ideálním případě vybíráme náhodně z reprezentativních vzorků, viz Cameron a Trivedi (2005).

Validita výsledků analýzy a jeho kvalitativních a kvantitativních zjištění je dále realizována aplikací metody replikace zjištění – jedná se o hojně používanou metodu ověřování závěrů. V našem případě se pokusíme replikovat dosažené výsledky s pomocí nových syntetických dat, případně k replikaci použijeme jinou část původního souboru dat. S replikací je třeba

7 Někdy je tato metoda překládána do češtiny jako metoda maximální věrohodnosti, jedná se o jednu z nejpoužívanějších metod pro konstrukci odhadů parametrů studovaného modelu.

8 Jedná se o statistickou metodu, která má za cíl určit sílu kauzálního vztahu v situaci, kdy není možné realizovat kontrolovaný experiment.

9 Základním stavebním prvkem této metodologie je reziduální složka, která může být tvořena korelovanými náhodnými proměnnými. Postup v rámci Box-Jenkinsovy metodologie je pak dán ve třech následných krocích, identifikace modelu, odhad jeho parametrů a verifikace modelu.

10 Metoda určená pro statistickou analýzu časové řady dvou či více proměnných. Pro více informací o této metodologii viz např. Cameron a Trivedi (2005).

11 Více viz Folland et al (2001).

počítat již při plánování postupu analýzy, protože pokusy o replikaci v konečné fázi studie bývají ohroženy nedostatkem dat. Tomuto faktu adekvátně přizpůsobujeme všechny fáze analýzy dat.

4. Profil Středočeského kraje

V této kapitole představujeme profil Středočeského kraje, jeho geografickou situaci, sociodemografické ukazatele a specifika, zdravotní stav populace a stávající systém zdravotní péče v kraji.

4.1. Zdravotní stav populace Středočeského kraje

Zdravotní stav obyvatelstva je základním východiskem pro krajskou koncepci zdravotnictví. Síť poskytovatelů zdravotních služeb musí totiž svým rozsahem, strukturou i kvalitou dlouhodobě odpovídat požadavkům a potřebám obyvatel kraje.

Informace o zdravotním stavu v tomto dokumentu jsou opřeny převážně o údaje zjišťované v roce 2013, které jsou nejaktuálnějšími dostupnými údaji v době vzniku Strategie. Uvedené hodnoty a skutečnosti se opírají především o informace z Národního zdravotnického informačního systému. Pokud je zdroj dat odlišný, je to v textu vysloveně uvedeno.

Populace Středočeského kraje strukturou zdravotního stavu víceméně kopíruje strukturu zdravotního stavu celé populace České republiky. Z hlediska příčiny úmrtí obyvatel Středočeského kraje dominují nemoci oběhové soustavy, na druhém místě se drží zhoubné novotvary. Jde o stav běžný nejen v populaci České republiky, ale i v populacích dalších rozvinutých ekonomik.

Rozložení zemřelých dle příčin je dobře viditelné na grafu č. 2. Dominance nemocí oběhové soustavy je zjevná, nicméně na první pohled může zarazit vyšší podíl těchto nemocí u žen než u mužů. Tato skutečnost není způsobena tím, že by muži žili zdravěji, ve smyslu dopadů na oběhovou soustavu a srdce. Ve skutečnosti pouze častěji umírají na další příčiny jako zhoubné novotvary či vnější příčiny smrti. Výrazně rizikovější a méně zdravý životní styl

u mužů je vidět právě z významně vyššího podílu novotvarů (v této kategorii by byl významnější například zhoubný novotvar průdušnice, průdušky a plíce způsobený kouřením), nemocí dýchací soustavy (opět významný vliv kouření) a vnějších příčin způsobených například autonehodami.

Obě nejčetnější skupiny příčin úmrtí se vyznačují tím, že je možné do vysoké míry předcházet negativním důsledkům, jelikož ty jsou silně ovlivněny životním stylem, životním prostředím, ve kterém člověk žije, a v neposlední řadě řádnou prevencí. Onemocnění spadající do obou skupin zároveň nemusí být v momentě svého výskytu fatální a pacient s nimi může přežívat mnoho let, v důsledku čehož se stává chronickým pacientem.

Obě skupiny jsou svým výskytem rovněž typické především pro vyšší věkové skupiny. Ve věkových skupinách nad 45 let se jejich četnost velmi významně zvyšuje. To má zásadní dopad především na střednědobý a dlouhodobý pohled na krajské zdravotnictví, jelikož populace Středočeského kraje stárne stejně jako populace celé České republiky, jak již uvedeno výše. Zároveň není možné spolehlivě predikovat vývoj lékařské vědy a techniky příliš dopředu, je tedy třeba počítat s variantou, že těchto onemocnění bude v populaci přibývat.

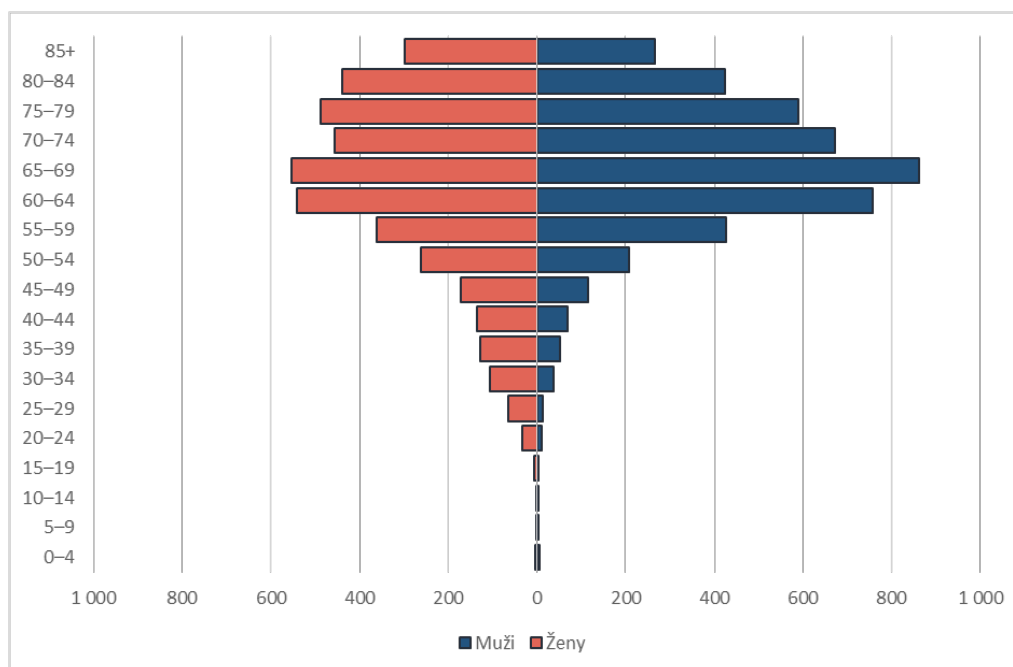
4.1.1. Zhoubné novotvary

Z údajů ÚZIS ČR plyne, že ve Středočeském kraji byl v roce 2011 výskyt nádorových onemocnění na úrovni 8 571 onemocnění a nejvyšší výskyt onemocnění se týkal okresů Rakovník, Nymburk a Kolín. Zhoubné novotvary s nejvyšším výskytem byly u mužů novotvary kůže, prostaty a plic a v případě žen novotvary kůže, prsu a plic.

Při pohledu na tyto statistiky je zásadní, že novotvarům kůže lze předcházet prevencí jak v oblasti životního stylu, kdy například velmi významným faktorem je způsob a délka vystavování kůže slunečním paprskům, tak prevencí v podobě pravidelných preventivních prohlídek, které jsou občanům hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V případě zhoubných novotvarů průdušnice, průdušky a plíce je naprosto zásadním faktorem kouření. V případě, kdy nejsou sledovány počty kuřáků, se dle metodiky Světové zdravotnické organizace dokonce podíl kuřáků v populaci odhaduje právě z četnosti výskytu tohoto

onemocnění, jelikož se u nekuřáků téměř nevyskytuje. Programy na prevenci a odvykání kouření tedy mohou mít naprosto zásadní dopad na výskyt tohoto, jinak v české populaci velmi častého, onemocnění. Co se týče zhoubných novotvarů prostaty u mužů a prsu u žen, zde je opět možné problémům a fatálním následkům do vysoké míry předcházet pravidelnou prevencí. Preventivní vyšetření jsou od určitého věku občanům hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Graf č. 1: Výskyt zhoubných novotvarů ve Středočeském kraji, 2011

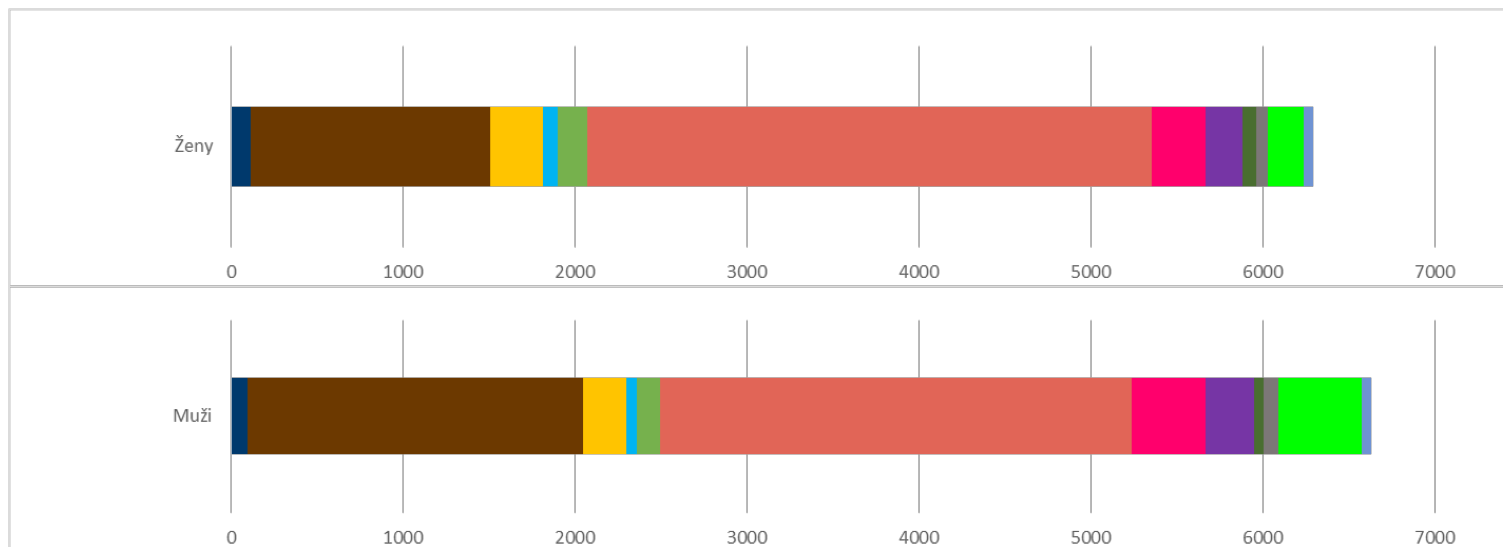


Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

Další zhoubný novotvar s významným zastoupením je zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku. Každoročně přibývá ve Středočeském kraji několik set takto nemocných osob. Středočeský kraj není v České republice výjimkou a stejně jako zbytek populace i populace Středočeského kraje výskytem tohoto onemocnění patří k nejhorším ve světě. Výskyt je při tom dán do velké míry životosprávou a opět, stejně jako u onemocnění zmíněných výše, důslednou (či v tomto případě bohužel nedůslednou) prevencí v podobě účasti občanů na pravidelných preventivních prohlídkách hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud by se v důsledku kvalitní prevence opravdu začalo dařit omezovat výskyt nádorových onemocnění, bylo by nicméně nutné počítat s nárůstem případů onemocnění oběhové soustavy, jelikož lidé, kteří by nezemřeli na zhoubné novotvary, by se začali dožívat potíží s oběhovou soustavou.

Graf č. 2: Zemřelí podle příčin ve Středočeském kraji, 2012



Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

Příčiny jsou zobrazeny v tomto pořadí:

Některé infekční a parazitární nemoci

Novotvary

Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek

Poruchy duševní a poruchy chování

Nemoci nervové soustavy

Nemoci oběhové soustavy

Nemoci dýchací soustavy

Nemoci trávicí soustavy

Nemoci močové a pohlavní soustavy

Příznaky, znaky a abnormální klin. a labor. nálezy NJ

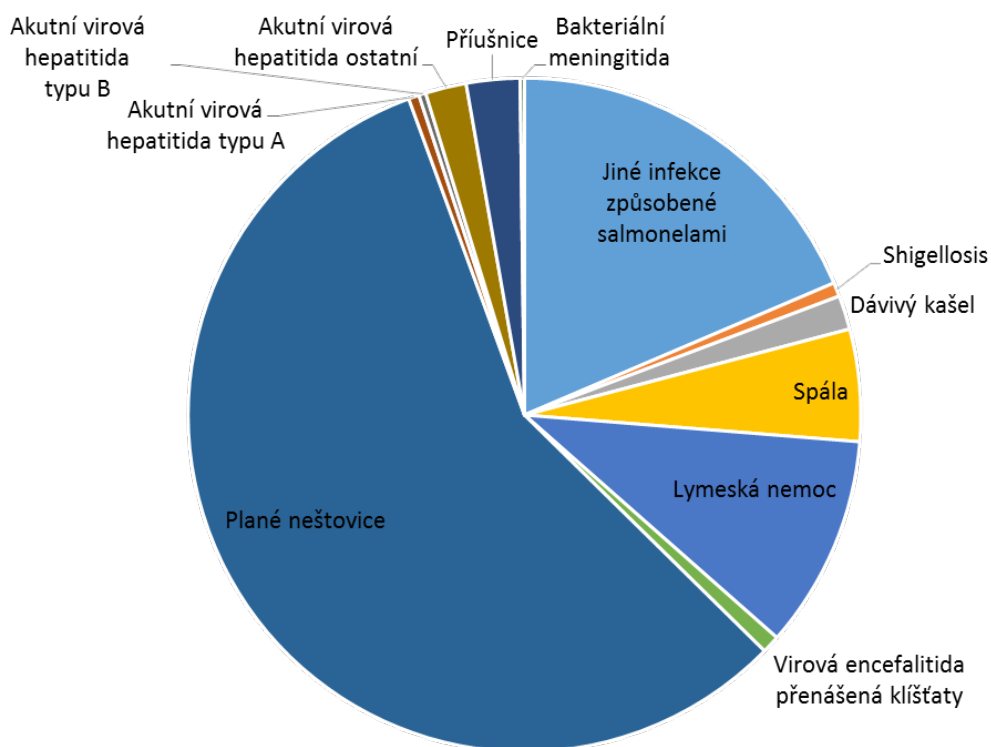
Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti (= XIX. Poranění a otravy)

Ostatní

4.1.2. Infekční onemocnění

Další skupinou onemocnění, která má významný dopad na populaci i na objem poskytovaných zdravotních služeb jsou infekční onemocnění. Nejčetnější výskyt každoročně patří planým neštovicím, kterými se nakazí téměř 4 000 osob (převážně dětí) ročně. Na druhém místě lze uvést onemocnění způsobená salmonelami, kterých se vyskytuje více než 1 200 případů ročně. Významně zastoupeny jsou také spála, Lymeská nemoc (Lymeská borelióza přenášená klíštětem) či příušnice. Výskyt jednotlivých onemocnění je čitelný z grafu č. 3. Je třeba upozornit na skutečnost, že se jedná pouze o výčet hlášených infekčních onemocnění, která jsou sledována na celostátní úrovni. Z tohoto důvodu zde nejsou uvedena některá běžná infekční onemocnění, jako různé formy nachlazení či chřipka. V kraji se ročně objeví přibližně 50 onemocnění tuberkulózou.

Graf č. 3: Výskyt hlášených infekčních onemocnění, 2012



Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

4.1.3. Chronická onemocnění

Z pohledu zatížení systému veřejného zdravotnictví je zásadní výskyt chronických onemocnění. S tím jak roste průměrný věk populace a stoupá naděje dožití, je stále větší část populace zatížena různými chronickými onemocněními, z nichž mnohá pacienta provází po většinu jeho života. Infrastruktura poskytovatelů zdravotních služeb musí tuto skutečnost reflektovat a být připravena na pravděpodobné zhoršování stavu v oblasti chronických nemocí, kdy například počet pacientů s diabetem prudce roste. Ve Středočeském kraji bylo v roce 2012 léčeno více než 83 000 diabetiků. Z toho necelých 16 000 diabetiků se nacházelo ve stádiu, kdy byli pouze na dietě.

V některých okresech je stav populace z hlediska léčení onemocnění diabetem výrazně lepší než v jiných, nicméně tato skutečnost je velmi silně ovlivněna blízkostí okresu vzhledem k Praze, jelikož mnoho pacientů není léčeno ve Středočeském kraji. Jedním extrémem je okres Praha-západ, kde se na 100 000 obyvatel léčí pouze 2 700 diabetiků (tedy 2,7 %). V okrese Příbram je to téměř 11 000 diabetiků (tedy téměř 10 %). Tato skutečnost by měla být reflektována v rozložení diabetologických ambulancí a ordinací praktických lékařů, které se o diabetiky starají. Situaci z hlediska léčení onemocnění diabetem ve Středočeském kraji ilustruje následující obrázek č. 1.

Obrázek č. 1: Léčení diabetici v okresech Středočeského kraje, 2012



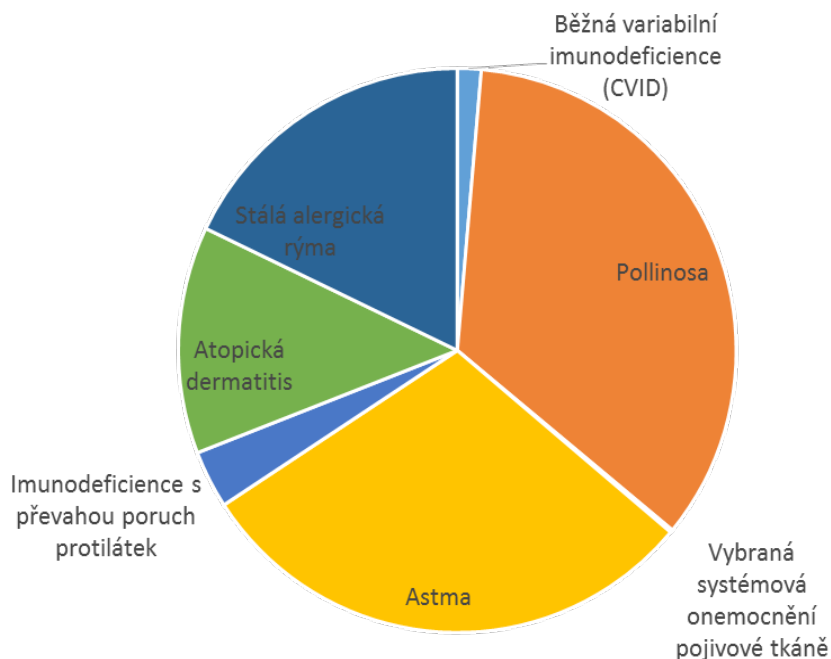
Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

4.1.4. Nemoci oběhové soustavy

Z hlediska ostatních nejčetnějších skupin chronických onemocnění jde především o pacienty trpící hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční a cévními onemocněními mozku. Celkově se tedy druhá klíčová skupina vedle diabetu týká oběhového systému. O tyto chronicky nemocné pacienty se většinou v rámci pravidelné péče stará jejich praktický lékař. V případě těžších pacientů je nutná spolupráce se specializovaným pracovištěm. V takových případech je těsná spolupráce jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb maximálně žádoucí.

Ve Středočeském kraji praktičtí lékaři registrují přibližně 13 200 pacientů trpících hypertenzí, 5 200 pacientů trpících ischemickou chorobou srdeční, z nichž 1 300 pacientů je po akutním infarktu myokardu. Více než 2 300 pacientů je dlouhodobě léčeno s problémy spojenými s cévními onemocněními mozku. Podobně jako v případě diabetu i při posuzování uvedených údajů je třeba mít na paměti, že část obyvatel Středočeského kraje péči čerpá na území jiných krajů, především na území Hlavního města Prahy, a nejsou tak ve statistice zahrnuti.

Graf č. 4: Výskyt chronických onemocnění alergického původu, 2012



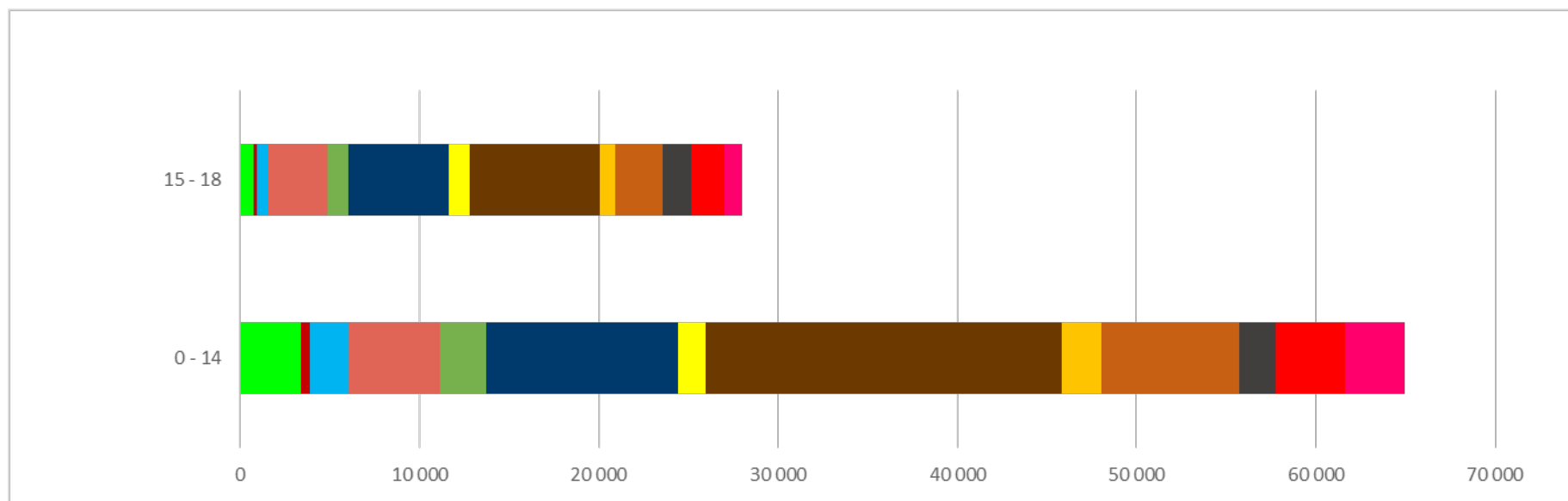
Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

4.1.5. Alergie a astma

Dalších 77 000 pacientů je na území Středočeského kraje léčeno v souvislosti s chronickými onemocněními alergického původu. Téměř 30 000 z těchto pacientů trpí astmatem. Rozložení jednotlivých onemocnění je znázorněno v Grafu č. 4.

Počet dětských pacientů, kteří jsou dispenzarizováni z důvodu dlouhodobých a chronických zdravotních problémů na území kraje, dosahuje téměř 100 000. V případě dětských pacientů je přibližně pětina dispenzarizována s problémy s dýchací soustavou a astmatem. Rozdělení na problémy u dětí a u dorostu je vidět na grafu č. 5. Zde je dobré si povšimnout, že mnohá onemocnění chronického charakteru, kterými trpí děti v mladším věku, v pozdějším věku mizí. Uvedené má především zásadní vliv na potřebnou strukturu poskytovatelů zdravotních služeb v oblasti dětského lékařství.

Graf č. 5: Dispenzarizovaná onemocnění u dětí a dorostu, 2012



Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

Příčiny jsou zobrazeny v tomto pořadí:

Některé infekční a parazitární nemoci

Novotvary

Nemoci krve a krve tvorných orgánů, poruchy imunity

Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek

Poruchy duševní a poruchy chování

Nemoci nervové soustavy

Nemoci oběhové soustavy

Nemoci dýchací soustavy

Nemoci trávicí soustavy

Nemoci kůže a podkožního vaziva

Nemoci močové a pohlavní soustavy

Nemoci svalové a kosterní soustavy

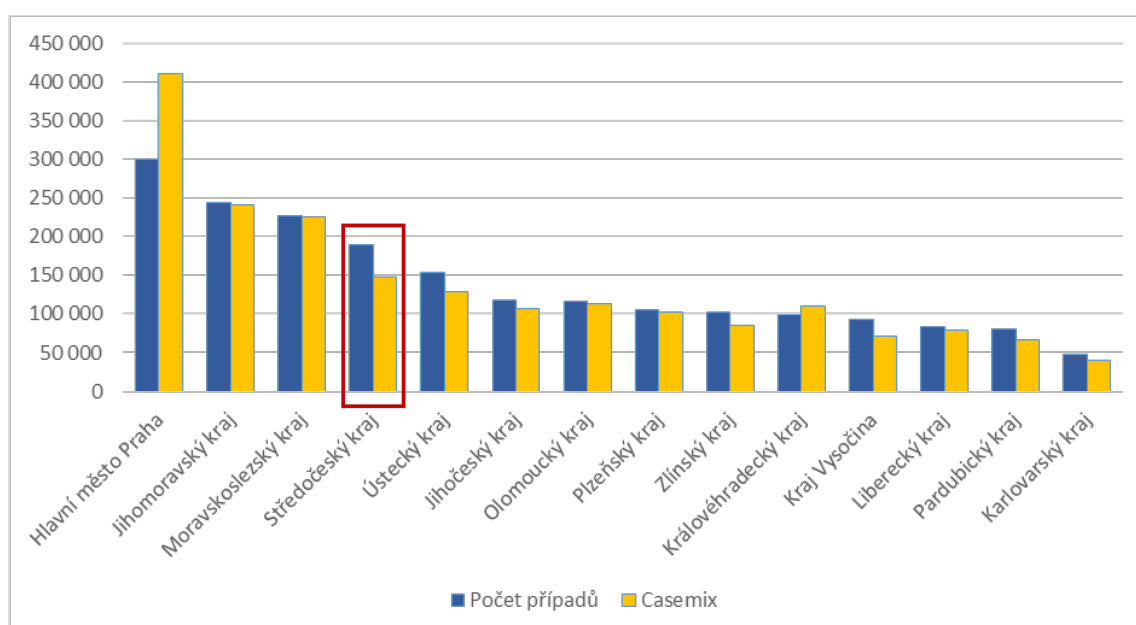
Nemoci močové a pohlavní soustavy

Vrozené vady a deformity

4.1.6. Základní léčebné kapacity – akutní lůžková péče

Pro lůžková zařízení ve Středočeském kraji je zásadní pohled na hospitalizace v akutní lůžkové péči. Obzvláště tento segment je v kraji velmi specifický a lze jen obtížně srovnávat s ostatními kraji České republiky. Ve Středočeském kraji se nenachází žádné velké specializované pracoviště typu fakultní či obdobné nemocnice, nicméně v přirozeném centru Středočeského kraje, v Praze, je takových zařízení velké množství. Vedle Prahy je z okrajových oblastí Středočeského kraje dobře dostupná i Fakultní nemocnice v Plzni či Fakultní nemocnice v Hradci Králové. V důsledku této skutečnosti je skladba pacientů a případů ve středočeských nemocnicích velmi specifická.

Graf č. 6: Hospitalizace v zařízeních akutní lůžkové péče, 2013

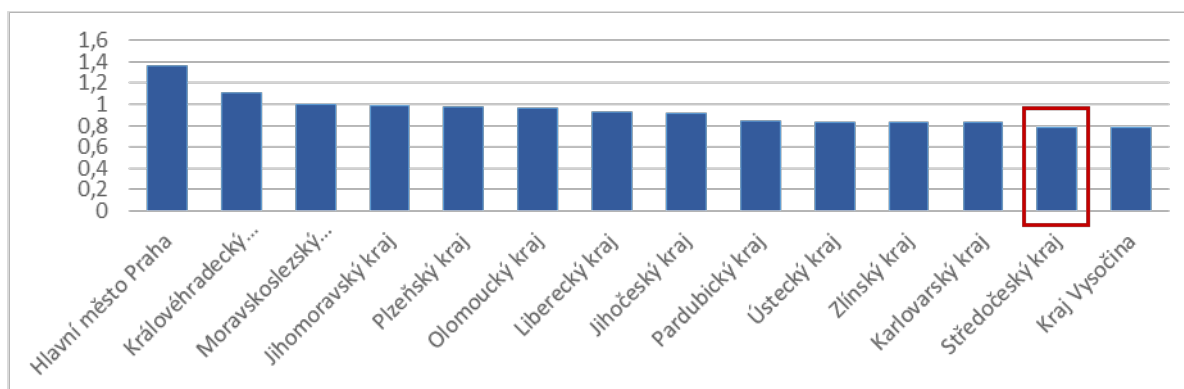


Zdroj: zdravotní pojišťovny

Jak je patrné z grafu č. 6, lůžková zařízení na území Středočeského kraje mají po Vysočině druhý největší nepoměr mezi počtem případů a jejich obtížností měřenou casemixem (tzn. počtem případů vážených obtížností). Průměrná náročnost případu ve středočeských nemocnicích je nejnižší v republice. Protipólem Středočeského kraje je potom Praha, kde nastává v důsledku složení lůžkových zdravotnických zařízení efekt přesně opačný. Pokud bychom oba regiony spojili, většina anomálie by byla smazána. Postavení Středočeského kraje je v tomto do určité míry srovnatelné s krajem Karlovarským, ve kterém se rovněž nenacházejí žádná velká a specializovaná lůžková zařízení a náročnější péče je stahována převážně do Fakultní nemocnice Plzeň.

Na Grafu č. 7 je vidět rozložení hospitalizací v krajích z pohledu průměrného casemix indexu, tedy průměrné náročnosti hospitalizace v zařízeních na území kraje. Z grafu je zřejmé, že po dominanci Prahy jsou zařazeny kraje, ve kterých leží alespoň jedna fakultní nemocnice či další specializovaná pracoviště a na opačném konci leží kraje, kde žádná taková zařízení nejsou lokalizována, jako například právě Středočeský kraj.

Graf č. 7: Průměrný casemix index v krajích, 2013



Zdroj: zdravotní pojišťovny

V grafu č. 8 je znázorněno rozložení nejčtetnějších DRG bází co se týče počtu hospitalizací ve Středočeském kraji. V roce 2013 bylo v akutní lůžkové péči v kraji ukončeno přibližně 190 000 případů, což představuje necelých 10 % všech hospitalizací v České republice. V DRG bazích, které jsou vyneseny do grafu, se nachází téměř 137 000 z těchto hospitalizací, a na pravé straně je vždy uveden podíl, kolik procent hospitalizací v dané bázi bylo ukončeno ve Středočeském kraji vzhledem k celku.

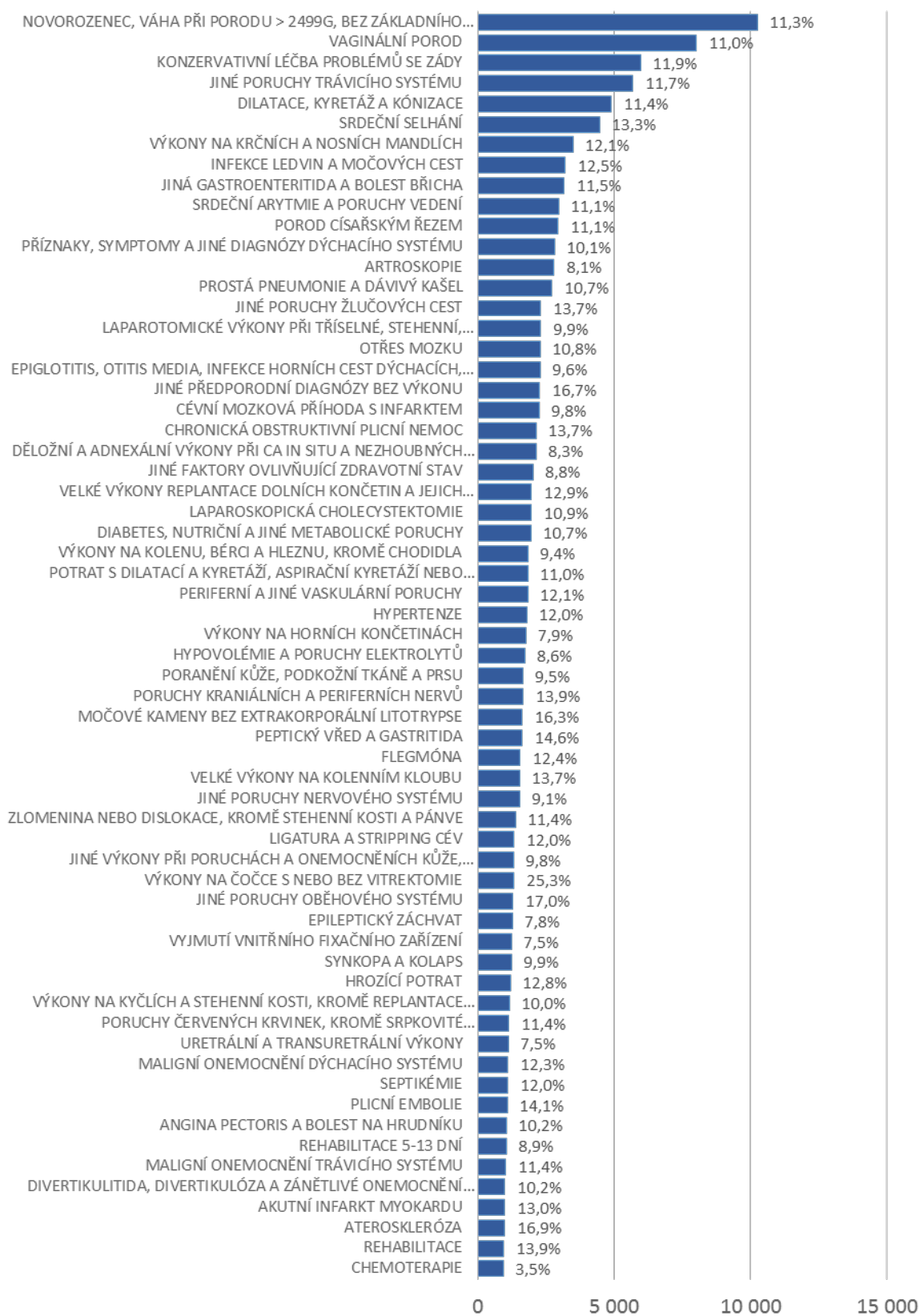
Detailní pohled rozvádí výše uvedenou skutečnost, že ve Středočeském kraji jsou hospitalizovaní pacienti spíše s lehčími, méně složitými a méně nákladnými diagnózami. První místa tradičně zabírají hospitalizace spojené s porodem. Na třetím místě se nachází konzervativní léčba problémů se zády, což je důsledek skutečnosti, že potíže se zády jsou dnes de facto civilizační chorobou, kterou v určité míře trpí podstatná část populace.

Pokud posčítáme ukončené hospitalizace, které souvisí s oběhovým systémem, přiblížíme se ke 20 000 ukončených hospitalizací ročně a zjistíme, že to je jedna z nejčastějších příčin hospitalizace. Tato skutečnost je odrazem výše zmiňovaného předního postavení nemocí oběhového systému v populaci a je zřejmé, že této skutečnosti, která se do budoucna bude pravděpodobně zhoršovat, je nutné dostatečně přizpůsobit infrastrukturu nutnou pro akutní hospitalizace z těchto příčin.

Naopak v DRG skupinách vidíme velmi málo hospitalizací v důsledku zhoubných novotvarů, ačkoli jejich výskyt v populaci Středočeského kraje je velmi vysoký, jak bylo ukázáno výše. Důvodem je častá potřeba specializovaných pracovišť při léčbě těchto onemocnění a lidé s takovým zdravotním problémem jsou léčeni nejčastěji v Praze v rámci některé z fakultních nemocnic. Jednotlivé nemocnice v kraji tak poskytují více návaznou péči, kdy pacienti jsou jim předáni již jen k doléčení.

Celkově lze shrnout závěrem, že nemocnice ve Středočeském kraji poskytují složením hospitalizační péče péči typickou pro menší a střední nemocnice s tím, že specializovaná péče je poskytována mimo kraj. Tím větší důraz musí v rámci kraje být kladen na kvalitní péči návaznou, která předchází či následuje péči poskytovanou ve vysoce specializovaných centrech, jako například fakultních nemocnicích.

Graf č. 8: Nejčtenější DRG baze v akutních hospitalizacích, 2013



Zdroj: zdravotní pojišťovny

4.2. Analýza profilu Středočeského kraje

Zdravotní stav populace Středočeského kraje implikuje několik oblastí, které by v budoucnu měly být krajskou prioritou z hlediska nejen rozvoje a kultivace sítě poskytovatelů zdravotních služeb, ale i dalších oblastí ovlivňujících zdravotní stav populace.

4.2.1. Prevence

V první řadě by se reprezentace kraje měla zaměřit na oblast prevence. Populace Středočeského kraje trpí mnoha chronickými či dlouhodobými zdravotními obtížemi, jejichž výskyt a dopady je možné významně ovlivnit změnou životního stylu a životního prostředí. Na prvních místech lze určitě uvést choroby oběhového systému, které vedou nejen k dlouhodobým a chronickým obtížím, ale následně jsou i velmi častou příčinou smrti. Dále mnohé zhoubné novotvary, jejichž výskytu v populaci lze předcházet a jejichž výskyt je v populaci kraje velmi vysoký. V neposlední řadě lze zmínit další dlouhodobé zdravotní obtíže spojené s životním stylem, jako například diabetes. Systematickou komunikací s občany, aktivním zapojením zdravotnických pracovníků, informační kampaní a aktivní podporou zdravého životního stylu je možné předcházet velkému množství výše zmíněných problémů, či jejich dopad alespoň oddálit či snížit.

Kraj by měl nabádat občany k pravidelným preventivním prohlídkám, které mají občané hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V této i v předchozí oblasti se nabízí spolupráce kraje se zdravotními pojišťovny, které disponují dalšími cestami a prostředky, jak pojištěnce oslovit a motivovat.

4.2.2. Rozvoj návazné péče

Rozvoj infrastruktury poskytovatelů zdravotních služeb na území kraje by se měl opírat o nastíněnou situaci v oblasti zdravotního stavu populace. V oblasti nemocniční péče by se kraj měl zaměřit na zajištění co nejkvalitnější návazné péče a na úzkou spolupráci poskytovatelů se specializovanými centry. Cílem by měl být hladký přechod pacienta oběma směry s tím, že zařízení, která se společně o zdravotní stav pacienta starají, by měla spolupracovat na partnerské úrovni, nikoli se v momentě překlady pacienta zbavovat dalšího zájmu a odpovědnosti za pokračování případu, což je jednou ze základních negativních stránek českého systému veřejného zdravotnictví.

4.2.3. Kooperace poskytovatelů

V obecné rovině by v oblasti všech zásadních zdravotních problémů populace měl být kladen vysoký důraz na spolupráci jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb, praktickými lékaři počínaje, nevyjímaje specializovaná ambulantní pracoviště, poskytovatele komplementu a samozřejmě akutní lůžkovou a následnou péči. Zdravotní problém pacienta by měl být vnímán jako celek od jeho počátku až do vyléčení, nikoli jako parciální problém té které odbornosti bez přesahu a především zájmu o zbytek poskytované zdravotní péče, kterou pacient k vyléčení potřebuje.

SWOT analýza - zdravotní stav populace Středočeského kraje

Silné stránky	Slabé stránky
Populace zdravější než průměr ČR	Vysoký výskyt kardiovaskulárních chorob
Přirozené centrum v Praze	Vysoký výskyt novotvarů
	Vysoký výskyt chronicky nemocných pacientů
Příležitosti	Hrozby
Edukace populace, zdravější životní styl	Nárůst počtu chorob v důsledku stárnutí populace
Zvýšení počtu preventivních prohlídek	Nárůst počtu chronických chorob v důsledku životního stylu
Uzpůsobení sítě poskytovatelů k lepší péči o chronicky nemocné	Pokračování trendu snižování věku, kdy se objevují chronické choroby

5. Komparativní SWOT analýza zdravotnictví Středočeského kraje

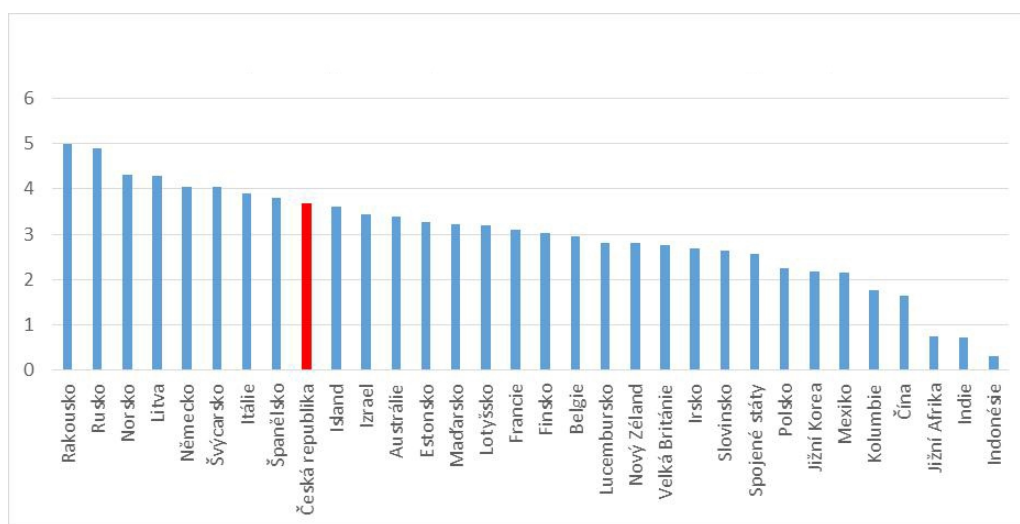
Následující SWOT analýza zdravotní péče ve Středočeském kraji poskytuje ucelený obraz silných a slabých stránek, hrozeb a příležitostí spojených se zdravotnictvím na krajské úrovni. Analýza je pojata převážně kvantitativně a je orientována na měřitelné veličiny (a jejich predikce). Nelze pominout fakt, že situace krajů je do značné míry determinována situací České republiky jako celku a řada následujících informací proto může být vztažena jak ke Středočeskému kraji, tak i k České republice jako celku. SWOT analýza si tedy klade za cíl nejen představit obecný obrázek českého zdravotnictví na úrovni kraje, ale vzít v úvahu i specifika krajského dělení a z nich vyplývající nevýhody a výhody pro organizaci krajského zdravotnictví ve Středočeském kraji.

5.1. Silné stránky

5.1.1. Dostatek zdravotnického personálu

Česká republika stále disponuje i na poměry vyspělých zemí velmi solidní sítí zdravotnických zařízení, značným lůžkovým fondem a v neposlední řadě i relativním dostatkem zdravotnických pracovníků, což lze doložit mezinárodními srovnáním. Jakkoliv je současná personální situace v mnoha převážně menších nemocnicích problematická, české zdravotnictví stále disponuje větším množstvím lékařů než zdravotnictví v mnoha vyspělých zemích.

Graf č. 9: Počet praktikujících lékařů na 1 000 obyvatel, 2013



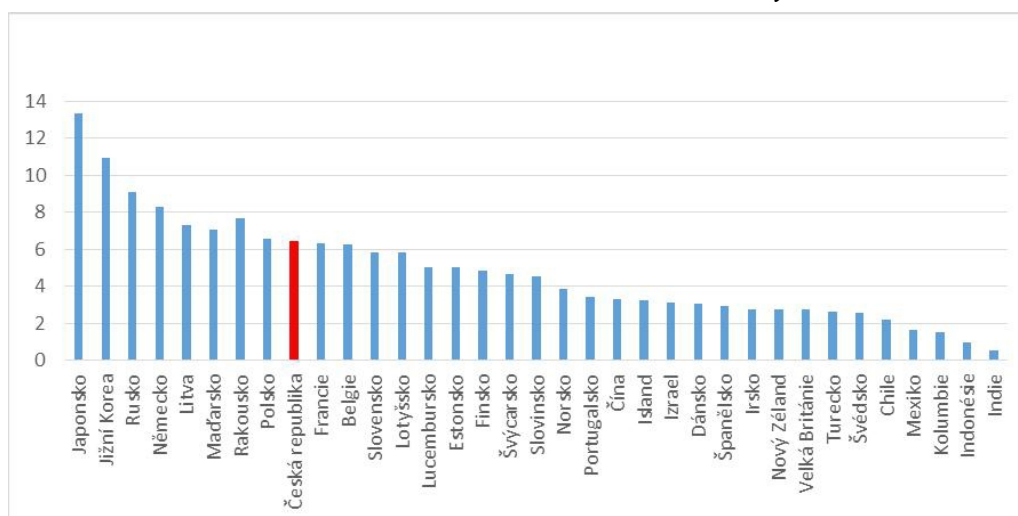
Zdroj: OECD Health Data

Za silnou stránku lze také považovat fakt, že doposud je trend počtu lékařů na obyvatele vzestupný (od roku 2003 přibylo 0,16 lékaře na 1000 obyvatel). V porovnání s ostatními zeměmi se nicméně dynamika lidských zdrojů již tak pozitivně nejeví.

5.1.2. Dostatek akutních lůžek

Stejně tak počty akutních lůžek se v mezinárodním srovnání jeví jako dostačující. Otázkou spíše zůstává, zda přílišný důraz na akutní lůžkovou péči neomezuje rozvoj moderních trendů typu jednodenní chirurgie.

Graf č. 10: Počet lůžek v nemocnicích na 10 000 obyvatel, 2013



Zdroj: OECD Health Data

Za relativně pozitivní trend lze ale považovat i vývoj v posledních deseti letech, kdy probíhala transformace lůžkové péče – přesun lůžek akutní péče do péče jednodenní, návazné (rehabilitační, následná, dlouhodobá), Česká republika se počtem lůžek začala přibližovat standardu západoevropských zemí. Fakt, že lůžek je stále dostatek, potvrzují i statistiky obloženosti lůžek. Za silnou stránku lze považovat i relativně nízké diference v počtu lůžek mezi jednotlivými regiony, které značí, že žádný z regionů se nepotýká s nedostatkem v této oblasti.

Tabulka č. 1: Počty lůžek na 10 000 obyvatel v krajích, 2003 a 2013

	2003	2013	Rozdíl	Rozdíl proti ČR 2003	Rozdíl proti ČR 2013
STC	50,8	43,3	-7,5	-14,3	-10,7
JHC	61,2	49,8	-11,4	-3,9	-4,2
PLZ	65,3	57,9	-7,4	0,2	3,9
KAR	56,2	45,7	-10,5	-8,9	-8,3
UST	70,1	59,1	-11	5	5,1
LIB	59,4	55,9	-3,5	-5,7	1,9
HRA	72,2	59,5	-12,7	7,1	5,5
PAR	54,7	48,5	-6,2	-10,4	-5,5
VYS	56,4	48,9	-7,5	-8,7	-5,1
JHM	73,2	61,2	-12	8,1	7,2
OLO	58	47,4	-10,6	-7,1	-6,6

ZLI	56,4	44,3	-12,1	-8,7	-9,7
MSK	61,3	47,8	-13,5	-3,8	-6,2
PHA	91,5	73,1	-18,4	26,4	19,1
CZE	65,1	54	-11,1	0	0

Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze

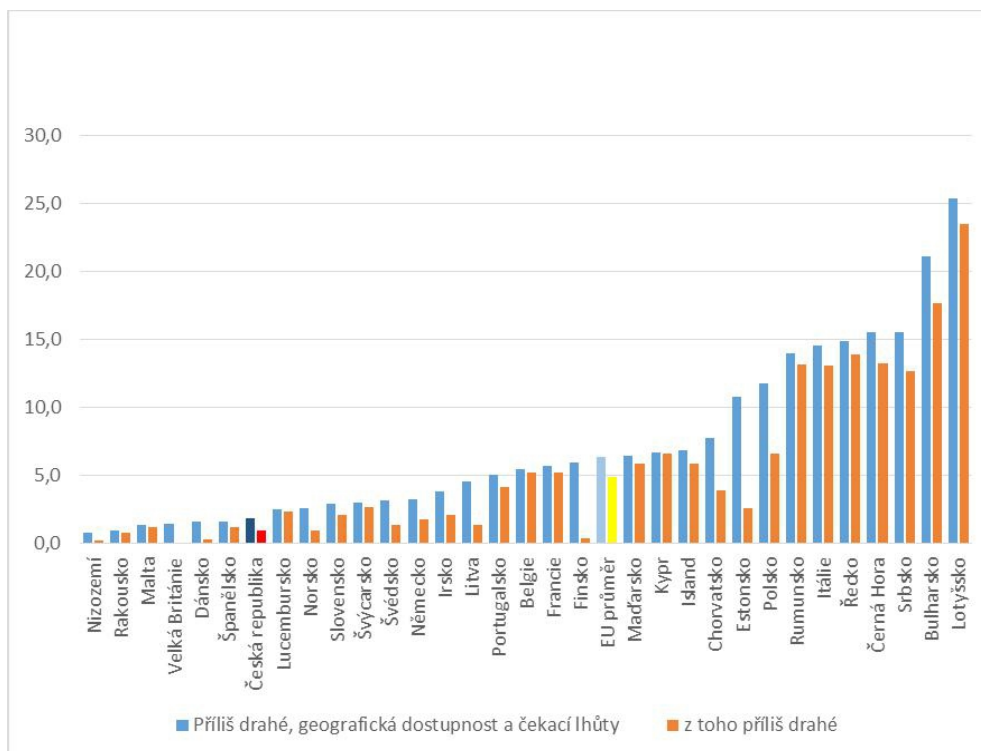
Naopak mezi roky 2013 a 2003 došlo k částečnému narovnání disparit mezi regiony, jak je patrné z Tabulky 1. Obzvláště v Praze došlo k redukci kapacity, která nicméně přesto zůstává v rámci krajů zdaleka nejvyšší.

5.1.3. Vysoká míra dostupnosti péče

Za silnou stránku českého zdravotnictví lze bezesporu označit i jeho dosavadní vysokou míru dostupnosti a fakt, že nízký ekonomický či sociální status v České republice obvykle neznamená obtíže v dostupnosti péče. Jak ukazuje Graf č. 11., není tento stav v evropských zemích (a to i těch relativně bohatších) zdaleka samozřejmostí. Graf ukazuje procenta nesplněných medicínských potřeb nejchudších 20 populace dle důvodů, proč potřeby nebyly naplněny. Je patrné, že v České republice nejenže příliš nehrozí vyloučení z péče na základě sociální situace, ale problémem zatím příliš není ani geografická a časová dostupnost zdravotní péče.

Graf č. 11: Nesplněná potřeba vyšetření, v procentech, nejchudších 20 procent populace,

2013



Zdroj: Eurostat databáze

Pokud pak zkoumáme nikoliv nejchudších 20% populace, ale populaci jako celek, pak se jeví situace České republiky jako ještě mnohem příznivější, neboť nedostupnost zdravotní péče z důvodů přílišných nákladů, geografické dostupnosti či čekacích dob nahlásilo pouhé 1% populace¹². Tato silná stránka českého zdravotnictví s sebou nese určité příležitosti, neboť jasně naznačuje, že existuje prostor pro získání aditivních finančních zdrojů spoluúčastí. Toto rozhodnutí však nepřísluší krajům. Na druhé straně nelze nezaznamenat velký rozdíl oproti sociální péči, která často vyžaduje vysokou míru spoluúčasti a pro mnoho občanů se jejich ekonomická situace může stát v této oblasti významným limitem.

5.1.4. Zkracování průměrné délky hospitalizace

A konečně jisté pozitivní náznaky lze objevit i v indikátorech ukazujících na adopci modernějších způsobů organizace péče a snižování průměrné doby hospitalizace – trendu, který je patrný ve všech vyspělých zemích včetně ČR. V posledním desetiletí Středočeský kraj, podobně jako kraje zaznamenal snížení průměrné ošetrovací doby (viz Tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Průměrná délka hospitalizace ve dnech, 2003 a 2013

	2003	2013	Rozdíl
--	------	------	--------

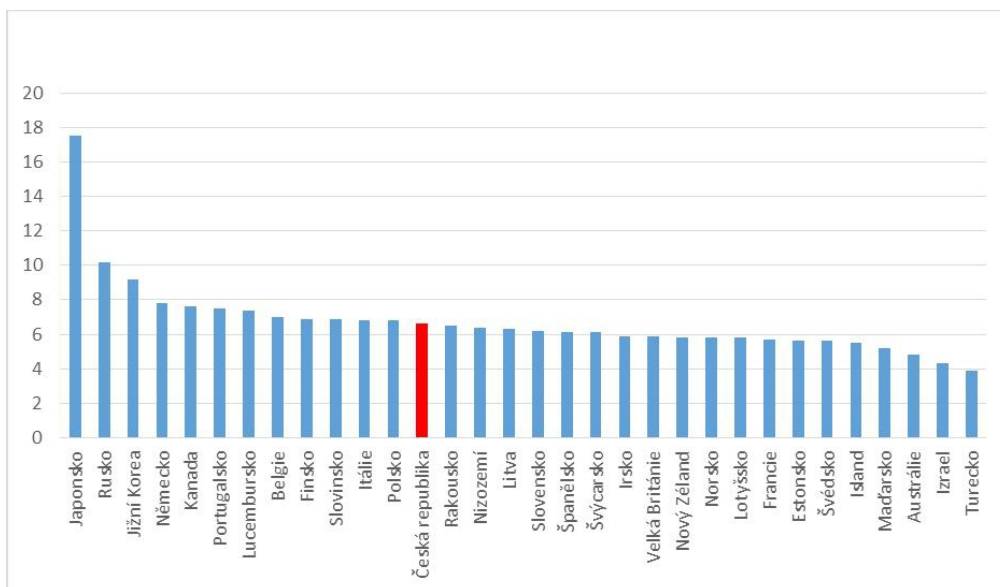
¹² viz Folland et al (2001)

			2013 - 2003
STC	7,7	7,2	-0,5
JHC	8	6,4	-1,6
PLZ	8,7	7,4	-1,3
KAR	8,2	6,6	-1,6
UST	8,5	6,8	-1,7
LIB	7,8	7,5	-0,3
HRA	8,7	7,7	-1
PAR	8,2	7,3	-0,9
VYS	8	6,2	-1,8
JHM	8,9	7,4	-1,5
OLO	7,6	5,9	-1,7
ZLI	7,5	6,3	-1,2
MSK	8,1	6,2	-1,9
PHA	8,8	6,9	-1,9
CZE	8,3	6,8	-1,5

Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze

Relativně nízká je i mezikrajová variance v tomto ukazateli a lze tedy předpokládat, že ve všech krajích probíhá modernizace způsobu léčby přibližně stejným tempem. Za pozitivní lze považovat i umístění ČR v mezinárodním srovnání, kdy se nachází zhruba ve středu srovnání zemí OECD. Zatímco vysoké hodnoty signalizují pravděpodobné neefektivitu v poskytování péče, příliš nízké hodnoty mohou signalizovat nedostatek péče (nejnižších hodnot dosahuje Turecko).

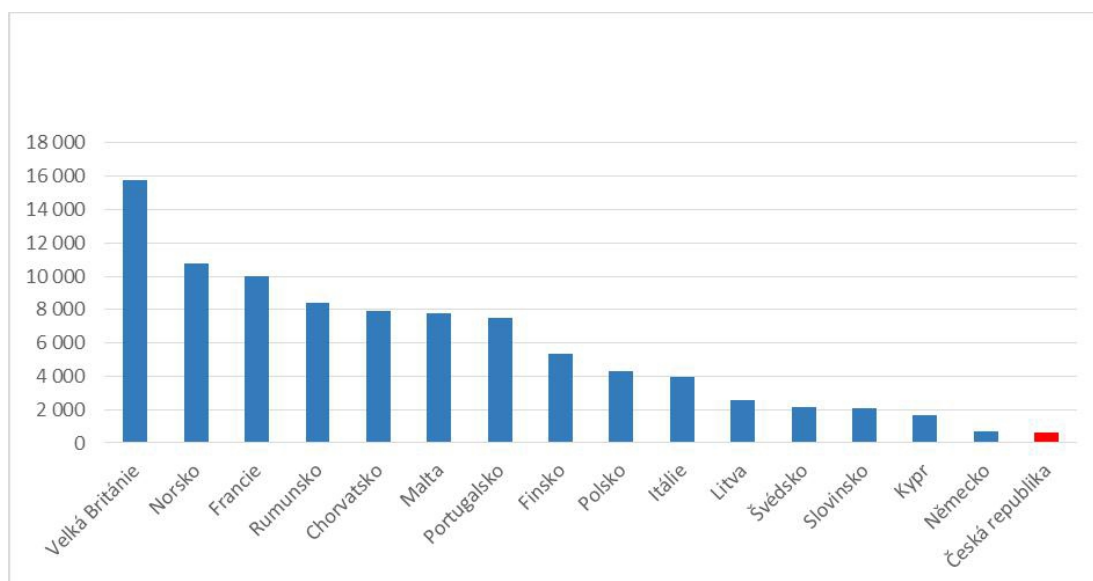
Graf č. 12: Průměrná doba hospitalizace ve dnech, 2012



Zdroj: OECD Health Data

Celkově lze tedy na základě nízké regionální disparity i dat z mezinárodního srovnání usoudit, že doba hospitalizace v ČR je adekvátní. Je otázkou přesahující rámec tohoto dokumentu, do jaké míry se na snížení podílely technologické změny a do jaké míry změny v úhradových mechanismech, které zapříčinili nevýhodnost dlouhých hospitalizací. Faktem ale zůstává, že poskytovatelé jsou zjevně schopni uzpůsobit poskytování péče novým trendům, což je jev pozitivní. V této souvislosti je proto poněkud překvapivá difference mezi ČR a většinou ostatních vyspělých zemích v míře užívání jednodenní chirurgie (viz graf č. 13) a je otázkou, zda spíše než nedostatkem nových technologií a organizací práce není tato disproporce způsobena nedostatkem úhradové motivace pro jednodenní chirurgii.

Graf č. 13: Počet jednodenních hospitalizací na 100 000 obyvatel, 2013



Zdroj: Eurostat databáze

5.2. Slabé stránky

5.2.1. Průměrná délka dožití

Mezi slabé stránky je jednoznačně nutno zařadit stále velké regionální diference u jednotlivých ukazatelů výsledků léčby. Rovněž naděje na dožití se mezi jednotlivými kraji výrazně liší, jak ukazuje Tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Průměrná délka dožití, 2003 a 2013

	Muži			Ženy			Rozdíl ženy - muži	
	2013	2003	rozdíl	2013	2003	roz- díl	2013	2003
STC	75,2	71,99	3,21	80,88	78,21	2,67	5,68	6,22
JHC	75,38	72,48	2,90	80,93	78,77	2,16	5,55	6,29
PLZ	75,52	72,32	3,20	80,89	78,55	2,34	5,37	6,23
KAR	74,11	71,52	2,59	80,01	77,47	2,54	5,90	5,95
UST	73,04	69,73	3,31	79,00	76,89	2,11	5,96	7,16
LIB	75,06	71,65	3,41	80,95	78,11	2,84	5,89	6,46
HRA	75,88	73,05	2,83	81,56	78,83	2,73	5,68	5,78
PAR	75,32	72,59	2,73	81,07	78,76	2,31	5,75	6,17
VYS	75,88	72,76	3,12	81,68	79,23	2,45	5,80	6,47
JHM	75,43	72,51	2,92	81,88	79,26	2,62	6,45	6,75
OLO	74,40	72,07	2,33	81,08	78,78	2,30	6,68	6,71
ZLI	74,79	72,00	2,79	81,56	79,00	2,56	6,77	7,00
MSK	73,81	70,68	3,13	79,99	77,97	2,02	6,18	7,29
PHA	77,32	73,68	3,64	82,08	79,15	2,93	4,76	5,47
CZE	75,23	72,03	3,20	81,13	78,51	2,62	5,90	6,48

Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze

Jak vidno z Tabulky č. 3, nejvyšší naděje na dožití mají obyvatelé Prahy, nejnižší pak obyvatelé Moravskoslezského a Ústeckého kraje. Za problematickou však není třeba považovat pouze existenci rozdílů, ale varující trend zvyšujících se rozdílů mezi některými

kraji. Nejvyšší přírůstky v naději na dožití zaznamenává Praha, která už v roce 2003 byla krajem s nejvyšší nadějí na dožití.

Středočeský kraj si v tomto ohledu vede také velmi dobře. Přírůstky samotné pak mohou být pro hodnocení krajského zdravotnictví přínosnější než výsledné hodnoty, neboť u nich nelze tolik předpokládat ovlivnění dalšími vlivy typu životního prostředí, které (kromě případů zásadní změny) nemívají vliv v krátkodobém horizontu.

5.2.2. Kojenecká úmrtnost

Naděje na dožití je důležitý ukazatel, který vypovídá o celkovém zdravotním stavu populace, nelze však jednoznačně říci, že kvalitu zdravotnictví lze *přímo* určit nadějí na dožití v jednotlivých regionech. Roli v naději na dožití můžou totiž hrát i jiné faktory, zejména environmentální faktory a rovněž socioekonomická situace obyvatelstva. Existují ale ukazatele, u nichž na mezinárodní úrovni dosahuje Česká republika jako celek výborných výsledků, ale výsledky v rámci jednotlivých krajů se výrazně liší. Zároveň se jedná o ukazatele, které nejsou ve větší míře ovlivňovány socioekonomickými a environmentálními vlivy. Příkladem takového ukazatele je kojenecká úmrtnost, definovaná jako počet zemřelých do jednoho roku věku připadající na 1000 živě narozených dětí. Tabulka č. 4 zachycuje kojeneckou úmrtnost napříč kraji v letech 2003 a 2013.

Tabulka č. 4: Kojenecká úmrtnost v letech 2003 a 2013

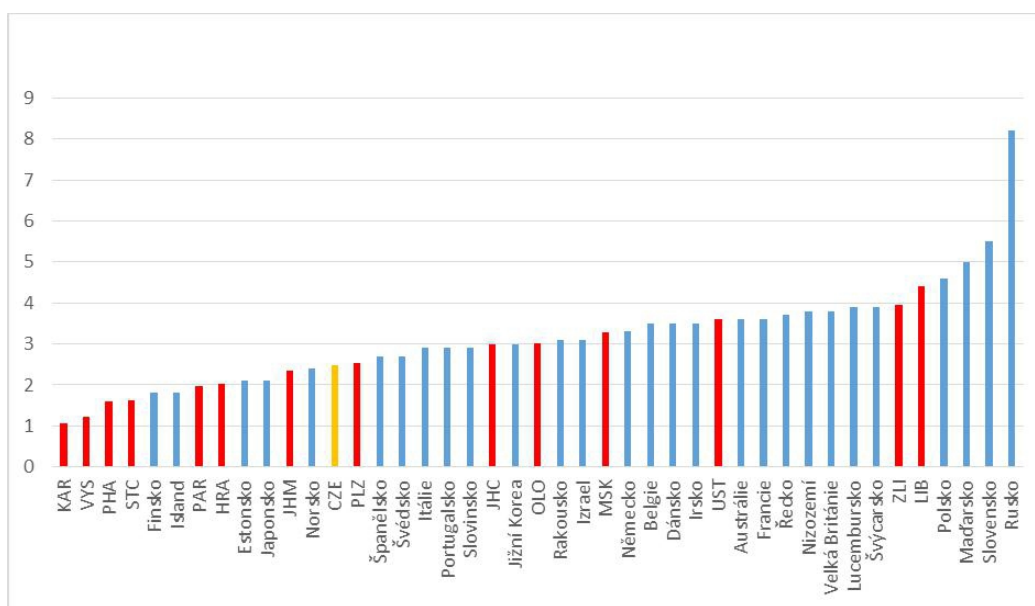
	2003	2013
KAR	8,31	1,06
VYS	2,93	1,22
PHA	2,49	1,59
STC	3,1	1,62
PAR	3,44	1,97
HRA	3,53	2,02
JHM	3,7	2,34
LIB	3,9	4,41
PLZ	4,86	2,54
JHC	3,49	2,98
OLO	3,26	3,01

MSK	4,16	3,28
UST	6,35	3,6
ZLI	3,69	3,94
CZE	3,71	2,48

Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze

Jak vidno z Tabulky č. 4, kvalita neonatologické péče se napříč regiony výrazně liší, Středočeský kraj patří mezi neúspěšnější kraje v tomto ohledu. Zhoršení v tomto ukazateli je v celosvětovém měřítku velmi nepravděpodobný jev, neboť kontinuálně dochází k zlepšování technologií, které jsou v neonatologické péči klíčovým faktorem¹³. Zajímavé je také učinit srovnání s jinými vyspělými zeměmi, které dává krajské výsledky do mezinárodního kontextu.

Graf č. 14: Kojenecká úmrtnost na 1 000 živě narozených, 2013



Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze, OECD Health Data

Z grafu č. 14 vyplývá, že zatímco kojenci v Praze, středních Čechách, Karlovarsku a Vysočině dostávají v celosvětovém měřítku špičkovou péči, kojenci na Zlínsku a Liberecku se musí spokojit s horší nadějí na přežití než jejich vrstevníci ve většině vyspělých zemích.

13 Proto lze za alarmující považovat fakt, že u dvou krajů nejenže nedošlo za posledních 10 let ke zlepšení situace, ale dokonce k mírnému zhoršení. Z hlediska analýzy kvality je tedy možno konstatovat, že Liberecký a Zlínský kraj pravděpodobně postrádají strategii neonatologické péče, která by jim umožňovala využít nové možnosti medicíny. Naopak Karlovarský kraj, Vysočina a Praha se nalézají v situaci, kdy pravděpodobně při současné existující technologii nelze očekávat lepší výsledky, než jakých je dosahováno a v celosvětovém měřítku se jedná o špičkovou péči.

5.2.3. Regionální nerovnost v přístupu k péči – selhávání ambulantní péče

Regionální nerovnost v přístupu k péči je obtížně měřitelná veličina a nelze ji identifikovat pouze za použití ukazatelů výsledku péče typu kojenecká úmrtnost. Je třeba rovněž zkoumat četnost užití zdravotnických služeb. Na datech za rok 2011 byla provedena rozsáhlá analýza, která odhaluje výrazné rozdíly ve spotřebě ústavní péče, které nejsou vysvětlitelné věkovou strukturou jednotlivých regionů. Za tímto účelem byla zkonstruována tzv. standardizovaná míra hospitalizace, vypočtená dle metodiky OECD jako:

$$SR_{ijt} = \sum \frac{ASR_{ijt} * POP_{ij}}{POP_j^{tot}}$$

kde

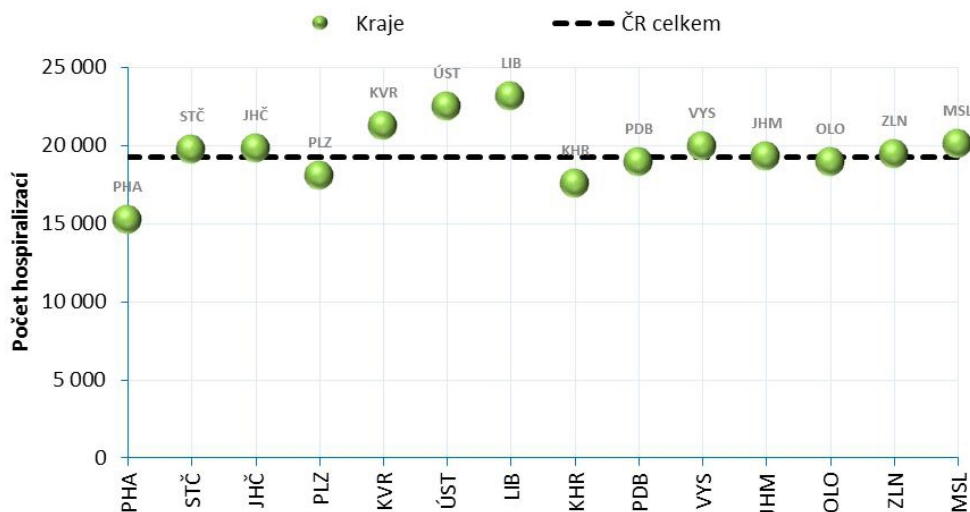
$$ASR_{ijt} = \frac{N_{ijt}}{POP_{ijt}}$$

a

- i = věková kategorie
- j = pohlaví
- t = region
- tot = počet za celou Českou republiku
- SR = standardizovaný počet událostí (hospitalizací, porodů apod.), obvykle udávána jako míra na 100 000 obyvatel (v případě porodů na 1000 porodů)
- ASR = specifické míry hospitalizace pro jednotlivé věkové skupiny a pohlaví
- N = počet událostí (hospitalizací)
- POP = počet obyvatel

Standardizace je potřebná právě pro odfiltrování vlivu věkové struktury. Po provedení standardizace pak je možné získat přehled o skutečné míře hospitalizací.

Graf č. 15: Standardizované počty hospitalizací, 2011



Zdroj: ÚZIS - Registr hospitalizací

Z grafu č. 15 vyplývá, že existuje významný rozdíl v pravděpodobnosti hospitalizace mezi obyvateli různých krajů. Je přitom nepravděpodobné, že by rozdíl byl způsoben nedostatkem lůžek v regionech s nižšími mírami. Nepravděpodobné je rovněž vysvětlení pomocí odlišností v demografické struktuře. Jako pravděpodobnější se jeví vysvětlení, že v regionech s vyššími mírami hospitalizace selhává ambulantní péče a vyšší míry jsou tak výsledkem horší kvality zdravotnictví a nerovnosti v přístupu k péči.

5.2.4. Centrálnost zdravotních politik

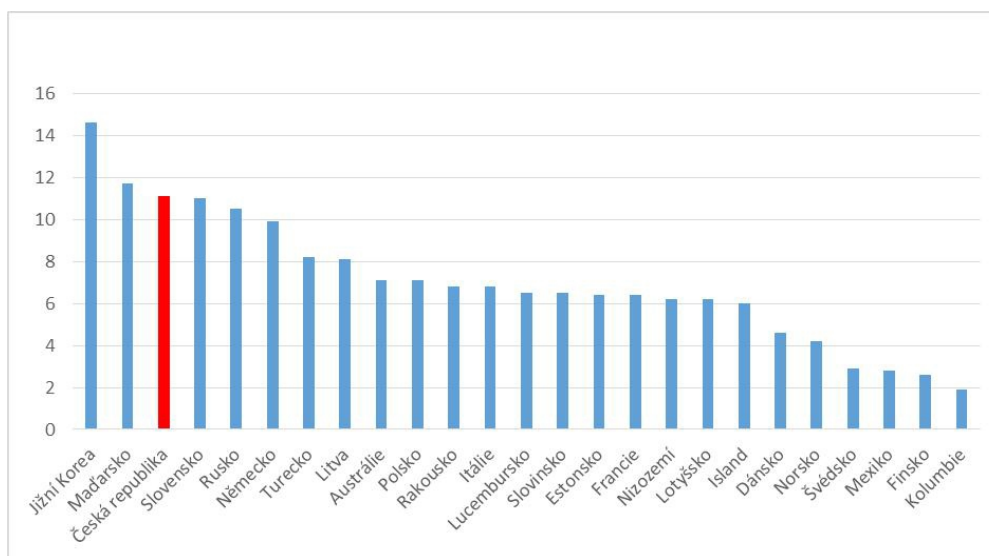
Dalším slabým místem krajských zdravotnictví je malá diferencovanost centrálních politik vzhledem ke specifickým potřebám obyvatelstva různých krajů. Zdravotní pojišťovny, až na výjimky (typu nový program VZP k navýšení počtu praktických lékařů v odlehlých oblastech), obvykle nijak nereflktují rozdílné úrovně nabídky zdravotních služeb ve vztahu k poptávce. Naopak, ve velkých aglomeracích, kde je kapacit relativní dostatek je přinejmenším akutní lůžková péče často lukrativnější než v malých regionálních nemocnicích

obsluhujících izolovanější populace (na vině jsou rozdíly v tzv. základních sazbách pro jednotlivé nemocnice).

5.2.5. Zneužívání systému

Slabým místem českého zdravotnictví je rovněž v mezinárodním srovnání vysoká míra poptávky po službách, kterou nelze vysvětlit pouze vyšší nemocností. Jak je patrné z Grafu č. 16 ve statistice návštěv u lékaře ČR zaujímá přední místo.

Graf č. 16: Počet návštěv u lékaře na osobu a rok, 2013



Zdroj: OECD Health Data

Značnou zátěž v prostředí České republiky nesou především praktičtí lékaři (viz Tabulka č. 5). Významné regionální rozdíly ale ukazují, že množství konzultací není korelováno jak s věkovou strukturou (jak by se dalo předpokládat vzhledem k vyšší nemocnosti ve vyšším věku), tak ani s celkovým množstvím lékařů.

Tabulka č. 5: *Roční počet návštěv u praktického lékaře na 100 obyv. v letech 2003 a 2013*

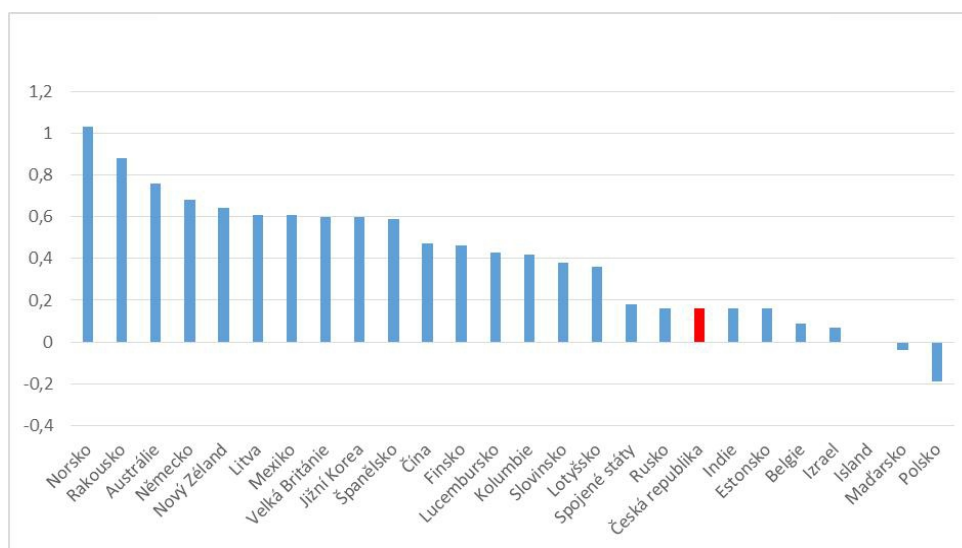
	2003	2013	Rozdíl
STC	569	346,7	-222,3
JHC	619,1	433,4	-185,7
PLZ	603,9	353,7	-250,2
KAR	543,2	362,6	-180,6
UST	585,4	424,9	-160,5
LIB	568,8	437,7	-131,1
HRA	648,3	455,8	-192,5
PAR	608,8	403,9	-204,9
VYS	570,8	388,1	-182,7
JHM	632,3	447,4	-184,9
OLO	603,9	469,6	-134,3
ZLI	646,1	462,7	-183,4
MSK	552	398,1	-153,9
PHA	518,3	380,6	-137,7
CZE	586,1	408,5	-177,6

Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze

5.2.6. Nízký přírůstek lékařů

V neposlední řadě pak i některé celorepublikové ukazatele v oblasti lidských zdrojů vykazují v mezinárodním srovnání spíše negativní trend. V počtu lékařů sice Česká republika nijak nezaostává, avšak dynamika přírůstku nových lékařů není nijak závratná a je otázka, zda bude s rostoucí poptávkou po lékařských službách dostačující.

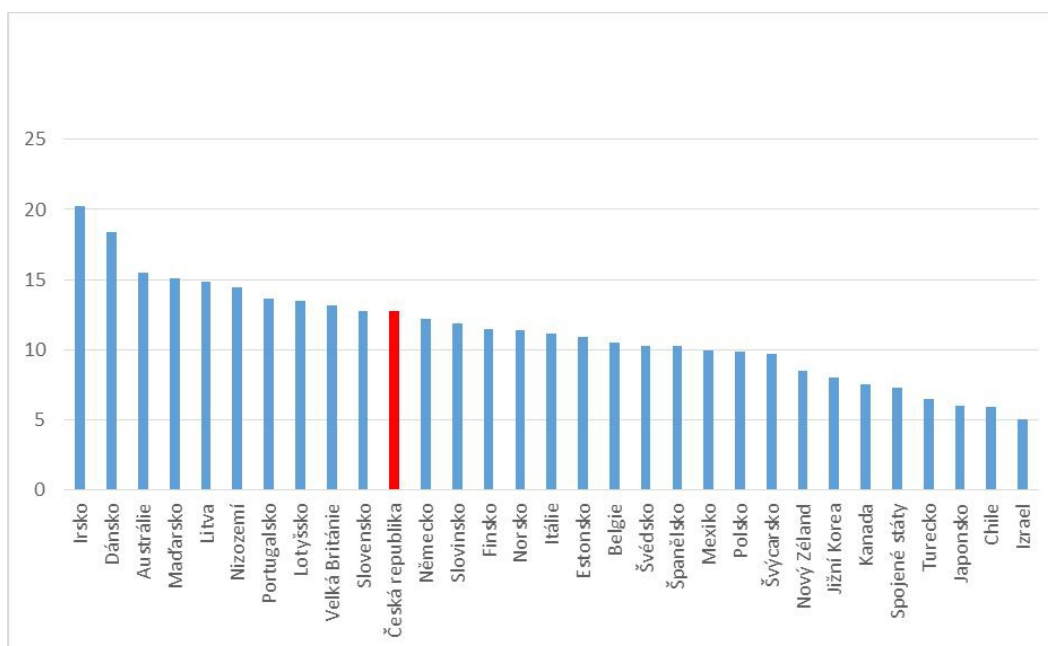
Graf č. 17: Přírůstek lékařů na 1 000 obyvatel, 2003-2013



Zdroj: OECD Health Data

S nárůstem počtu lékařů „z domácích zdrojů“ nelze příliš počítat. Česká republika přitom v mezinárodním srovnání nepatří mezi špičku zemí akcentující důraz na vzdělávání nových lékařů, jak ukazuje následující graf.

Graf č. 18: Absolventi lékařských fakult na 100 000 obyvatel, 2013

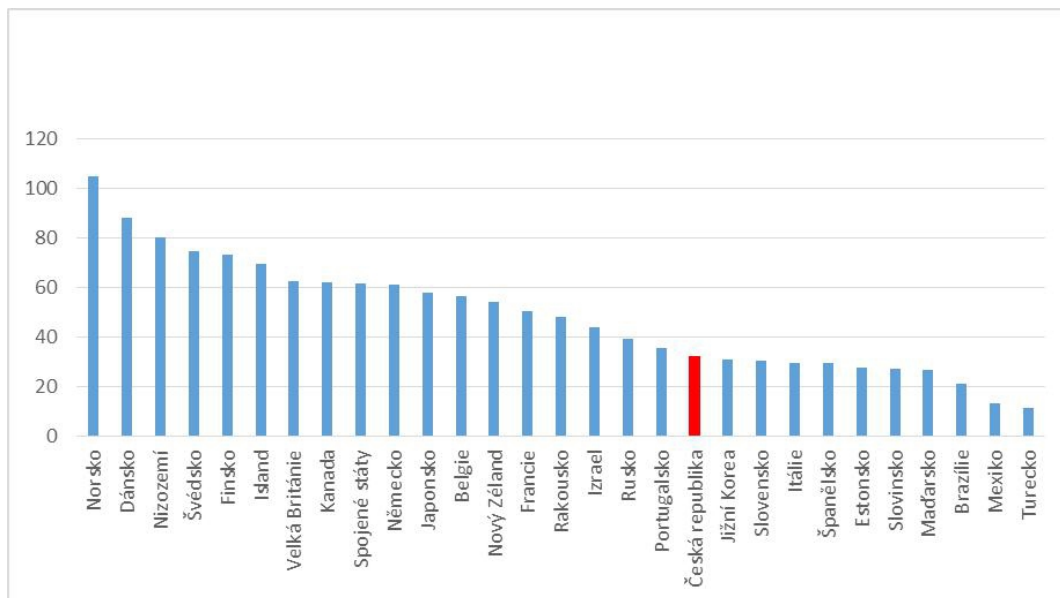


Zdroj: OECD Health Data

Je jistě pozitivem, že Česká republika unikla trendu ostatních zemí Visegrádské čtyřky (Maďarsko, Polsko, statistika za Slovensko není k dispozici) a lékařů neubývá, avšak oproti západoevropským zemím je přírůstek velmi nízký. Demografické hrozby jsou přitom pro Českou republiku minimálně stejně aktuální jako pro země západní Evropy. Stejně tak

problematická je i celková zaměstnanost ve zdravotnictví a sociálních službách, kde Česká republika v mezinárodním srovnání významně zaostává za většinou zemí OECD.

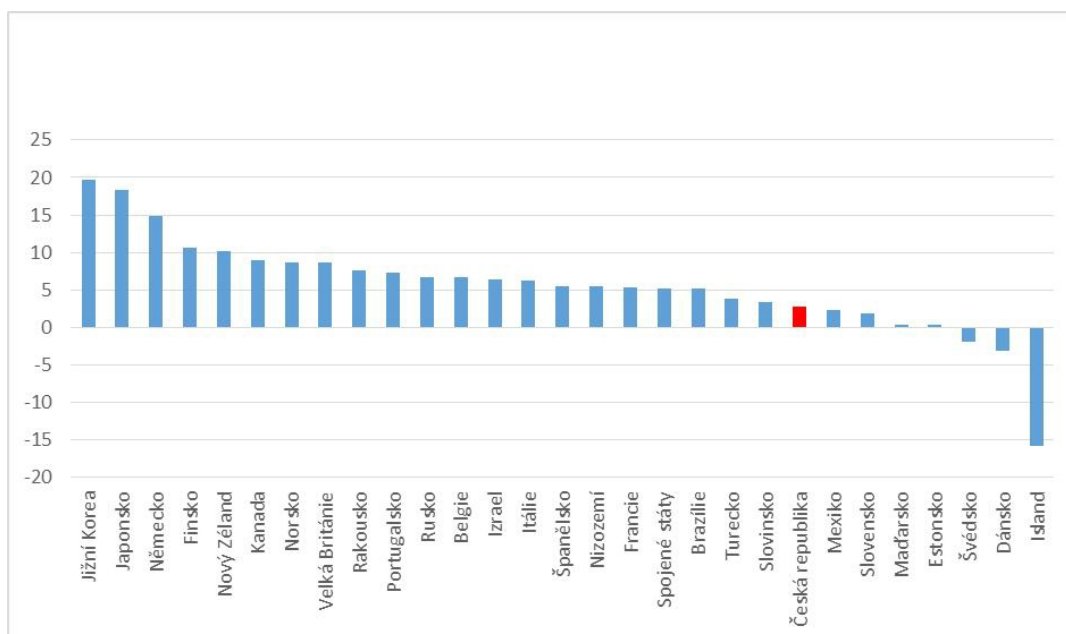
Graf č. 19: Zaměstnanost ve zdravotnictví a sociálních službách na 1 000 obyvatel, 2013



Zdroj: OECD Health Data

Rovněž nepříznivý je i vývoj za posledních deset let, kdy Česká republika v zásadě vůbec nezvýšila zaměstnanost ve zdravotnictví a sociálních službách a její pozice se tak vůči ostatním zemím s již tak vyšším lidským kapitálem v těchto oblastech zhoršila, jak ukazuje graf č. 20.

Graf č. 20: Přírůstek v zaměstnanosti ve zdravotnictví a sociálních službách na 1 000 obyvatel, 2003-2013



Zdroj: OECD Health Data

5.2.7. Souhrn

Tyto statistiky spolu s relativně příznivou statistikou celkového počtu lékařů posilují hypotézu, že lékařů je v České republice dostatek, ale mohou být přetížení jak v důsledku některých nepříznivých poptávkových vlivů (velký počet návštěv, minimální regulace poptávky), tak i vlivem toho, že musejí vykonávat některé činnosti, které v jiných zemích jsou delegovány na jiný druh zdravotnického personálu nebo souvisí se sociálními službami. Úkolem každé koncepce zdravotnictví by tak mělo být snažit se o lepší sladění těchto dvou oblastí a jejich návaznosti tak, aby vysoce kvalifikovaná pracovní síla (lékaři), nebyla zbytečně využívána k činnostem, které by měly zvládnout jiné typy pracovníků.

5.3. Příležitosti

Příležitosti ve zdravotnictví z pohledu krajů obecně jsou limitovány institucionálními faktory popsány v jiné části tohoto dokumentu. Jednotlivé kraje z pohledu ekonomiky zdravotnických zařízení mohou jen velmi omezeně respektive vůbec ovlivnit úhrady a tím jsou limitovány i při zvyšování nabídky zdravotních služeb. Příležitosti v rámci ekonomiky zdravotnických zařízení je však obtížné hledat i na výdajové straně, neboť zejména tlak na zvyšování mzdového ohodnocení zdravotnických pracovníků znemožňuje realizovat rozsáhlejší úspory oproti současnému stavu. Jako účelné se tedy jeví nevidět příležitosti krajů

primárně v krajských zdravotnických zařízeních jako takových, ale spíše v jejich vztahu s ostatními aktéry určujícími finanční toky ve zdravotnictví.

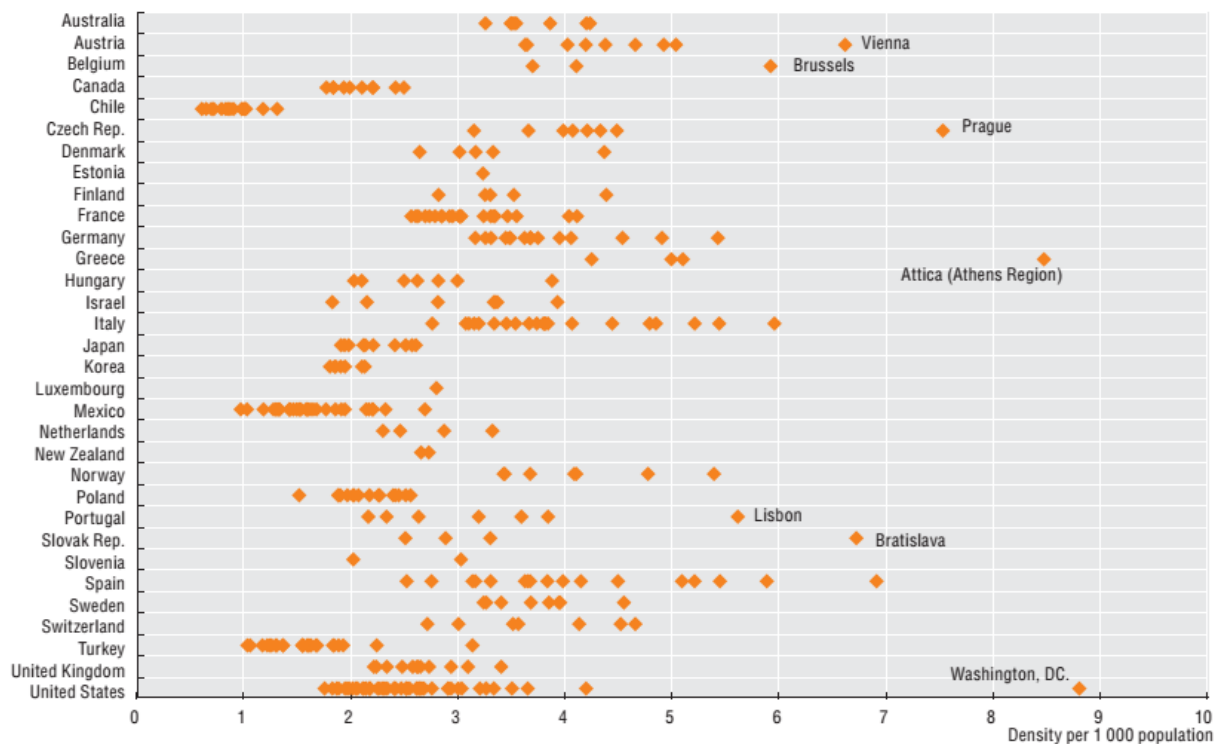
5.3.1. Tlak na narovnání plateb ve zdravotnictví

Z tohoto pohledu je překvapivé, že doposud probíhá jen velmi malá snaha o narovnání úhrad ze strany zdravotních pojišťoven, kdy velké fakultní nemocnice jsou často za stejné výkony odměňovány úhradou o desítky procent vyšší, než je tomu u krajských zařízení. Institut takzvané individuální základní sazby, který určuje, kolik za daný typ hospitalizace ta která nemocnice dostane a udržuje tak rozdíly mezi úhradami jednotlivých nemocnic se stále objevuje v úhradových vyhláškách Ministerstva zdravotnictví a následně v úhradových dodatcích zdravotních pojišťoven. Nově jsou pak staré nerovnosti v úhradách konzervovány paušální platbou, která je navázána na platby minulých období. Kraji zřizovaná zařízení vesměs na současném systému prodělávají, jako příležitost se tedy jeví větší spolupráce a zapojení do procesu tvorby úhradových mechanismů.

5.3.2. Pobídky pražským lékařům

Kraje také v současné době mohou oprávněně upozorňovat na rostoucí nerovnosti v lidských zdrojích mezi jednotlivými kraji a zejména mezi regiony a Prahou. Graf č. 21 ukazuje, že rozdíl v lidských zdrojích mezi hlavním městem a ostatními regiony sice existuje, ale v případě České republiky je enormní. Pro zajímavost, kromě Washingtonu D. C. a Atiky (oblast Řecka obsahující hlavní město Atény) se nikde jinde na světě nevyskytuje na jednoho obyvatele tolik lékařů, jako v hlavním městě Praha. Příležitostí je tedy jednoznačně vytvoření analýzy zkoumající potřebnost pražské sítě v jejím současném rozsahu a případný tlak na přesun kapacit do regionů (například pobídkami pro nové poskytovatele v regionech).

Graf č. 21: Regionální počty lékařů per capita v mezinárodním srovnání



Zdroj: OECD Health at Glance 2013

5.3.3. Motivace mediků

Rovněž struktura lékařů představuje do budoucna příležitost (při nečinnosti však hrozbu). Celkový počet lékařů roste, avšak základní služby představované praktickým lékařem se stávají méně dostupné (viz Tabulka č. 6).

Tabulka č. 6. *Počet obyvatel na jednoho praktického lékaře pro dospělé 2003 a 2010¹⁴*

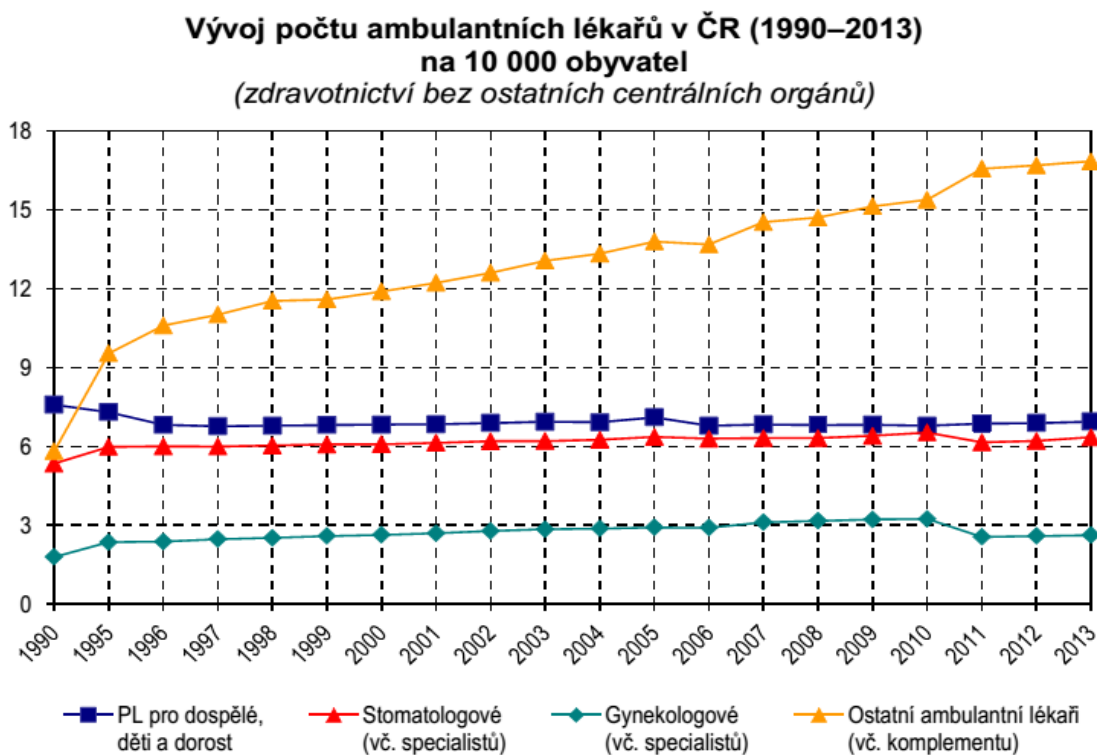
	2003	2010	Rozdíl
STC	1 776	2 082	306
JHC	1 607	1 611	5
PLZ	1 531	1 706	175
KAR	1 787	1 857	70
UST	1 816	1 822	5
LIB	1 751	1 842	92
HRA	1 699	1 575	-125
PAR	1 733	1 894	161
VYS	1 889	1 869	-20
JHM	1 545	1 653	107
OLO	1 576	1 516	-60
ZLI	1 666	1 678	12
MSK	1 742	1 697	-45
PHA	1 434	1 436	2
CZE	1 655	1 701	46

Zdroj: ÚZIS DPS-k databáze

To naznačuje, že lékaři volí jiné, lukrativnější obory. Příležitostí pro kraje je tedy do budoucna motivovat lékaře ke zvolení takové profesní dráhy, která bude lépe odpovídat potřebám krajské populace a poptávce po péči. To představuje především odklon od trendu stále se zvyšujícího počtu ambulantních specialistů a posílení kmene praktických lékařů. Počty ambulantních lékařů setrvale rostou (viz Graf č. 22), což naznačuje, že se z pohledu lékařů jedná o zajímavější profesní dráhu, než je praktický lékař.

14 Pozn. V databázi ÚZIS ČR jsou za roky 2011-2013 prokazatelně chybné údaje, proto je používán rok 2010

Graf č. 22: Vývoj počtu ambulantních lékařů v ČR na 10 000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS – Síť zdravotnických zařízení 2013

Příležitostí je paradoxně i mzdová politika. Třebaže ve srovnání se západoevropskými zeměmi Česká republika nemůže konkurovat v nominální mzdě, mnohé kraje s relativně menším počtem lékařů nabízejí v průměru poměrně zajímavé ohodnocení (srovnáno s Prahou, viz Tabulka č. 7) a nabízí se tak příležitost personální politikou poněkud vyrovnat diferenci v lidských zdrojích mezi Prahou a ostatními regiony.

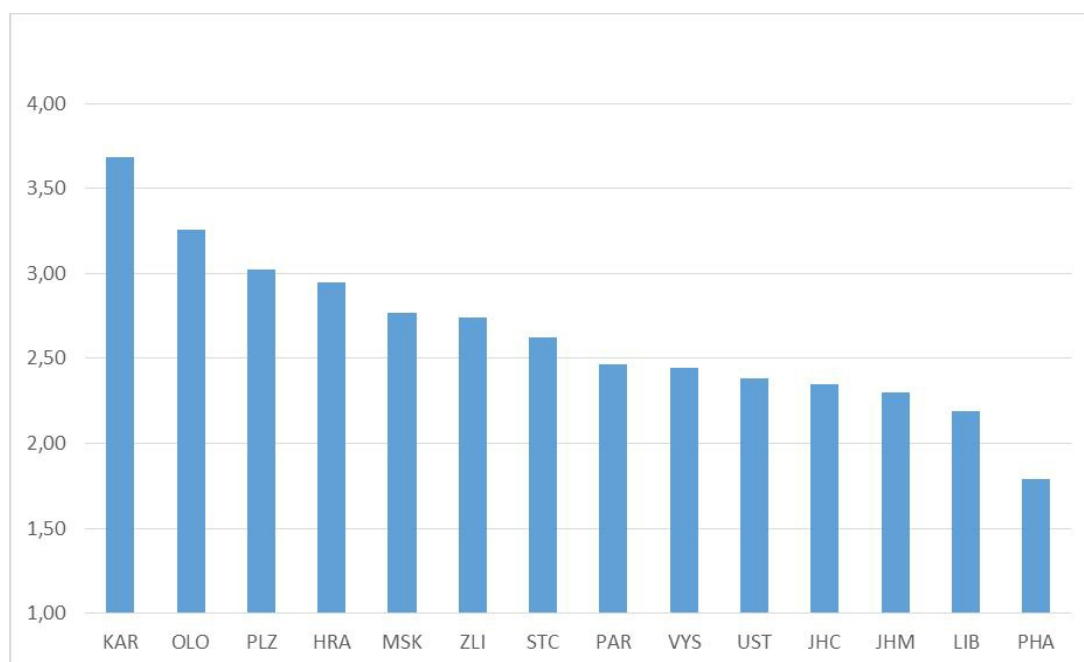
Tabulka č. 7: Průměrná mzda lékaře v letech 2003 a 2013

	2003	2013	Rozdíl
STC	32 722	65 664,40	32 942
JHC	34 764	52 627,50	17 864
PLZ	35 716	72 222,80	36 507
KAR	36 583	78 994	42 411
UST	34 932	54 302,10	19 370
LIB	32 576	50 454	17 878
HRA	38 298	66 992,20	28 694
PAR	33 034	54 348	21 314
VYS	35 344	55 327,20	19 983
JHM	35 027	55 631,90	20 605
OLO	38 542	72 530,70	33 989
ZLI	33 953	60 240,10	26 287
MSK	36 577	64 265,30	27 688
PHA	37 853	58 836,30	20 983
CZE	35 814	60 635,30	24 821

Zdroj: ÚZIS – DPS-k databáze

Rozdíl vynikne ještě markantněji, pokud není porovnávána nominální mzda, ale je zanalyzováno, na kolikanásobek průměrné mzdy daného regionu si lékař přijde. Ze srovnání z následující tabulky plyne, že platové ohodnocení by nemělo být markantním problémem v regionech, ale spíše v Praze. Fakt, že tomu tak není, vypovídá o tom, že lékaře pražské nemocnice přitahují i jinými výhodami než jen platem (mzdou). Z faktorů, které zaměstnavatel může ovlivnit, zejména připadá v potaz profesionální rozvoj, kdy špičková pracoviště hlavního města mají pravděpodobně lepší potenciál zaujmout uchazeče na trhu práce. Existují samozřejmě i další faktory typu občanská vybavenost, které mohou lékaře motivovat k působení v Praze, avšak z pohledu krajských zdravotnictví jsou irelevantní, neboť neexistuje způsob, jak tyto vlivy pomocí krajské strategie zdravotnictví neutralizovat.

Graf č. 23: Plat lékaře/průměrný plat v regionu, 2013



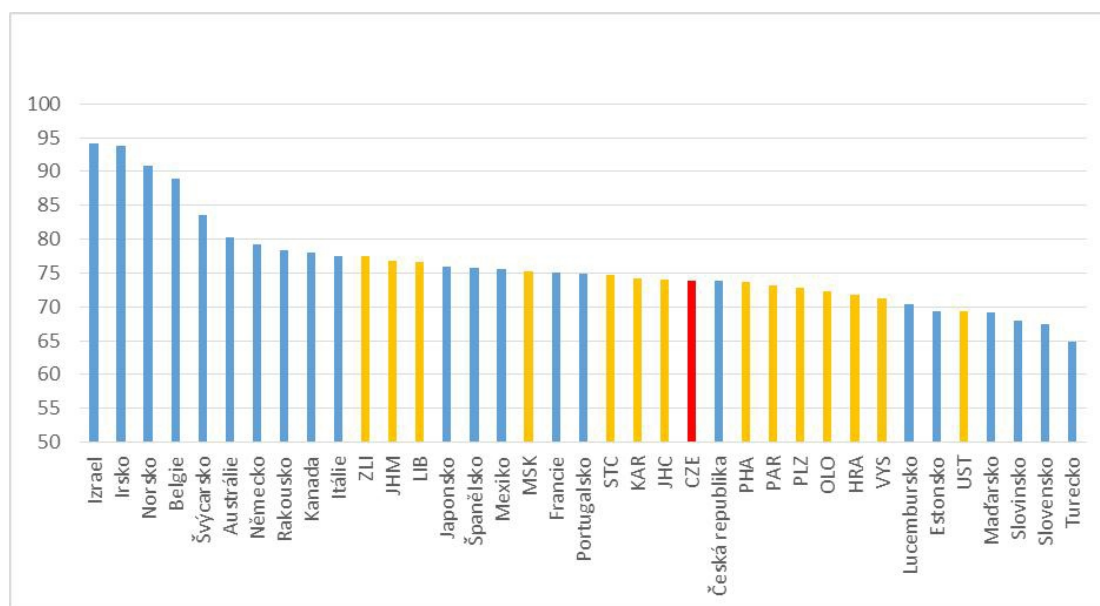
Zdroj: ÚZIS – DPS-k databáze, www.czso.cz, vlastní výpočty

Otázkou však zůstává, zda tyto statistiky lze extrapolovat i na organizace s platem (statistiky ÚZIS jsou pouze za organizace se mzdou, tedy akciové společnosti).

5.3.4. Optimalizace lůžkového fondu

Jednou z mála oblastí, kde krajské reprezentace stále mohou v některých případech realizovat úspory, je optimalizace lůžkového fondu. Statistiky obložnosti stále ukazují na poměrně značnou neefektivitu využití současných zdrojů, jak je vidět na mezinárodním srovnání v Grafu č. 24. Cílem by zcela jistě nemělo být dosažení plného využití lůžkového fondu, což by značilo spíše nedostatek kapacit a představovalo hrozbu v případě mimořádných situací, je nicméně jen těžko obhajitelné, aby se celková obložnosti pohybovala na cca 73%, když země s pokročilým zdravotnictvím a velmi vysokou životní úrovní typu Irska, Norska či Izraele dokážou efektivně operovat s mnohem větší obložnosti na úrovni cca 90%.

Graf č. 24: Obložnost lůžek v procentech, 2013¹⁵



Zdroj: OECD Health Data, ÚZIS DPS-k databáze

S obložností lůžek a lůžkovou kapacitou obecně souvisí i další statistika a to migrace pacientů za léčbou do jiného kraje, než je kraj jejich bydliště. Následující Tabulka č. 8. ukazuje stav v roce 2011. Důležitým ukazatelem, který může napomoci identifikovat příležitosti je i migrace pacientů za zdravotní péčí.

¹⁵ Pozn. krajská data byla standardizována tak, aby odpovídala metodice OECD, srovnání u zemí je za rok 2013 či v případě nedostupnosti dat za rok 2013 za rok 2012.

Tabulka č. 8: Migrace za hospitalizací 2011 celkem

kraj byd- liště	Kraj poskytovatele													
	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
PHA	90,2	5,1	0,9	0,4	0,2	0,5	0,6	0,5	0,2	0,4	0,4	0,1	0,1	0,3
STC	27,6	67,1	0,6	0,4	0,1	0,7	0,8	0,7	0,4	0,7	0,6	0,1	0,1	0,1
JHC	5,3	0,8	89,8	0,9	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	1,5	0,8	0,1	0,1	0,1
PLZ	3,4	1,3	1,4	90,9	1,5	0,2	0,2	0,4	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
KAR	8,3	0,6	0,6	8,1	78,5	1,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,8	0,3	0,2	0,2
UST	8,4	1,9	0,2	0,4	0,6	85,9	1,6	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,0	0,1
LIB	15,7	4,1	0,2	0,4	0,1	1,6	74,8	2,4	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1
HRA	3,4	1,3	0,2	0,1	0,0	0,2	3,1	88,1	2,3	0,3	0,6	0,2	0,1	0,2
PAR	2,9	1,6	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	8,1	79,5	2,4	2,7	1,6	0,2	0,3
VYS	3,9	0,6	1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6	0,5	83,0	8,7	0,3	0,1	0,2
JHM	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	1,0	95,2	0,8	0,8	0,3
OLO	1,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	2,5	89,3	1,7	4,0
ZLI	1,5	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	6,1	4,1	84,4	3,2
MSK	1,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9	2,2	0,6	94,4

Zdroj: ÚZIS – Registr hospitalizací

Tabulka č. 8 ukazuje procenta osob dle bydliště a adresy poskytovatele, u kterého byli hospitalizováni. Jak vidno, Praha stále slouží i významnému počtu osob ze Středočeského kraje. Co je ovšem překvapivější, byť to není hlavním předmětem tohoto dokumentu, je poměrně značná migrace do Prahy i z kraje Libereckého, což by ukazovalo na to, že Liberecký kraj buď disponuje méně specializovanými pracovišti než Praha i ostatní regiony,

nebo část obyvatel Libereckého kraje nemá důvěru v poskytované služby a volí raději pražská pracoviště¹⁶.

Tabulka č. 9: Migrace za hospitalizací 2011 – těhotenství, porod a šestinedělí

kraj bydliště	Kraj poskytovatele													
	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK
PHA	87,5	8,0	0,7	0,4	0,1	0,6	0,4	0,8	0,2	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3
STC	25,6	69,1	0,7	0,4	0,1	0,7	0,5	1,2	0,3	0,9	0,3	0,2	0,1	0,1
JHC	3,0	1,2	91,7	0,7	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	2,0	0,4	0,1	0,1	0,2
PLZ	2,0	2,4	2,6	91,1	0,6	0,2	0,2	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
KAR	3,2	0,6	0,5	8,4	84,1	1,5	0,2	0,4	0,1	0,1	0,6	0,1	0,1	0,0
UST	3,4	4,4	0,3	0,3	0,3	89,5	0,9	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
LIB	8,0	4,1	0,3	0,3	0,1	1,9	82,7	2,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2
HRA	2,7	1,3	0,1	0,1	0,0	0,1	7,2	83,8	3,6	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
PAR	1,8	2,4	0,2	0,1	0,0	0,1	0,5	7,7	82,2	1,6	1,5	1,5	0,1	0,2
VYS	2,5	1,2	1,9	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	86,4	5,6	0,2	0,1	0,3
JHM	1,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,8	95,0	0,6	1,3	0,2
OLO	1,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	1,7	90,6	2,8	1,6
ZLI	1,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	2,8	2,1	91,5	1,2
MSK	1,4	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,7	1,5	1,1	94,1

Zdroj: ÚZIS – Registr hospitalizací

Z hlediska kvality péče tedy mnoho krajů má významný prostor pro zlepšení, což představuje významnou příležitost. Středočeský kraj z tohoto srovnání vychází velmi dobře. Objevené

¹⁶ Tuto hypotézu lze potvrdit analýzou migrace v diagnóze Těhotenství, porod a šestinedělí, neboť platí, že se zde až na výjimky jedná o péči plánovanou a s výjimkou nejobtížnějších případů by měl každý kraj disponovat potřebnou infrastrukturou. Opět se ukazuje relativně nízký podíl obyvatel Libereckého kraje, který využívá služeb tamních oddělení neonatologie a gynekologie a porodnictví.

regionální disparity by měly posloužit jako motivace ke sdílení „dobré praxe“ ze strany úspěšných regionů a u těch méně úspěšných jako výchozí bod podrobné analýzy, proč v daných oblastech region nedosahuje dobrých výsledků.

5.4. Hrozby

5.4.1. Demografický vývoj

Hrozby pro krajské zdravotnictví vyplývají především z demografické struktury jednotlivých regionů, a to nejen demografické struktury obyvatelstva jako celku, ale i demografické struktury lékařů. Stárnutí obyvatelstva je dobře známý fakt, který nelze v krátkodobém ani střednědobém horizontu nikterak ovlivnit. Otázkou tedy zůstává pouze to, jak se na tuto zásadní hrozbu připravit. Z analytického hlediska lze přitom problém se stárnutím a změnami obyvatelstva rozdělit na dvě části.

Za prvé, obecný problém České republiky, kdy dochází a dále bude akcelerovaně docházet ke zvyšování podílu obyvatelstva staršího 65 let. Z toho bude vyplývat zvýšení zátěže pro zdravotnictví jako celek a podstatné zvýšení nákladů, jak dokládá i analýza Evropské komise, která předpokládá do roku 2060 nárůst nákladů na zdravotnictví ve výši 1% HDP a k tomu navíc nárůst nákladů na dlouhodobou péči (v kontextu EU analýzy obsahující jak komponenty zdravotnického systému – např. lůžka následné péče, tak i sociální péči) ve výši 0,7%, což představuje zdvojnásobení současných nákladů. V rámci celé EU se jedná o mírně nadprůměrné zvýšení zátěže (viz Tabulka č. 10).

Tabulka č. 10: Změny v nákladech na dlouhodobou péči v % HDP 2013-2060

	2013	2060	Change 2013-2060	
			pp.	In %
BE	2.1	3.9	1.8	83%
BG	0.4	0.6	0.2	58%
CZ	0.7	1.5	0.8	101%
DK	2.4	4.7	2.2	92%
DE	1.4	3.0	1.6	117%
EE	0.6	1.3	0.7	130%
IE	0.7	1.5	0.8	124%
EL	0.5	1.0	0.5	98%
ES	1.0	2.6	1.6	159%
FR	2.0	2.9	0.9	47%
HR	0.4	0.5	0.1	28%
IT	1.8	2.8	1.0	58%
CY	0.3	0.5	0.3	109%
LV	0.6	0.8	0.2	34%
LT	1.4	2.4	1.0	75%
LU	1.5	3.3	1.9	128%
HU	0.8	1.3	0.5	70%
MT	1.1	2.4	1.3	116%
NL	4.1	7.7	3.5	86%
AT	1.4	2.8	1.4	101%
PL	0.8	1.8	1.0	127%
PT	0.5	0.9	0.4	98%
RO	0.7	1.7	1.0	143%
SI	1.4	3.0	1.6	112%
SK	0.2	0.7	0.5	205%
FI	2.4	4.8	2.3	96%
SE	3.6	5.5	1.8	51%
UK	1.2	1.6	0.4	37%
NO	5.8	10.0	4.2	72%
EA	1.7	3.1	1.4	84%
EU	1.6	2.9	1.3	76%

Zdroj: European Commission, The 2015 Ageing Report

Druhou část problému pak představují specifické problémy jednotlivých krajů a změny ve velikosti a složení krajských populací, které nebudou souviset jen se stárnutím, ale i s předpokládanou vnitřní migrací obyvatelstva¹⁷. Zásadní zprávou pro dlouhodobé plánování nejen v oblasti zdravotnictví je zejména celkový projektovaný počet obyvatel.

Z Tabulky č. 11 je přitom zřejmé, že mezi roky 2013 a 2051 dojde k zásadním posunům ve velikosti populace jednotlivých krajů, Středočeský kraj nevyjímaje.

¹⁷ Pro účely tohoto dokumentu pomeňme potencionální problém související s aktuální situací ohledně možných migračních vln z vně České republiky.

Tabulka č. 11: Projekce obyvatelstva – celkem obyvatel**Projektovaný počet obyvatel podle krajů (stav k 1. 1.)**

Kraj	Počet obyvatel (tis.)					Pořadí		Index 2051 / 2013
	2013 ¹	2021	2031	2041	2051	2013	2051	
Hlavní město Praha	1 246,8	1 250,1	1 279,2	1 321,3	1 385,40	2.	2.	1,11
Středočeský	1 291,8	1 370,9	1 440,0	1 478,1	1 492,50	1.	1.	1,16
Jihočeský	636,6	637,7	631,3	617,2	600,1	7.	6.	0,94
Plzeňský	572,7	577,5	577,8	572,8	566,3	9.	7.	0,99
Karlovarský	301,7	291,2	277,9	263,4	250,2	14.	14.	0,83
Ústecký	826,8	813,8	789,6	756,2	718,5	5.	5.	0,87
Liberecký	438,6	438,8	435,4	427,9	419,3	13.	13.	0,96
Královéhradecký	552,9	546,7	535,3	519,2	502,1	10.	9.	0,91
Pardubický	516,4	513,8	508,5	498,5	487,3	11.	11.	0,94
Vysočina	511,2	503,3	490,4	471,6	449,9	12.	12.	0,88
Jihomoravský	1 168,7	1 170,8	1 163,1	1 144,0	1 122,20	4.	3.	0,96
Olomoucký	637,6	626,3	609,8	586,8	561,7	6.	8.	0,88
Zlínský	587,7	574,8	553,5	526,0	496	8.	10.	0,84
Moravskoslezský	1 226,6	1 183,5	1 123,8	1 052,9	978,5	3.	4.	0,80

¹ reálná data

Zdroj: Český statistický úřad – www.czso.cz

Zejména moravské kraje budou výrazně zasaženy úbytkem obyvatel. Pro ilustraci, v případě Moravskoslezského kraje se bude jednat o úbytek ve výši 20%, což je historicky bezprecedentní (pokud pomineme poválečné odsuny) vývoj, na který v současné době dlouhodobé koncepce nejsou připraveny. Situace se může negativně dotknout zejména menších sídel, kde z hlediska poptávky po službách bude stále méně ekonomické udržovat současné geografické pokrytí některých poskytovaných služeb. Pokud nebude změněn současný způsob financování¹⁸, pak budou kraje časem postaveny před dilema, zda výrazným způsobem subvencovat poskytování zdravotních služeb v odlehlejších oblastech s úbytkem populace¹⁹, nebo dopustit výrazné zhoršení dostupnosti zdravotních služeb.

Za povšimnutí stojí rovněž očekávané migrační saldo krajů. Z něj vyplývá, že mimo Moravskoslezského kraje se v budoucnu čekají spíše přírůstky obyvatelstva touto cestou.

Pokud by k naplnění tohoto předpokladu nedošlo, dá se předpokládat, že celkový úbytek obyvatelstva v mnoha krajích bude ještě znatelnější. Středočeský kraj v tomto srovnání vychází jako kraj s vůbec nejvyšším očekávaným přírůstkem populace z titulu migrace.

Tabulka č. 12: Projekce obyvatelstva – migrace

¹⁸ Ten je odvislý od produkce zdravotnického zařízení a z pohledu hospodárnosti zdravotnického systému jako celku dává smysl, neboť systém zdravotnictví ČR nedisponuje natolik štedrým financováním, aby si mohl dovolit udržování neužívaných zdravotnických kapacit.

¹⁹ Je samozřejmě otázkou, zda na takovéto subvencování budou k dispozici zdroje, neboť úbytek populace bude vyžadovat i další investice mimo zdravotnictví.

Očekávané saldo migrace podle krajů

Kraj	2012 ¹	2013 ²	2020	2030	2040	2050
Hlavní město Praha	3 351	-4 464	505	2 810	3 972	5 311
Středočeský	10 795	9 810	8 760	7 121	5 036	3 614
Jihočeský	322	451	717	1 061	1 129	1 327
Plzeňský	1 213	1 213	1 434	1 714	1 755	1 889
Karlovarský	-1 187	-920	-493	-47	236	524
Ústecký	-518	-285	73	404	494	726
Liberecký	-212	-121	318	567	643	800
Královéhradecký	-552	-254	85	488	622	869
Pardubický	47	-131	420	847	883	1 061
Vysočina	-655	-800	-216	239	350	573
Jihomoravský	1 707	281	812	1 477	1 580	1 841
Olomoucký	-631	-802	-143	393	503	752
Zlínský	-737	-584	-284	144	277	512
Moravskoslezský	-2 650	-3 488	-2 371	-1 422	-1 012	-475

¹ reálná data

² odhad na základě předběžných údajů za 1. - 3. čtvrtletí roku 2013

Zdroj: Český statistický úřad – www.czso.cz

V neposlední řadě je zajímavá také věková struktura obyvatelstva, která velmi silně poukazuje na to, že některé kraje budou v budoucnu čelit zásadním problémům se zajištěním péče. Klíčová je v tomto ohledu zejména diference mezi současným stavem a projekcí pro rok 2050 u podílů občanů s věkem vyšším než 65 let. U všech krajů dojde ke zvýšení, ale zatímco dnes je Praha krajem nejstarším, v roce 2051 bude krajem s nejmladším obyvatelstvem. Oproti tomu výsledky většiny ostatních krajů jsou varující. U Moravskoslezského a Zlínského kraje tak úbytek obyvatelstva bude doprovázen navíc ještě jeho radikálním zestárnutím. Zejména v odlehlých oblastech bude tento vývoj znamenat riziko zániku některých sídel a zvýšení logistických problémů s obsluhou stárnoucího obyvatelstva. Kraje by tak měli zvýšenou pozornost věnovat mobilním zdravotně-sociálním službám, jakož i lůžkovým kapacitám pro zdravotně-sociální péči. V ostatních oblastech péče bude velmi těžkým úkolem postupně utlumovat kapacity vzhledem k úbytku populace tak, aby přitom nedocházelo k místním výpadkům péče, ale zároveň bylo poskytování péče ekonomicky udržitelné.

Tabulka č. 13: Projekce obyvatelstva – věková struktura

Zastoupení hlavních věkových skupin obyvatelstva podle krajů (stav k 1. 1.)

v %

Kraj	0–14 let			15–64 let			65 a více let		
	2013 ¹	2031	2051	2013 ¹	2031	2051	2013 ¹	2031	2051
Hlavní město Praha	13,7	14,0	14,5	68,7	65,4	61,5	17,6	20,6	24,0
Středočeský	16,2	14,7	14,7	68,0	63,5	56,1	15,8	21,8	29,2
Jihočeský	14,9	13,2	13,1	68,2	61,6	54,6	16,9	25,2	32,3
Plzeňský	14,5	13,0	13,2	68,2	62,4	55,5	17,3	24,6	31,3
Karlovarský	14,8	11,9	11,8	69,2	62,6	55,4	16,0	25,5	32,8
Ústecký	15,5	12,8	12,5	68,8	63,3	55,8	15,7	23,9	31,8
Liberecký	15,4	13,5	13,6	68,3	62,5	55,6	16,2	24,0	30,8
Královéhradecký	14,8	12,9	13,0	67,4	61,4	54,6	17,8	25,6	32,4
Pardubický	15,0	13,3	13,2	68,0	62,4	55,4	17,0	24,3	31,3
Vysočina	14,8	12,7	12,3	68,1	61,4	53,6	17,2	25,8	34,1
Jihomoravský	14,6	13,2	13,2	68,2	62,7	55,5	17,3	24,1	31,3
Olomoucký	14,7	12,6	12,5	68,3	62,2	54,6	17,1	25,2	32,9
Zlínský	14,3	12,2	11,9	68,3	61,8	53,7	17,3	26,0	34,4
Moravskoslezský	14,6	12,5	12,1	69,0	62,3	54,8	16,4	25,2	33,1

¹ reálná data

Zdroj: Český statistický úřad – www.czso.cz

Situace ve Středočeském kraji a v Praze je v jistém smyslu opačná. Při výsledcích současných projekcí nedává příliš smysl omezování kapacit v dlouhodobé perspektivě (pomineme-li pražskou disparitu v celkovém počtu lékařů), neboť tlak na zdravotnictví z důvodu populačního přírůstku nezanedbatelným způsobem vzroste.

5.4.2. Nedostatek zdravotně-sociálních lůžek

V perspektivě již současných problémů vyplývá, že důraz by měl být kladen především na následnou péči a zdravotně-sociální péči, popřípadě na zdravotní péči v zařízeních sociálních služeb. Z Tabulky č. 14 vyplývá, že zatímco Praha v posledních deseti letech podstatně zvětšila svoje kapacity v oblasti sociální péče, Středočeský kraj relativně zaostává.

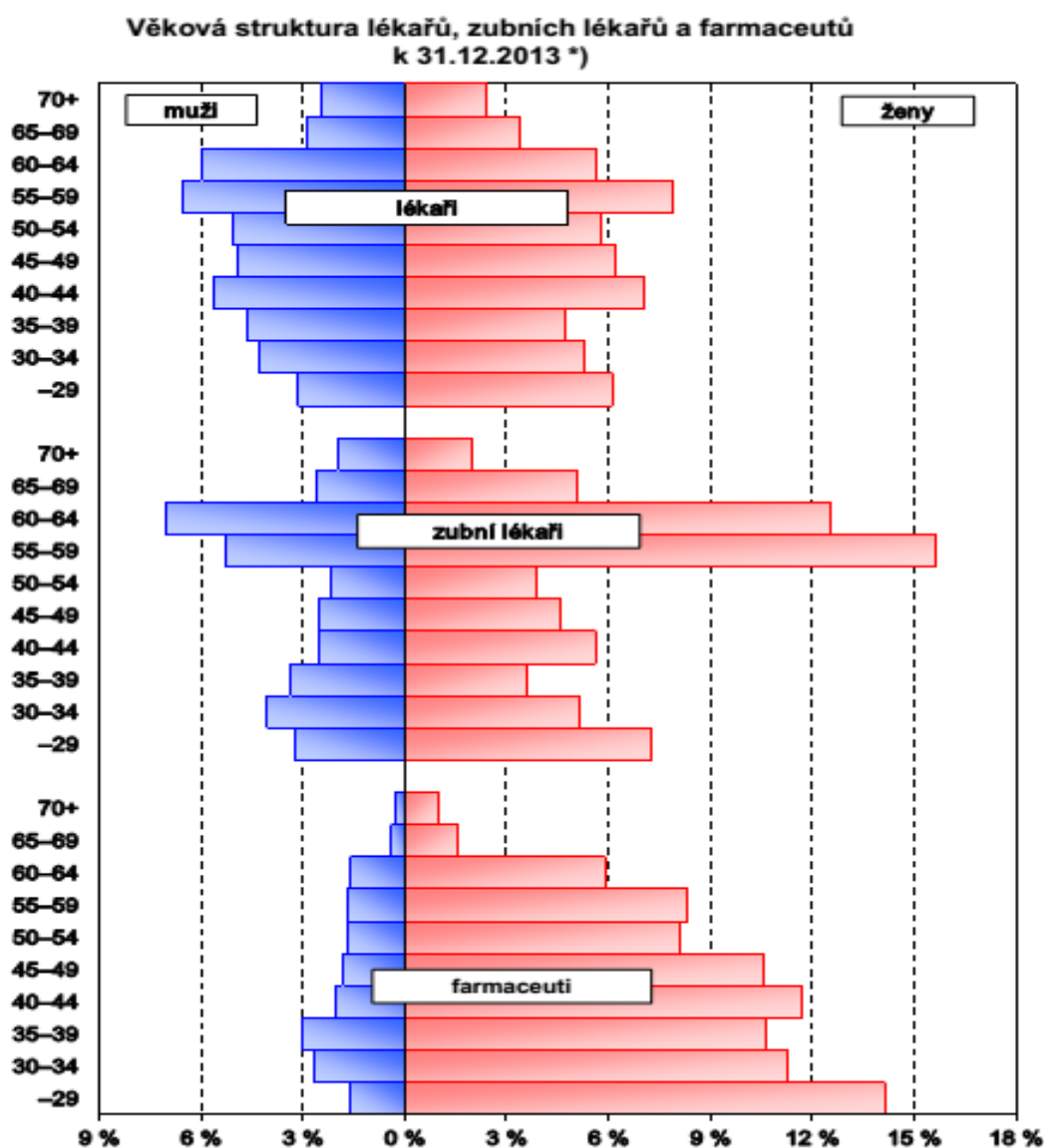
Tabulka č. 14: Počet míst v domovech důchodců a domech pro seniory

	2013	2003	Nárůst
STC	4 777	5 216	9,2%
JHC	3 034	3 072	1,3%
PLZ	1 842	2 330	26,5%
KAR	797	1 642	106,0%
UST	3 820	5 665	48,3%
LIB	1 038	1 837	77,0%
HRA	2 355	3 028	28,6%
PAR	2 195	2 917	32,9%
VYS	2 181	2 457	12,7%
JHM	2 940	5 687	93,4%
OLO	2 566	3 510	36,8%
ZLI	2 769	3 693	33,4%
MSK	4 770	5 883	23,3%
PHA	2 393	3 762	57,2%
CZE	37 477	50 699	35,3%

Zdroj: Český statistický úřad – www.czso.cz

Rozdíly v dynamice navyšování krajských kapacit v této oblasti se netýkají pouze Prahy a středních Čech, ale i další kraje vykazují v této oblasti nedostatky. Změny v oblasti věkové struktury obyvatelstva lze považovat za nejvýznamnější hrozbu. Za významnou hrozbu lze však označit stejně tak věkovou strukturu populace českých lékařů. Obecně lze říci, že věková struktura českých lékařů je nepříznivá, jak je vidět z Grafu č. 25.

Graf č. 25: Věková struktura lékařů



Zdroj: ÚZIS - Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013

5.4.3. Věková struktura lékařů primární péče

Disproporčně velký podíl lékařů se vyskytuje ve věkových skupinách 55-59 let a 60-64 let. U zubních lékařů je situace ještě podstatně horší a v horizontu patnácti let lze předpokládat výrazný nedostatek této odbornosti nejen ve Středočeském kraji. Podobně dramatický vývoj lze očekávat u poskytovatelů primární péče. Z analýzy VZP z roku 2012 vyplývá, že nejohroženější z hlediska věkové struktury jsou právě odbornosti praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost (odbornosti 001 a 002):

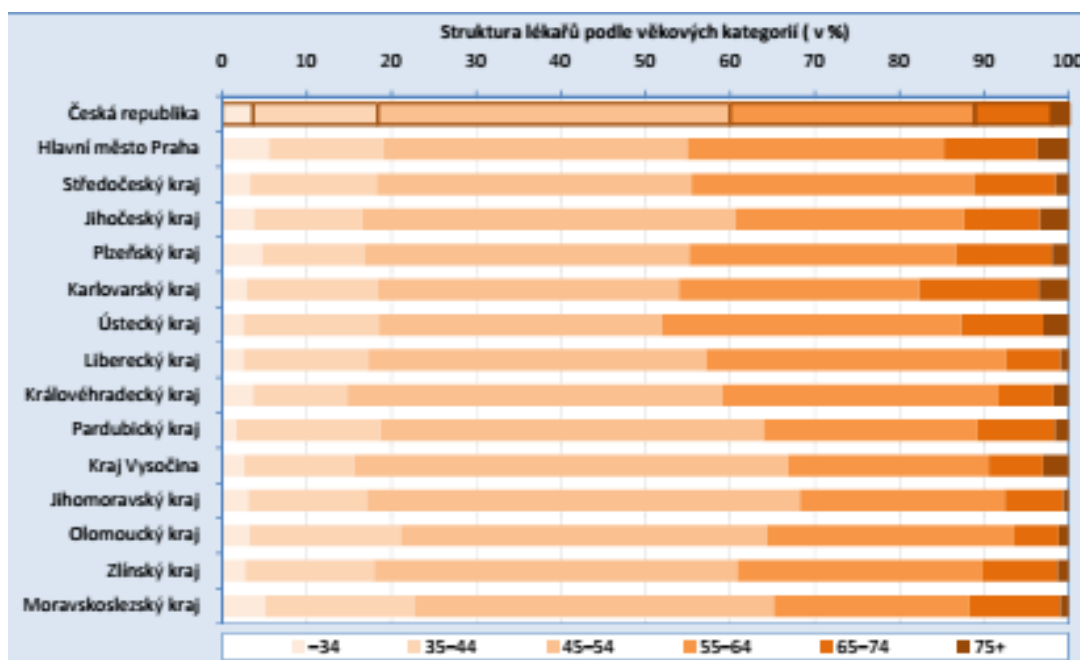
Tabulka č. 15: Věková struktura lékařů podle odborností

Odbornost /obor	Podíl úvazků lékařů ve věkové kategorii (v %)					Index stáří (součet úvazků lékařů ve věku 60+ na 100 úvazků lékařů ve věku –40)
	–40	40–49	50–59	60–69	70+	
Zařízení primární péče						
001	11,1	18,5	43,8	21,3	5,4	240
002	4,8	19,7	46,0	26,6	2,8	610
014	23,9	14,2	39,9	19,2	2,8	92
603	9,8	25,6	36,3	23,9	4,4	289
Ambulantní zdravotnická zařízení (tzv. „okresní“ odbornosti, pouze specializovaná pracoviště)						
101	7,8	26,4	35,5	22,4	7,9	386
103	9,2	32,2	33,9	20,7	3,9	267
105	17,3	31,8	30,0	17,5	3,5	121
107	10,9	33,1	31,9	20,7	3,4	220
109	8,5	26,1	39,8	17,9	7,6	300
207	13,0	27,6	38,3	18,2	2,9	162
209	7,8	33,5	37,5	17,6	3,7	275
305	16,4	30,5	26,6	18,7	7,8	161
404	10,0	28,8	36,9	20,3	3,9	241
501	5,2	19,8	42,5	24,7	7,8	625
606	10,3	26,1	42,2	17,7	3,7	207
701	7,6	24,9	41,5	20,5	5,5	342
705	14,9	30,9	32,5	17,7	4,1	146
706	9,5	31,0	38,5	18,5	2,5	222

Zdroj: www.vzp.cz

Pouze 11,1% praktických lékařů je mladších 40 let a pouze cca 30% praktických lékařů je mladší 50 let. Podobně alarmující je situace i u praktických lékařů pro děti a dorost, kde lze navíc už v současné době zaznamenat regionální problémy při náhradě do důchodu odcházejících lékařů. Z analýzy vypracované na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v roce 2010 vyplývá, že některé kraje se budou potýkat s věkovou strukturou lékařů více než jiné.

Graf č. 26: Věková struktura lékařů v krajích



Zdroj: L. Šídlo, Současný stav a perspektivy vývoje počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče v České republice, PŘF UK

Nejohroženějšími kraji jsou Ústecký kraj, Středočeský kraj a Praha. Praha však disponuje dostatečným počtem lékařů, proto se jí demografický vývoj lékařů pravděpodobně výrazněji nedotkne. Ostatní kraje mají mnohem menší prostor pro absorpci nabídkového šoku na trhu práce v okamžiku, kdy silné ročníky lékařů odejdou do důchodu.

5.5. Shrnutí SWOT analýzy

Silné stránky	Slabé stránky
Velmi solidní lidské i materiální zdroje v krajském zdravotnictví	Výrazné rozdíly v regionálních medicínských zvyklostech (např. nižší práh hospitalizace)
Snížení průměrné délky hospitalizace ukazující na existenci určité flexibility poskytovatelů	Dosavadní dynamika vývoje lidských zdrojů
V současnosti velmi dobrá dostupnost služeb a nízká míra deprivace kvůli ceně zdravotní péče, geografické nedostupnosti či čekacím dobám	Neregulace poptávky
Příležitosti	Hrozby
Zlepšení vyjednávací pozice krajů v oblasti úhradových mechanismů	Demografický vývoj v regionech
Vytváření tlaku na odstranění regionálních disparit v lidských zdrojích	Demografická struktura českých lékařů
Meziregionální spolupráce v oblasti kvality péče.	Nízká akcentace důležitosti vzdělávání nové generace lidských zdrojů ve zdravotnictví

6. Představení složek poskytovatelů zdravotních služeb ve Středočeském kraji

6.1. Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje je samostatnou příspěvkovou organizací mající na starost zajištění provozování zdravotnické záchranné služby pro více než 1,3 milionu obyvatel Středočeského kraje. Úloha zdravotnické záchranné služby v systému veřejného zdravotnictví je dána především zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a dalšími prováděcími předpisy, které z těchto zákonů vyplývají.

Dnes zdravotnická záchranná služba operuje na celém území kraje z 38 výjezdových základen a disponuje tak jednou z nejhustších sítí výjezdových základen v České republice. Rozmístění výjezdových míst je koncipováno takovým způsobem, aby na celém území kraje byl dodržen zákonný limit pro dostupnost zdravotnické záchranné služby stanovený na 20 minut. Na většině území kraje je pokrytí s časovou dostupností výrazně nižší. Průměrná doba dojezdu k člověku v tísni je 9 minut. K tomu přispívá i skutečnost, že zdravotnická záchranná služba spolupracuje se Záchranou službou Asociace samaritánů České republiky Praha – západ, s výjezdovými základnami v Mníšku pod Brdy, Davli, Zbraslavi, a Záchranou službou Asociace samaritánů České republiky Kralupy nad Vltavou s výjezdovými základnami v Kralupech nad Vltavou a ve Slaném a se společností TRANS HOSPITAL PLUS s.r.o. s výjezdovou základnou v Řevnicích.

Při pohledu na Obrázek č. 2 je dobře viditelné, že síť výjezdových stanovišť/základen je rovnoměrně rozprostřena po kraji a zajišťuje dobrou dostupnost do všech oblastí, včetně těch odlehlejších. Vzhledem ke skutečnosti, že Středočeský kraj nemá na samotném území kraje jedno dominantní přirozené centrum a na jeho území se nevyskytují klíčové nemocnice obsahující především traumacentra a kardiocentra, je nezbytná spolupráce především s pracovišti na území Hlavního města Prahy, která tuto vysoce specializovanou lékařskou péči poskytují.

Záchranná služba v rámci své sítě výjezdových míst provozuje také jedno sezónní výjezdové místo vodní záchranné služby, které je provozováno v letních měsících na Slapské přehradě ve Žďáni, kde je kromě výjezdového vozidla k dispozici i záchranný člun.

a operabilní posádky rendez – vous je dobrým a moderním standardem pro provoz zdravotnické záchranné služby v kraji. Rozložení vozidel a počtů výjezdů v roce je možné sledovat na grafu č. 10.

Činnost zdravotnické záchranné služby koordinuje Krajské zdravotní operační středisko v Kladně, kde dochází k prvnímu kontaktu s člověkem volajícím zdravotnickou záchrannou službu a kde také dochází k rozhodnutí, jaká posádka a z kterého stanoviště za případem vyjede. Pracovníci operačního střediska jsou odborně proškoleni v přednemocniční neodkladné péči a v psychosociální oblasti a kromě koordinace zásahových skupin zároveň poskytují telefonické konzultace a instrukce lidem v tísni. Činnost operačního střediska velmi zefektivňuje práci celého systému záchranné služby ve Středočeském kraji a jeho reforma do současné podoby byla zajisté krokem, který nastavil moderní standard fungování zdravotnické záchranné služby.

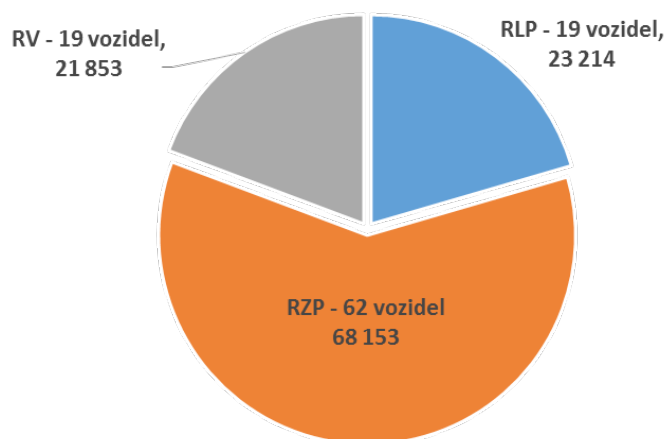
V tabulce č. 28 je vidět srovnání personálního zajištění zdravotnické záchranné služby ve Středočeském kraji ve srovnání s ostatními kraji v České republice. Ze srovnání je patrné, že středočeská zdravotnická záchranná služba je ve srovnání s běžnými poměry v České republice výborně personálně zabezpečena. Naopak některé kraje, ve kterých se zdravotnická záchranná služba musí vyrovnat s mnohem složitějším terénem, mají personální zajištění výrazně horší.

Tabulka č. 16: Personál ZZS, 2013

Graf č. 27: Pacienti podle povahy ošetření

Zdroj: ÚZIS

Graf č. 28: Počty výjezdů a vozidel dle typu výjezdu



Zdroj: ÚZIS

Celkově lze shrnout, že pokrytí Středočeského kraje zdravotnickou záchrannou službou je velmi dobré a že samotné poskytování služeb zdravotnické záchranné služby je na velmi vysoké úrovni co do kvality a profesionality. Kraj musí do budoucna sledovat vývoj demografického složení populace kraje a především vývoj zdravotního stavu populace kraje, neboť reálně hrozí, že zdravotní stavy, které si vyžadují zásah záchranné služby, budou u populace kraje pomalu přibývat. Velkou příležitostí kraje, která navazuje na doporučení shrnutá na konci kapitoly věnující se zdravotnímu stavu populace kraje, je možnost zlomit negativní trend vývoje především v oblasti chronických a dlouhodobých zdravotních problémů populace, a tak zátěž záchranné služby zmírnit.

Velký potenciál pro další rozvoj zdravotnické záchranné služby skýtá oblast elektronizace zdravotnictví. Do budoucna se určitě ukáže jako možné poskytnout posádce zásahových vozidel velmi detailní a spolehlivé údaje o zdravotním stavu pacienta, u kterého zasahují, stejně jako informace o veškeré jeho medikaci a předchozích zdravotních potížích, které jsou dnes dostupné pouze v kusé podobě.

V této oblasti se jeví jako vhodné těsně spolupracovat především s všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost, kteří mají možnost a správně by měli centralizovat informace o zdravotním stavu svých registrovaných pojištěnců a to ideálně v elektronické podobě, byť tomu v dnešní době bohužel v mnoha případech tak není. Dalším logickým partnerem jsou jednotlivé nemocnice, se kterými je vzhledem k jejich počtu a organizaci výrazně snazší komunikace v tomto směru. Sdílení informací by mělo probíhat ideálně nejen s nemocnicemi na území kraje, ale především také s nemocnicemi na území

Hlavního města Prahy, které hospitalizují většinu pacientů ze Středočeského kraje, kteří trpí závažnými problémy vyžadujícími péči na specializovaném pracovišti.

V neposlední řadě se jeví jako vhodné posilovat spolupráci se zdravotními pojišťovnami. Na území kraje působí dominantně nejen Všeobecná zdravotní pojišťovna, ale také například regionální Zdravotní pojišťovna Škoda. I další zdravotní pojišťovny mají ve Středočeském kraji významný podíl pojištěnců. Zdravotní pojišťovny koncentrují mnoho informací o svých pojištěncích a jejich zdravotním stavu, ačkoli tyto informace jsou omezeny na informace vykazované poskytovateli za účelem úhrady zdravotních služeb. Záleží pouze na vhodném nastavení komunikačního kanálu a nástrojů, které efektivní a včasný přenos informace zajistí.

SWOT analýza – zdravotnická záchranná služba

Silné stránky	Slabé stránky
Rovnoměrná a hustá síť ZZS, nízká průměrná dojezdová doba	Ekonomická náročnost zajišťování ZZS
Efektivní a moderní call centrum	
Spolupráce s dalšími subjekty vedoucí k posílení sítě	
Příležitosti	Hrozby
Snížení počtu výjezdu skrze zlepšení zdravotního stavu populace	Negativní dopad stárnutí lékařů na provoz ZZS
Zvýšení informovanosti posádky ZZS o pacientovi pomocí elektronizace a provázání dokumentace	Zhoršení dostupnosti ZZS v důsledku přetížení infrastruktury přílivem nových obyvatel do okolí Prahy
Vyšší úroveň edukace populace poskytování první pomoci	

6.2. Pohotovostní služba

Pohotovostní služba ve Středočeském kraji je zajišťována poskytovateli zdravotních služeb s rozšířenými ordináčními hodinami a provozní dobou. Pohotovostní služba je v kraji poskytována v oblastech lékařské péče, lékařské pohotovostní služby, zubní pohotovosti a lékařské pohotovostní služby pro děti a dorost.

Lékařská pohotovostní služba je zajištěna pouze rozšířenými otevíracími hodinami některých lékáren, nicméně lékárny nezajišťují nepřetržitý provoz. V případě, že pacient potřebuje navštívit lékárnu s nepřetržitým provozem, jsou k dispozici takové lékárny na území Hlavního města Prahy.

Lékařská pohotovostní služba je poskytována ve 13 lokalitách ve Středočeském kraji buďto nemocnicemi, případně Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje. Lékařskou pohotovostní službu poskytují poskytovatelé péče v obcích:

- Benešov
- Beroun
- Kladno
- Kolín
- Kutná Hora
- Mělník
- Městec Králové
- Mladá Boleslav, na dvou místech
- Nymburk
- Příbram
- Rakovník
- Řevnice
- Slaný

Zubní pohotovosti jsou poskytovány pacientům v městech:

- Benešov
- Kladno
- Kolín
- Mladá Boleslav
- Nymburk
- Příbram
- Rakovník

Lékařská pohotovostní služba pro děti a dorost je poskytována ve Středočeském kraji nemocnicemi těchto místech:

- Benešov
- Kladno
- Kolín

- Mladá Boleslav
- Nymburk
- Příbram
- Slaný

Poskytovatelé jsou povinni podílet se na zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby zubních lékařů na žádost kraje, jehož krajský úřad udělil poskytovateli oprávnění, na základě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Z hlediska dlouhodobého zajištění kvalitní a dostupné pohotovostní služby je třeba zabezpečit dlouhodobou dostupnost dostatečného množství poskytovatelů zdravotních služeb podílejících se na pohotovostní službě a především zajistit dostatečné personální zabezpečení v rámci těchto poskytovatelů. Zároveň v místech, kde dochází k nadužívání pohotovostní služby pouze z důvodu okamžitého přístupu k péči, je vhodné zasadit se o rozšíření sítě či úpravu ordinačních hodin v takovém rozsahu, aby občané nebyli motivováni k obdobnému chování a zbytečnému zatěžování pohotovostní služby²⁰.

20 Ta má logicky sloužit pacientům s urgentními a neodkladnými zdravotními potížemi.

SWOT analýza – Pohotovostní služba

Silné stránky	Slabé stránky
Rovnoměrné zajištění služeb na území kraje	Nízký počet lékařů podílejících se na LPS
Dostupnost velkého množství poskytovatelů v Praze	Neochota poskytovatelů zajišťovat LPS
Příležitosti	Hrozby
Zhodnocení využitelnosti LPS na území kraje ve srovnání s LPS na území Prahy	Nedostatečný počet lékařů zajišťujících LPS
	Zneužívání LPS jako alternativu k rychlému přístupu ke zdravotní péči

6.3. Poskytování primární péče

Primární péče je v České republice poskytována všeobecnými praktickými lékaři, praktickými lékaři pro děti a dorost, gynekology a stomatology. Poskytovatelé těchto zdravotních služeb, v oblasti primární zdravotní péče se jedná převážně o samostatné soukromé ambulantní praxe, jsou takzvanými registrujícími lékaři. To znamená, že občané jsou registrováni u jednoho lékaře dané odbornosti a nemohou být registrováni u dalšího. Tito lékaři v ideálním případě tvoří pojítka občanů a systému veřejného zdravotnictví, shromažďují informace o zdravotním stavu svých registrovaných pacientů, konzultují s nimi jejich zdravotní stav a pomocí žádanek o specializovanou péči tvoří svého druhu „gatekeepery“²¹ v systému veřejného zdravotnictví.

V oblasti primární péče je klíčové zajištění péče rovnoměrně na území celého kraje tak, aby obyvatelé měli svého lékaře dostupného v blízkosti bydliště a aby počet občanů registrovaných u jednoho registrujícího lékaře nepřekročil přiměřenou únosnou mez, kdy již lékař není schopen v rozmezí ordinačních hodin pacienty ošetřit. Zároveň je maximálně žádoucí, aby ordinační hodiny lékařů v oborech primární péče byly v průběhu týdne rozvrstveny tak, aby vyhověli maximálnímu možnému počtu pacientů, tedy například i těm, kteří se potřebují k lékaři z časových důvodů dostavit brzy ráno či ve večerních hodinách.

V oborech primární péče je nejcitelnějším problémem jak na území celé České republiky, tak na území Středočeského kraje, stárnutí populace lékařů. Obzvláště všeobecní praktičtí

²¹ Anglické slovo „gatekeeping“ je zde chápán jako funkce respektive rozhodování o dalších vyšetřeních u specialistů. Bez doporučení „gatekeepera“ se až na akutní výjimky nemůže pacient obrátit přímo na specialistu či nemocnici.

lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost a stomatologové, kteří dnes péči poskytují, převážně spadají do věkových skupin mezi 50 a 70 lety. V mnoha oblastech již praktičtí lékaři a obzvláště stomatologové odmítají registrovat nové pacienty. Není výjimkou, že ordinují i lékaři ve věku 75 či dokonce 80 a více let. Ne za všechny lékaře při tom existuje náhrada a některé praxe, obzvláště v malých městech a na vesnicích, po ukončení praxe stávajícího lékaře nemohou nalézt náhradu. Zatížení lékařů tak v některých případech i vzhledem k jejich věku roste nad únosnou mez.

6.4. Všeobecní praktičtí lékaři

Ve Středočeském kraji je nejhorší situace co do počtu všeobecných praktických lékařů vzhledem k počtu obyvatel. Na druhou stranu rozhodně nelze říct, že by kraj patřil k regionům s nejhorší dostupností péče praktických lékařů, jelikož geografie kraje a rozložení obyvatelstva a ambulancí nevytváří situace, kdy by větší množství obyvatel v odlehlých sídlech mělo péči špatně dostupnou.

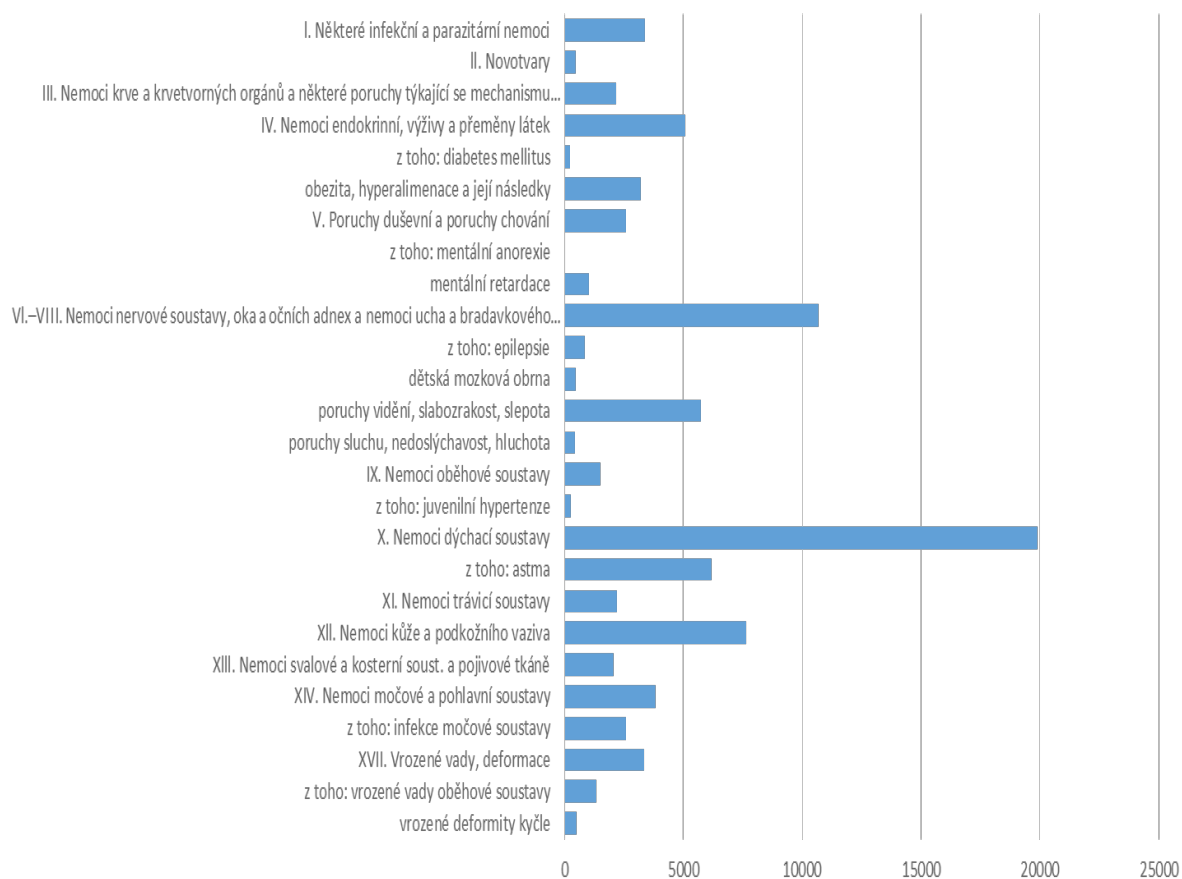
Při pohledu na čísla v Tabulce č. 17 je třeba hledat interpretaci opatrně. Průměrný počet registrovaných pacientů je sice nejvyšší v České republice a povážlivě přesahuje průměr, nicméně kmen čítající přibližně 1 800 registrovaných pacientů není pro dobře fungujícího praktického lékaře žádný problém. Situace je problematická proto, že rozložení situace v jednotlivých praxích praktických lékařů je velmi rozptýlené od zmiňovaného průměru. Lze konstatovat, že kmen čítající přibližně 2 000 registrovaných pojištěnců je pro praktického lékaře standardem.

Ve Středočeském kraji nicméně působí velké množství lékařů, kteří již ordinují jen na částečný úvazek a jejich počet je malý. Na druhé straně spektra se pak nacházejí lékaři naprosto přetížení. Zároveň totiž nejde jen o samotný počet registrovaných pacientů, ale především o jejich věkové složení.

veřejného zdravotnictví. Především proto je nedostatek praktických lékařů v kraji problém, který je nutné do budoucna systematicky řešit.

V grafu č. 29 je možné sledovat hlavní skupiny onemocnění, ve kterých jsou děti dispenzováni. Alarmující je fakt, že od devadesátých let v některých kategoriích, obzvláště v oblasti alergií, počet dispenzarizovaných dětí prudce roste. Za pozornost stojí počet dětí s dýchacími obtížemi.

Graf č. 29: Počty dispenzarizovaných onemocnění u dětí



Zdroj: ÚZIS

6.6. Ambulantní gynekologové

Situace v případě gynekologů je ve Středočeském kraji relativně standardní. Počet registrovaných pacientek na jednoho lékaře je velmi blízká celorepublikovému průměru, a jelikož celorepublikový průměr je silně tažen dolů extrémní situací v Praze, kde je lékařů velmi vysoké množství, patří počet pacientek na lékaře ve Středočeském kraji k nejnižším. Dostupnost péče gynekologů je na území Středočeského kraje i vzhledem ke geografické podobě kraje velmi dobrá.

zůstávali. Toho je možné dosáhnout různými pobídkami jak finančními, tak věcnými, kdy kraj a obce na jeho území mohou novým lékařům zprostředkovat dostupný pronájem prostor pro ordinace či bydlení.

Kraj by se měl aktivně zajímat o to, jaké je rozložení lékařů a v jakém věkovém složení a orientačně sledovat, kdy jednotliví lékaři chtějí své praxe uzavírat, aby bylo možné anticipovat nastávající potíže a zacílit případnou podporu tak, aby přinesla maximální možný efekt.

SWOT analýza – Primární péče

Silné stránky	Slabé stránky
Ronoměrné zajištění služeb na území kraje	Vysoký počet na jednoho lékaře
Velmi dobrá místní dostupnost péče	Nedostatek atestujících se mladých lékařů v kraji
Přirozené centrum v hlavním městě Praze	Starý kmen praktických lékařů, nohotní k novým přístupům k péči
Příležitosti	Hrozby
Vytvoření podmínek pro hlubší integraci zdravotní péče	Stárnoucí populace ústící v budoucí nedostatek lékařů
Sledovat situaci mezi praktickými lékaři a zasahovat na nejakutnějších místech	Růst počtu občanů, kteří se nemohou dostat k primární péči (obzvláště stomatologické)
Vytvářet lukrativní podmínky pro nové lékaře	Zhoršení kvality péče v důsledku významného zestárnutí kmene lékařů

6.9. Specializovaná ambulantní péče

Specializovaná ambulantní péče je péčí přímo navazující na péči primární a lékaři provozující jednotlivé specializované lékařské praxe by měli být s lékaři poskytujícími primární péči v těsné spolupráci obzvláště v případě, že se jedná o pacienty s dlouhodobými či chronickými zdravotními obtížemi. Ačkoli to v České republice legislativa nevyžaduje, správný postup pacienta systémem je takový, že zdravotní problém s ním řeší jeho registrující lékař, který v případě potřeby vydává žádanky na specializovaná vyšetření a posílá pacienta ke specialistům, případně jim pacienta po domluvě předává s určitými potížemi do péče.

Při pohledu do Tabulek č. 22 až 25 je možné sledovat současný stav sítě poskytovatelů ambulantních služeb ve Středočeském kraji a srovnání s ostatními kraji. Při pohledu na tabulky je podstatné brát v úvahu velmi vysoký počet poskytovatelů veškerých zdravotních služeb na území Hlavního města Prahy a uvědomit si, že Praha činí pro Středočeský kraj přirozené centrum, je proto třeba číst údaje za Středočeský kraj vždy společně s pražskými.

V tabulkách jsou vyjmenovány jen některé odbornosti. Pod souhrnnými čísly za vnitřní lékařství a chirurgii nalezneme obory interní:

- Interní
- Kardiologie
- Revmatologie
- Diabetologie
- Gastroenterologie
- Endokrinologie
- Geriatrie
- Angiologie
- Nefrologie
- Hyperbarická med.

a chirurgické:

- Chirurgie
- Dětská chirurgie
- Neurochirurgie
- Plastická chirurgie
- Kardiochirurgie
- Traumatologie
- Ortopedie
- Cévní chirurgie

Z údajů ÚZIS ČR je viditelné, že v mnoha oborech je ve Středočeském kraji výrazně méně lékařů, než je běžné v ostatních krajích. Zde lze jmenovat například gynekology specialisty, lékaře v oborech vnitřního lékařství či alergology a imunology. Je nutné si uvědomit, že na území Středočeského kraje se nenalézají žádné velké nemocnice ať již fakultního typu, nebo velké „krajské“ nemocnice fakultním se rozsahem a velikostí blížící. Všechny tyto nemocnice jsou koncentrovány v Praze a například Fakultní nemocnice Motol ošetřuje téměř polovinu všech svých pacientů původem ze Středočeského kraje. Problém s dostupností péče je tak jen zdánlivý. Rozdíl v množství poskytovatelů v některých oborech není proti ostatním krajům propastný, poskytovatelé jsou rozmístěni rovnoměrně na území kraje s dobrou dostupností a rozdíl je dorovnán kapacitami, které jsou pro pacienty z kraje situovány na území Prahy.

V segmentu ambulantní péče je třeba se do budoucna zaměřit na udržení dobré dostupnosti této péče a především na zajištění její maximální provázanosti s poskytovateli primární péče na straně jedné a s nemocnicemi na straně druhé. Jednotliví specialisté často řeší jen partikulární problém zapadající do širšího celku zdravotního stavu pacienta a je nutné zajistit jejich koordinaci a kooperaci jak mezi sebou, tak směrem k hlavnímu ošetřujícímu lékaři a registrujícímu lékaři. Úloha kraje v této oblasti by měla ležet především v intenzivní komunikaci se zdravotními pojišťovkami o podobě sítě a v přípravě mapy dostupnosti zdravotních služeb sledující, jaké jsou přibližně spádové oblasti jednotlivých ordinací, jak staří lékaři jsou a jestli hodlají v poskytování zdravotních služeb dále pokračovat. Dále by se kraj měl věnovat snaze skrze oblastní nemocnice poskytování péče koordinovat nejen na území kraje, ale i s poskytovateli na území Hlavního města Prahy.

SWOT analýza – Specializovaná ambulantní péče

Silné stránky	Slabé stránky
Rovnoměrné rozložení poskytovatelů	Podprůměrný počet lékařů vzhledem k počtu a hustotě zalidnění
Praha jako přirozené centrum s vysokými a dobře dostupnými kapacitami	
Příležitosti	Hrozby
Iniciovat vznik systému integrované péče	Stárnutí populace lékařů
Sledovat situaci v síti poskytovatelů a aktivně zasahovat předem v problematických místech	Nedostatečná komunikace mezi poskytovateli, obzvlášť mezi Prahou a Středními Čechy

Navázat úzkou spolupráci se zdravotními pojišťovkami	
---	--

Obrázek č. 3: Rozmístění oblastních nemocnic Středočeského kraje



Zdroj: Středočeský kraj

Vedle oblastních nemocnic poskytují akutní péči na území Středočeského kraje také městské nemocnice:

- Městská nemocnice Čáslav
- Nemocnice Slaný
- Městská nemocnice Městec Králové
- Nemocnice Nymburk s. r. o.

Síť veřejných nemocnic založených krajem a obcemi je doplněna o 11 dalších soukromých nemocnic. Mezi těmito nemocnicemi se nachází velké množství zprivatizovaných městských nemocnic, jako například nemocnice v Neratovicích, Říčanech u Prahy či v Hořovicích. Jedná se o následující nemocnice:

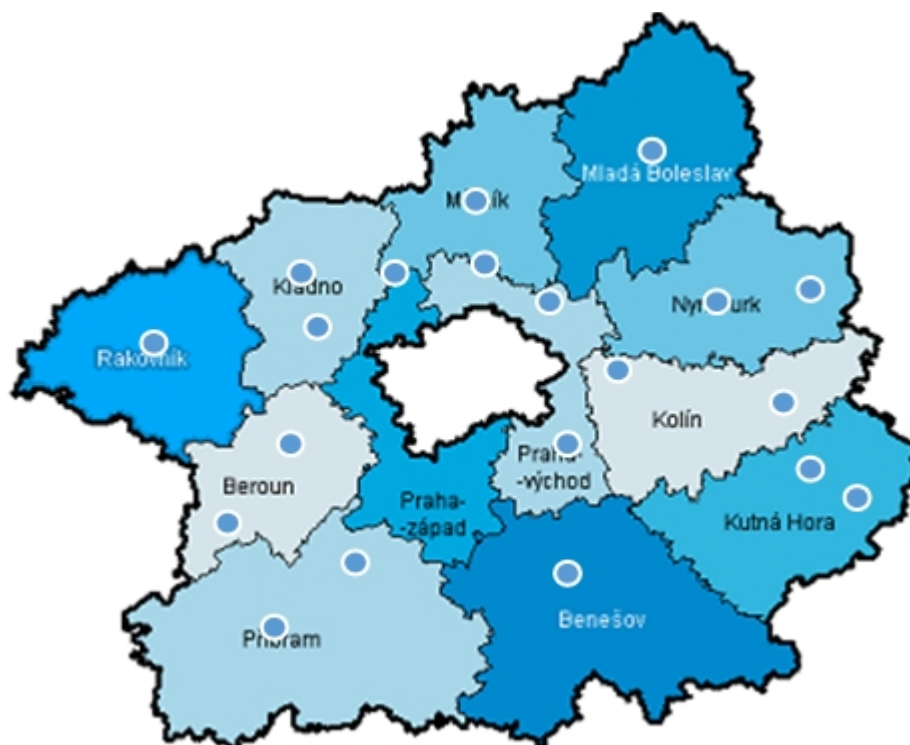
- Almeda a. s. , Městská nemocnice Neratovice
- Nemocnice Na Pleši
- JESSENIA a. s. , Nemocnice Beroun
- Klinika Dr. Pírka s. r. o.
- MEDITERRA - Sedlčany s. r. o.
- Mělnická zdravotní, a. s. , NsP Mělník
- Nemocnice Nymburk, s. r. o.
- NH Hospital a. s. , Nemocnice Hořovice
- PP Hospitals, s. r. o. , Nemocnice Brandýs

- P-P Klinika s. r. o.
- PRIVAMED Healthia s. r. o. , Masarykova nemocnice

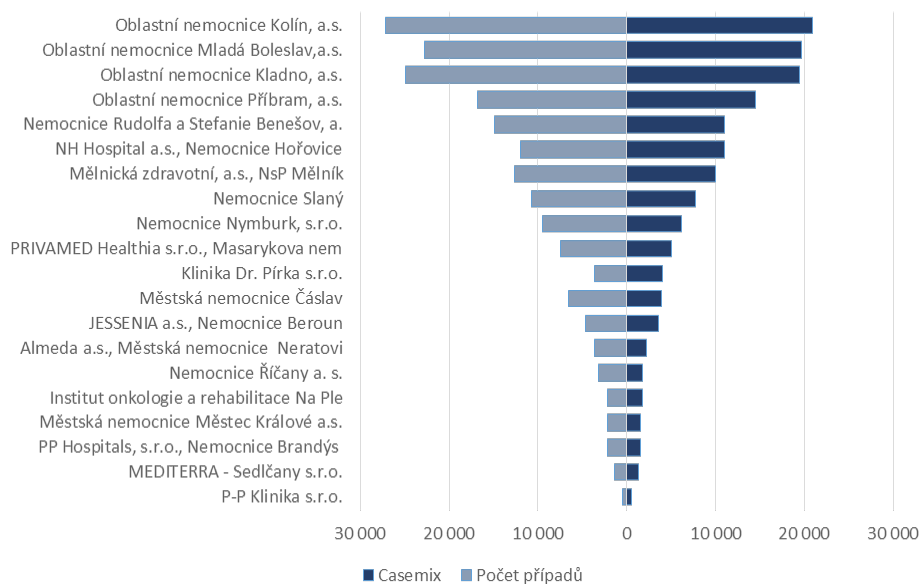
Z mapy na následujícím obrázku je patrné, že dostupnost akutní péče v nemocnicích je na velmi vysoké úrovni. K tomu přispívají i další nemocnice ležící za hranicí kraje ať již na území Hlavního města Prahy, nebo ostatních sousedících krajů. Spíše než o dostupnosti má v souvislosti se Středočeským krajem smysl hovořit o případné zbytnosti některých kapacit, byť samozřejmě pro občany kraje je příjemné mít nemocnice takto hustě rozmístěné. Podíváme-li se například na okresy Nymburk, Kolín a Kutná Hora či na okresy Kladno, Mělník a Praha-východ, je zjevné, že nemocnice jsou situovány velmi blízko u sebe a vzhledem k dnešní úrovni infrastruktury a dopravních prostředků je možné se z jedné nemocnice do druhé dostat v horizontu minut, nikoli hodin.

Nejvýznamnější poskytovatelé akutní lůžkové péče jsou na území Středočeského kraje veřejné nemocnice založené krajem a to jak do počtu akutních hospitalizací, tak co do jejich náročnosti měřené casemixem. V Grafu č. 30 jsou vidět seřazené nemocnice na území kraje podle významnosti, co se objemu produkce týče. Nemocnice Nymburk, Slaný, Mělník a Hořovice jsou dalšími nemocnicemi na území kraje, které jsou významné ročním počtem hospitalizací, který se blíží či přesahuje hranici 10 000 akutních hospitalizací za rok.

Obrázek č. 4: Rozmístění nemocnic ve Středočeském kraji



Graf č. 30: Počty případů a casemix v jednotlivých nemocnicích, 2013



Zdroj: ÚZIS

Vzhledem k počtu a struktuře hospitalizací a vzhledem k rozmístění nemocnic na území kraje lze konstatovat, že oblastní nemocnice tvoří páteří síť akutních nemocnic, což by měla být jejich role i do budoucna. Z toho plynou důsledky především pro oblast návazné péče, které je věnována

samostatná kapitola, jelikož právě tyto nemocnice by měly být klíčovými stavebními kameny celého systému návazné péče ve Středočeském kraji.

V Grafu č. 30 je ještě dobré si všimnout skutečnosti, že počet případů vážený relativními vahami, tedy casemix, na straně pravé, je prakticky u všech nemocnic výrazně nižší, než absolutní počet hospitalizací na levé straně grafu. To znamená, že průměrná obtížnost hospitalizace měřená casemixem, tedy kombinací klinických a ekonomických indikátorů, je výrazně nižší než 1. Tato skutečnost koresponduje s tvrzením uvedeným v kapitole zabývající se zdravotním stavem obyvatelstva, kde je vidět, že akutní hospitalizace v kraji jsou uskutečňovány ve většině případů v nenáročných oblastech péče a specializovaná péče je téměř výhradně poskytována mimo území kraje, převážně v Hlavním městě Praze.

Z hlediska dalšího rozvoje akutní nemocniční péče by se kraj měl zaměřit na jím založené nemocnice, které jsou páteří těchto zdravotních služeb v kraji a i samy o sobě by byly schopny pro obyvatele kraje zajistit dostatečnou dostupnost zdravotních služeb v této oblasti.

Nemocnice by samozřejmě měly v maximální možné míře spolupracovat s ostatními poskytovateli akutní lůžkové péče a kraj by měl s nimi komunikovat. Kraj nicméně nedisponuje nástroji, kterými by mohl ovlivňovat rozhodnutí soukromých vlastníků většiny ostatních nemocnic, a tudíž by měl v první řadě zajistit rozvoj nemocnic oblastních.

7. Popis připravenosti resortu zdravotnictví Středočeského kraje na podmínky čerpání prostředků kohezních politik 2014-2020

7.1. Aktuální stav oblastních nemocnic

Středočeský kraj je zakladatelem pěti poskytovatelů akutní lůžkové péče s tím, že pod Oblastní nemocnicí Kolín funguje ještě druhé zdravotnické zařízení v podobě nemocnice v Kutné Hoře. Všechny nemocnice poskytují komplexní péči a zajišťují veškeré základní obory.

Všechny oblastní nemocnice disponují více než 300 lůžky, což je podstatné z hlediska podmínek pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů do kultivace oblasti návazné péče. Přehled o odděleních v jednotlivých nemocnicích je znázorněn v Tabulce č. 25.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a Oblastní nemocnice Příbram patří ve skupině k menším zařízením, kdy první jmenovaná za rok provede přibližně 15 000 hospitalizací a druhá jmenovaná přibližně 17 000 hospitalizací. Oblastní nemocnice Kladno, Kolín a Mladá Boleslav jsou největšími poskytovateli akutní lůžkové péče v kraji s 25 000, 27 000, respektive 23 000 hospitalizacemi ročně.

7.2. Oblastní nemocnice Kladno, a. s., nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a. s., je akciovou společností s jediným akcionářem, kterým je Středočeský kraj.



Nemocnice zajišťuje široké spektrum zdravotních služeb v ambulantní i lůžkové části. Hospitalizace jsou zajištěny na 531 lůžkách ve složení uvedeném v tabulce č. 26. Vytíženost lůžek by se z důvodu rezervní kapacity neměla pohybovat pod 75 – 80 % maximální kapacity. V případě nemocnice sice je celková průměrná vytíženost lůžek nižší, pouhých 67 %, to je ovšem dáno jednak tím, že ve sledovaném období bylo uvedeno do provozu nové lůžkové oddělení Rehabilitace, a potom nemocnice přistupuje k postupné redukci některých méně vytížených lůžkových odděleních. Například mezi lety 2012 a 2013 bylo nemocnicí redukováno 56 lůžek s tím, že bylo zároveň zřízeno nové oddělení rehabilitace o kapacitě 20 lůžek. Nemocnice tedy vytíženost své lůžkové kapacity průběžně přizpůsobuje potřebám spádové populace. Nemocnice v lůžkové části zaměstnává 642 zaměstnanců.

V ambulantní části a komplementu nemocnice zaměstnává celkem 150 osob, přičemž ambulantní segment nemocnice ročně provede přes 705 000 vyšetření pacientů. Ambulantnímu segmentu počtem zaměstnanců dominují rehabilitace, vnitřní lékařství, chirurgie, ortopedie, zobrazovací metody, klinické laboratoře a další odbornosti.

Nemocnice nemá jednoho dominantního partnera na straně zdravotních pojišťoven, jelikož působí v regionu s velmi vysokým podílem bývalých pojištěnců pojišťovny Metal Aliance, kteří jsou dnes pojištěni u České průmyslové zdravotní pojišťovny. Těchto pojištěnců je přibližně stejně jako pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny a dohromady tvoří necelých 85 % pacientů ošetřených v nemocnici.

V letech 2009 až 2013 byla z prostředků Středočeského kraje zrekonstruována podstatná část budov nemocnice, kdy celý blok B a jeho přístavby prošly generální rekonstrukcí včetně přístrojového vybavení. V roce 2012 proběhla také revitalizace Niederleho pavilónu, který se již nacházel v havarijním stavu.

Oblastní nemocnice Kladno svými kapacitami plní roli páteřního zdravotnického zařízení Středočeského kraje a přispívá k časově i místně dostupnému zajištění kvalitních zdravotních služeb.

Tabulka č. 26: Lůžková kapacita a využití lůžek

Lůžková oddělení	Kapacita	Počet ošetřovacích dnů	Využití lůžek
Interna	83	26 408	83%
Metabolická JIP	7	2 142	79%
Kardio. JIP	7	1 985	74%
TRN	25	7 786	81%
Neurologie JIP	6	2 211	96%
Neurologie	35	9 728	72%
Dětské JIP	4	1 037	67%
Dětské	24	3 578	39%
Novorozenecké	17	4 353	67%
Nedonošenecké	10	2 726	71%
Gynekologie a porod.	48	13 403	73%
Chirurgie	60	16 969	73%
Chirurgie dětí	15	2 886	50%
ARO	8	2 385	77%
Ortopedie	50	13 100	68%
Urologie	30	7 813	68%
ORL	20	4 167	54%
Oční	15	1 461	25%
Kožní	15	4 441	77%
RTO	20	2 808	36%
Multioborová JIP	12	3 486	75%
Rehabilitace	20	1 302	17%
Celkem	531	136 175	67%

Zdroj: Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

7.3. Oblastní nemocnice Kolín, a. s., nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kolín, a.s., je akciovou společností s jediným akcionářem, kterým je Středočeský kraj. V akciové společnosti jsou spojení tři poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb, nemocnice Kolín, nemocnice Kutná Hora a léčebna dlouhodobě nemocných Vojkov. Dohromady ONK disponuje 812 lůžky a 1428 zaměstnanci, z toho 229 lékaři.

Kolínská nemocnice je největší poskytovatel zdravotní péče ve Středních Čechách, s ročním obrátem přes 1,4 mld. Kč. Poskytuje primární, základní ambulantní i lůžkovou zdravotní péči a zároveň péči specializovanou, nadregionální. Kromě přirozené spádové oblasti poskytuje konsiliární péči pro poskytovatele v regionu.



Lůžková oddělení včetně ambulancí:

- Interní oddělení vč. jednotky intenzivní péče
- Chirurgické oddělení vč. jednotky intenzivní péče
- Centrum vaskulárních intervencí
- Dětská chirurgie
- Gynekologicko-porodnické oddělení
- Pediatrické oddělení se statutem perinatologického centra, vč. jednotky intenzivní péče a lékařské služby první pomoci pro děti

- Ortopedicko-traumatologické oddělení vč. jednotky intenzivní péče
- Oddělení resuscitační a intenzivní péče – RIP
- Urologické oddělení
- Otorinolaryngologické oddělení
- Oční oddělení
- Rehabilitační oddělení následné péče
- Neurologické oddělení s iktovým centrem
- Kožní oddělení

Samostatná ambulantní péče:

- Ordinace praktického lékaře
- Oddělení pneumologie a ftizeologie
- Oddělení klinické onkologie
- Rehabilitační oddělení – elektroléčba, vodoléčba, léčebná tělesná výchova
- Hematologické oddělení
- Endoskopické centrum.
- Zubní ordinace vč. lékařské služby první pomoci
- Lékařská služba první pomoci pro dospělé
- Domácí zdravotní péče
- Klinická logopedie a psychologie
- Tělovýchovné lékařství
- Ambulance bolesti

Komplement:

- Oddělení klinické biochemie (součást centrálních laboratoří)
- Transfúzní a hematologické oddělení (součást centrálních laboratoří)
- Oddělení lékařské mikrobiologie (součást centrálních laboratoří)

- Oddělení patologie (součást centrálních laboratoří)
- Radiodiagnostické oddělení vč. CT a magnetické rezonance
- Oddělení nukleární medicíny vč. funkčních laboratoří

Samostatnými složkami jsou centrální operační sály s pobočnými operačními sály v gynekologicko-porodnickém pavilonu a očním sálem a nemocniční lékárna, zajišťující jednak zásobování nemocnice léčivými a zdravotnickými prostředky, jednak provozující veřejnou lékárnu Lékonku.

Provozovna Nemocnice Kutná Hora se stala součástí ON Kolín, a.s., k 1. 1. 2010, a slouží kromě 22 000 obyvatel města Kutná Hora i jako přirozené spádové centrum oblasti s minimálně dalšími 33 000 obyvateli. V současné době nemocnice poskytuje služby ve dvou základních akutních lůžkových oborech vč. všech nezbytných služeb komplementu s celkovým počtem 171 lůžek a vyšetřovací a ambulantní činnost v dalších 4 odděleních. Je zde umístěno i oddělení léčebny dlouhodobě nemocných a sociálních lůžek.

Chod nemocnice zajišťuje zhruba 279 zaměstnanců, z toho 31 lékařů, 3 farmaceuti, a 119 středních zdravotnických pracovníků.

Lůžková oddělení včetně ambulancí:

- Interní oddělení
- Chirurgické oddělení

- Anesteziologicko-resuscitační oddělení s mezioborovou jednotkou intenzivní péče
- Léčebna dlouhodobě nemocných

Samostatná ambulantní péče:

- Gynekologicko-porodnické oddělení
- Rehabilitační oddělení
- Psychiatrická ambulance vč. protialkoholické a toxikologické poradny
- Lékařská služba první pomoci

Komplement:

- Radiodiagnostické oddělení vč. CT
- Oddělení klinické biochemie a hematologie (součást centrálních laboratoří)

Léčebna dlouhodobě nemocných Na Vojkově je lůžkové zdravotnické zařízení následné péče, ošetrovatelské a rehabilitační péče u osob dlouhodobě nemocných a poskytuje péči na 100 lůžkách. Spádové území je Středočeský kraj – zejména východní a jižní oblast SČK, zejména okres Praha-východ a hlavní město Praha.

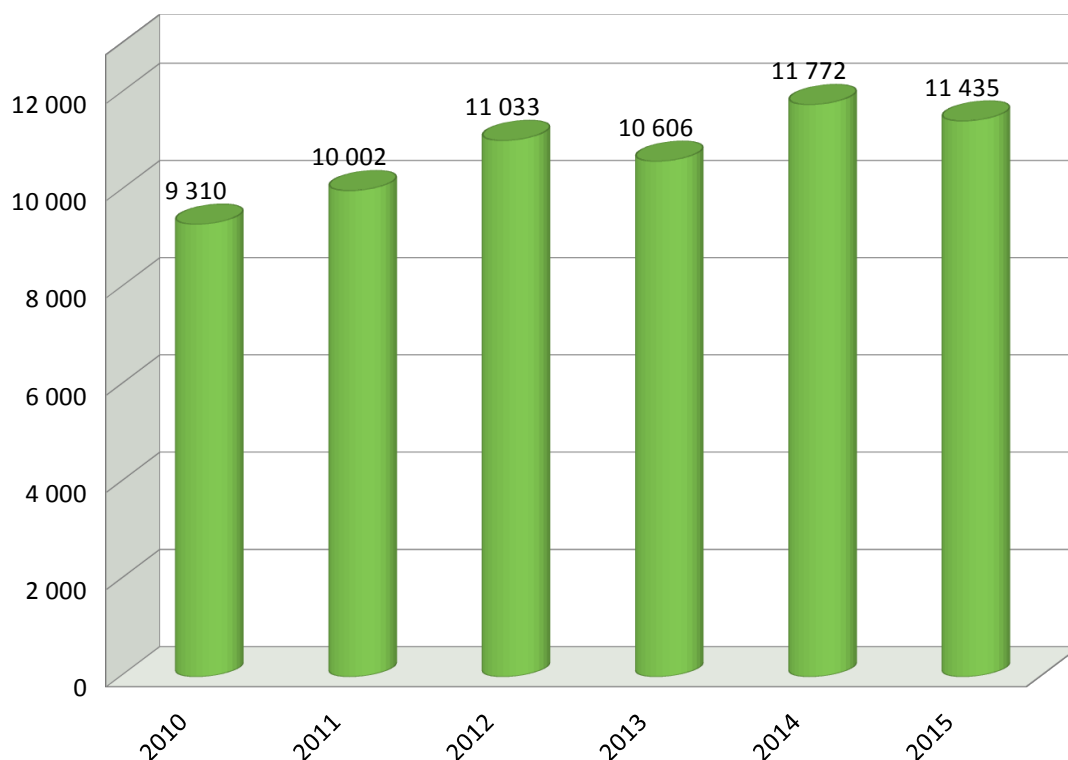
Chod nemocnice zajišťuje zhruba 80 zaměstnanců, z toho 6 lékařů a 35 středních zdravotnických pracovníků.

V listopadu 2015 Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje úspěšně absolvovala akreditační šetření a obdržela certifikát o udělení **akreditace od Spojené akreditační komise, o.p.s. (SAK)**. Tento certifikát dokladuje nejen naplnění akreditačních standardů SAK, ale i splnění hodnotících standardů uvedených ve vyhlášce MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

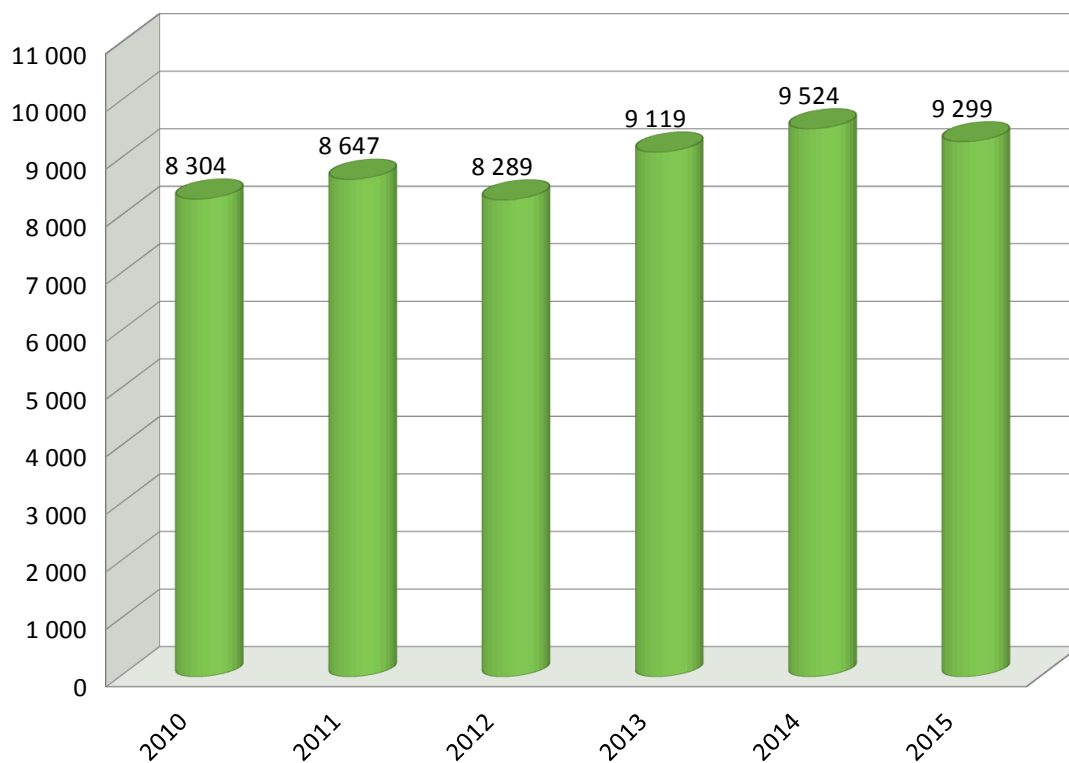
Centrální laboratoře ONK, a.s. vlastní již od roku 2013 **akreditaci ČIA**, která prošla v r. 2015 v souladu s požadavky ČSN EN ISO 15189:2013, úspěšným reauditem. Centrální laboratoře se skládají z oddělení klinické biochemie, oddělení lékařské mikrobiologie, transfuzního a hematologického oddělení, oddělení patologie a oddělení klinické biochemie a hematologie v Nemocnici Kutná Hora.

Grafický přehled ukazatelů vývoje nemocnice:

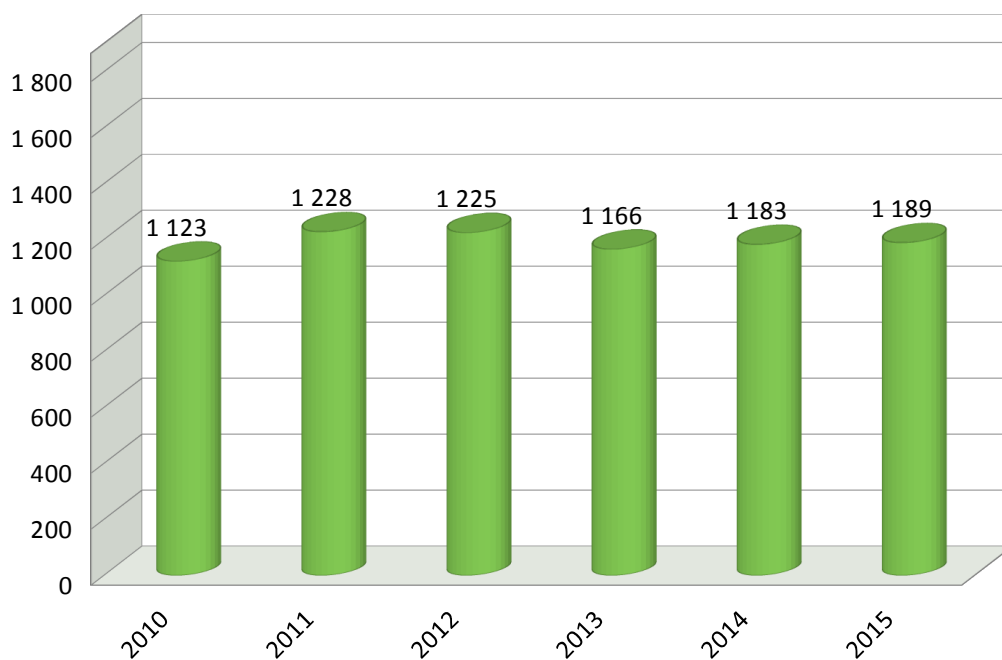
Graf č. 31: Počty operací za celou ONK, a.s. v letech 2010 - 2015



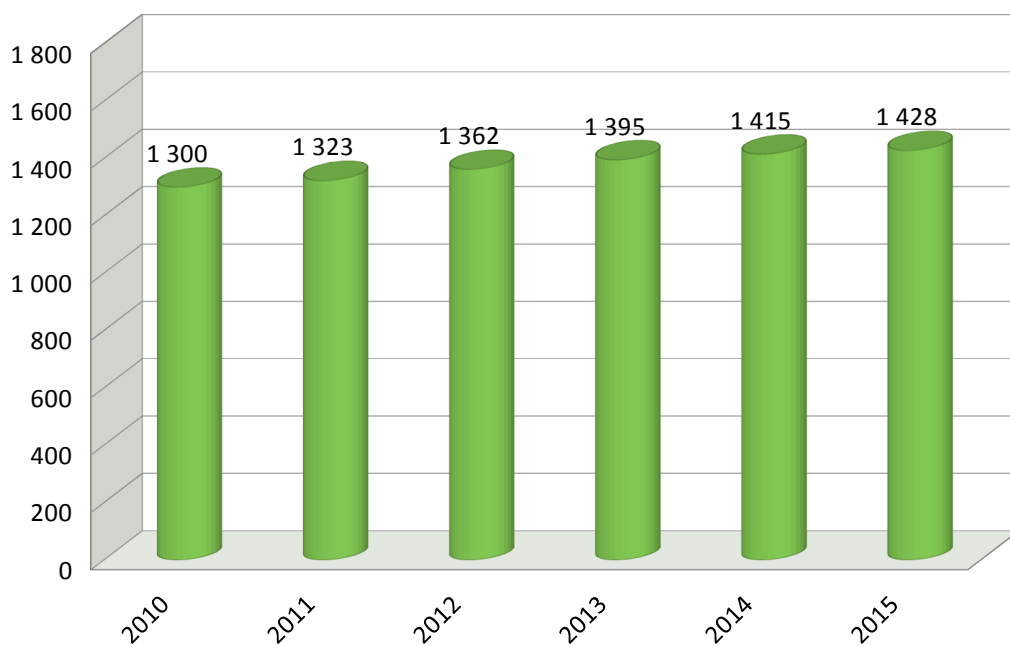
Graf č. 32: Počty anestezií za celou ONK, a.s. v letech 2010 - 2015



Graf č. 33: Počty porodů za celou ONK, a.s. v letech 2010 - 2015

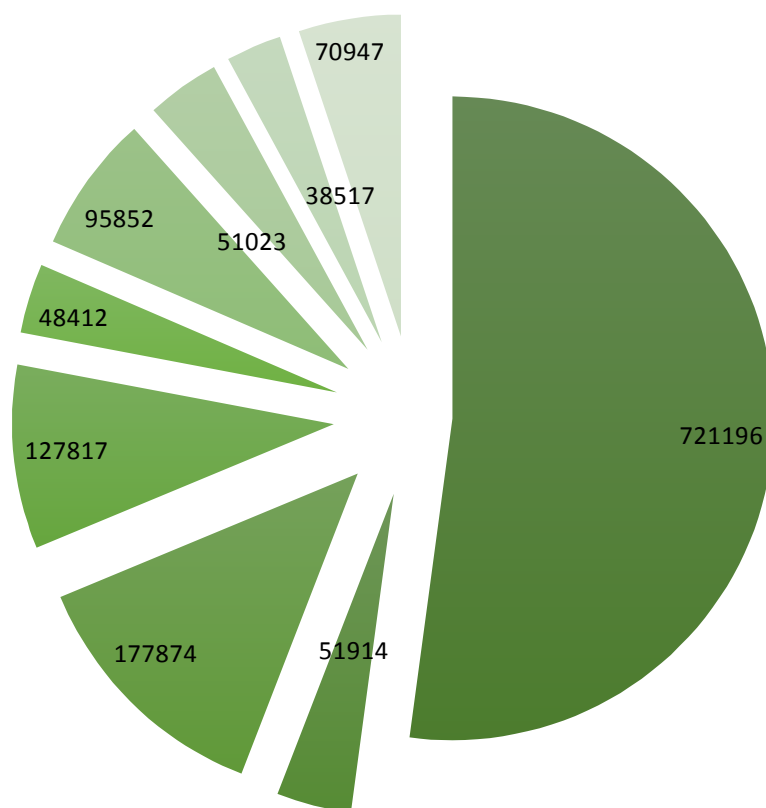


Graf č. 33: *Průměrný počet zaměstnanců za celou ONK, a.s. v letech 2010 - 2015*



Graf č. 34: *Struktura nákladů ONK, a.s. za rok 2015*

Náklady celkem: 1 383 552 tis. Kč

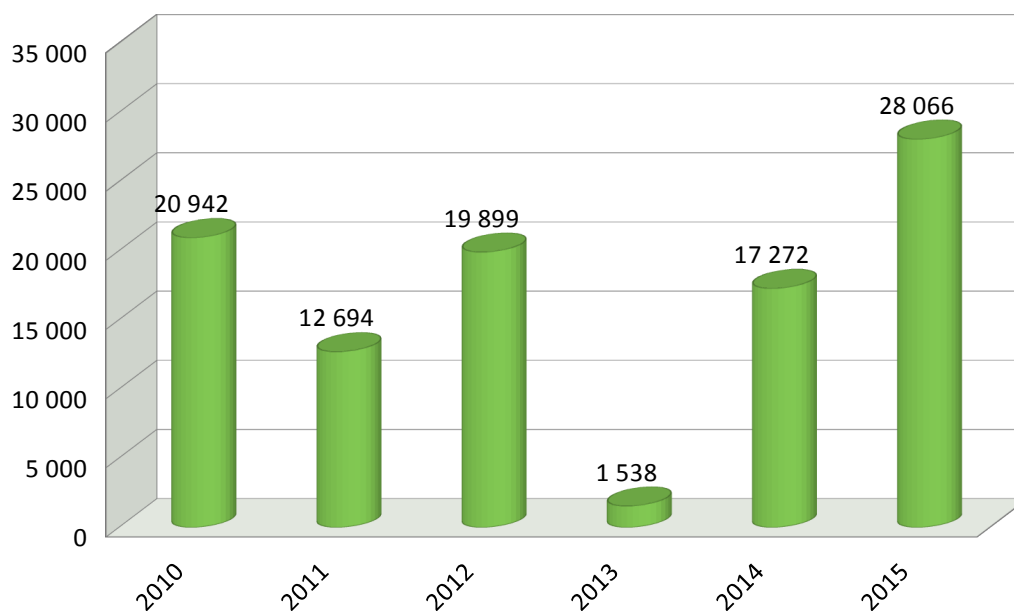


Graf č. 35: *Struktura výnosů ON Kolín, a.s. za rok 2015*

Výnosy celkem: 1 411 588 tis. Kč



Graf č. 36: *Vývoj hospodářského výsledku ONK, a.s. v letech 2010 - 2015*



7.4. Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., je akciovou společností s jediným akcionářem, kterým je Středočeský kraj. Společnost se skládá z Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi a z dvou léčeben dlouhodobě nemocných – Mnichovo Hradiště a Na Celně, které disponují 65, respektive 51 lůžky.

Nemocnice je po Škoda Auto a.s. druhým největším zaměstnavatelem v regionu a v roce 2015 zaměstnávala celkem 1530 zaměstnanců, z toho 240 lékařů a 1024 nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.



Lůžková péče v nemocnici je zajištěna v širokém spektru odborností na 491 lůžcích, jejichž rozložení dle odborností je znázorněno v Tabulce č. 29. Nemocnice při své kapacitě v minulém roce provedla 22 782 hospitalizací a 1333 porodů. Spoluvytváří síť páteřních nemocniční zařízení poskytující akutní péči v kraji.

- Gastroenterologie
- Hematologicko-transfuzní oddělení
- Chirurgicko-traumatologické oddělení
- Interní oddělení I. - choroby metabolismu
- Interní oddělení II. - choroby srdce a cév
- Kožní oddělení
- LDN Mnichovo Hradiště
- LDN Na Celně
- Neurocentrum
- Oční oddělení
- Oddělení gynekologicko-porodnické
- Oddělení klinické biochemie
- Oddělení klinické mikrobiologie
- Oddělení klinické onkologie
- Oddělení nukleární medicíny
- Oddělení ORL
- Oddělení nutričních terapeutů
- Oddělení sociálních služeb
- Ortopedicko-traumatologické oddělení
- Patologicko-anatomické oddělení
- Plicní oddělení
- Radiodiagnostické oddělení
- Rehabilitace
- Stomatologické oddělení
- Urgentní příjem dospělých
- Urologické oddělení

Spádovou oblast pro ONMB tvoří zejména okres Mladá Boleslav s 124 470 obyvateli (k 1. 1. 2013), vč. části okresů Mělník, Nymburk a Praha-východ, kdy mají obyvatelé za zdravotní péči blíže než do ostatních oblastních nemocnic, tj. cca 10% z celkového počtu obyvatel těchto okresů (výpočet: 10 % z 354 000 = dalších cca 35 400 obyvatel, které patří do spádové oblasti ON Mladá Boleslav). Výjimkou však nejsou ani pacienti z jiných okresů kraje, ostatních krajů i ze zahraničí.

Všichni výše uvedení obyvatelé (celkem 159 870 obyvatel k 1. 1. 2013) jsou ve spádové oblasti nemocnice. Běžně jsou však ošetřováni pacienti z Jičína, Turnova, České Lípy, Lysé nad Labem a Mimoně (celkem tedy až 250 000 obyvatel).

Nemocnice klade důraz na kvalitu a bezpečnost: nemocnice v červnu 2016 chce splnit akreditační podmínky Spojené akreditační komise. Obory klinické biochemie, klinická mikrobiologie, transfuzní a hematologické oddělení a patologicko – anatomické oddělení získaly Osvědčení o splnění podmínek Auditu II NASKL.

Nemocnice je ve zvláštním postavení vůči zdravotním pojišťovnám, jelikož působí v regionu, ve kterém je situována většina pojištěnců Zdravotní pojišťovny Škoda, která je nejmenší zdravotní pojišťovnou v České republice s necelými 150 000 pojištěnci. Oblastní nemocnice Mladá Boleslav je hlavním partnerem této pojišťovny na straně poskytovatelů zdravotních služeb, což dává nemocnici ještě zásadnější postavení v regionu a odlišuje jí od ostatních krajských nemocnic.

7.5. Oblastní nemocnice Příbram, a. s., nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Příbram, a.s., je akciovou společností s jediným akcionářem, kterým je Středočeský kraj. Nemocnice je součástí páteří sítě nemocnic Středočeského kraje, poskytujících ambulantní a lůžkovou péči, poskytující zdravotní péči nejen na Příbramsku, ale i v přilehlých regionech. Je zcela místně nezastupitelná zejména v oborech chirurgie, traumatologie, vnitřního lékařství a urologie, v rámci kterých poskytuje ve své spádové oblasti péči cca 120 000 obyvatel. Ve vybraných specializacích, jako je například péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou, zajišťuje příbramské iktové centrum péči s výrazně nadregionálním rozsahem, tzn. včetně podstatné části okresu Praha-západ, dále pak

Berounska, Hořovicka a Benešovska. Výrazně nadregionální přesah je i v oborech nukleární medicíny (Kladensko, Benešovsko) a oční medicíny.

Nemocnice je jedním z největších zaměstnavatelů v regionu, v roce 2015 zaměstnávala celkem 1110 zaměstnanců, z toho 190 lékařů a 752 nelékařských zdravotnických zaměstnanců a jiných odborných zaměstnanců včetně farmaceutů.



Nemocnice je klíčovým poskytovatelem zdravotní péče v regionu. Ze 455 disponibilních lůžek aktuálně provozuje všechny. Na 395 lůžkách provozuje akutní léčebnou péči (včetně významné části péče návazné na specializovaná a super specializovaná centra) a následnou lůžkovou péči poskytuje na zbývajících 60 lůžkách. Dále disponuje 6 lůžky sociálními a odlehčovacími. Rozložení a využití lůžkového fondu je čitelné z Tabulky č. 30.

Tabulka č. 30: Lůžková kapacita a využití lůžek

Oddělení	Počet lůžek	Využití lůžek
Interna	89	78%
Interna - JIP	14	50%
TRN	23	86%
Neurologie	30	67%
Dětské	25	54%
Dětské - JIP	5	20%
Neonatologie	18	57%
Gynekologie	29	37%
Porodnice	20	56%
Chirurgie	74	52%
Chirurgie - JIP	6	34%
ARO	11	58%
Ortopedie	38	66%
ORL	17	22%
Oční	13	28%
Urologie	16	75%
Rehabilitace	20	76%
Ošetrovatelská péče	30	83%
LDN	30	91%
Celkem	508	63%

Zdroj: Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

ON Příbram zastřešuje celkem 39 specializovaných zdravotnických oddělení, z nichž většina poskytuje ambulantní i lůžkovou péči. Nedílnou součástí je nemocniční lékárna a prodejna zdravotnických potřeb. Všechny laboratoře příbramské nemocnice jsou uvedeny v Registru klinických laboratoří NASKL a zajišťují kvalitu služeb dle normy ČSN EN ISO 15189:2007 – Zdravotnické laboratoře – zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost. Osvědčení o splnění podmínek Auditů II NASKL obdržela oddělení klinické biochemie, klinické mikrobiologie, transfúzní a hematologické oddělení a patologicko-anatomické oddělení.

Ambulantní zdravotní péče je poskytována v těchto oborech:

- algeziologie

- anesteziologie a intenzivní medicína
- angiologie
- cévní chirurgie
- dermatovenerologie
- dětská a dorostová psychiatrie
- dětské oddělení
- endokrinologie a diabetologie
- fyzioterapie
- gynekologie a porodnictví
- hematologie a transfúzní lékařství
- chirurgie
- infekční lékařství
- kardiologie
- klinická onkologie
- klinická psychologie
- nefrologie
- neurologie
- nukleární medicína
- oftalmologie
- ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
- pneumologie a ftizeologie
- pracovní lékařství
- praktické lékařství pro děti a dorost

- psychiatrie
- radiologie a zobrazovací metody
- rehabilitační a fyzikální medicína
- revmatologie
- tělovýchovné lékařství
- urologie
- vnitřní lékařství
- všeobecné praktické lékařství
- zubní lékařství

Lůžková zdravotní péče zahrnuje:

- anesteziologie a intenzivní medicína
- dětské oddělení
- gynekologie a porodnictví
- chirurgie
- neurologie
- oftalmologie
- ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
- pneumologie a ftizeologie
- rehabilitační a fyzikální medicína
- urologie
- vnitřní lékařství

Následná péče zahrnuje:

- dlouhodobá lůžková péče

- léčebně rehabilitační péče
- ošetrovatelská péče

Laboratorní komplement zahrnuje:

- hematologii a transfúzní lékařství
- klinická biochemie
- lékařská mikrobiologie
- patologie

Zobrazovací metody zahrnují:

- radiologie a zobrazovací metody včetně magnetické rezonance
- nukleární medicína

Ostatní poskytovaná zdravotní péče:

- léčebně rehabilitační péče
- lékařská péče
- zdravotnická dopravní služba

Poskytovaná péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

- domácí péče

Nemocnice za rok 2015 hospitalizovala 18 748 případů, provedeno 295 147 ambulantních vyšetření a vykonáno 9587 operací. Všechny zdravotní výkony mají rostoucí tendenci. To svědčí o dobrém povědomí populace o kvalitě poskytované péče a zájmu pacientů o Oblastní nemocnici Příbram, a.s.

Nemocnice dále uskutečnila v minulém roce přibližně 1105 porodů, což je oproti roku 2012 nárůst o více jak 18%, přičemž od zmíněného roku vykazuje počet porodů setrvalý růst. Je to způsobeno zejména komplexností nabídky služeb včetně předporodní a poporodní péče a laktanční poradny, vysokou kvalitou poskytované zdravotní péče, výrazným zlepšením kvality lůžkového oddělení a v neposlední řadě i velmi vstřícným a privátním přístupem personálu k požadavkům rodiček. Předpokládáme, že po zásadní rekonstrukci porodních sálů

a přilehlých prostor, která proběhne v letošním roce, se zájem rodiček a tím a počet porodů v příbramské nemocnici ještě dále výrazně zvýší.

Novorozenecké oddělení ONP jen od roku 2009 nositelem titulu „Baby-Friendly Hospital“, který je na celém světě udělován těm nemocnicím, jejichž dětská, resp. novorozenecká, oddělení splní všechna kritéria, stanovená WHO a UNICEF pro podporu kojení jako jedné z hlavních podmínek optimálního vývoje dítěte. Spolu s certifikátem „Spokojený pacient“ dle KOP (Kvalita očima pacientů) a nejvyšším certifikátem „Bezpečný provoz“, který drží stravovací provoz v souladu se systémem řízení kvality a zdravotní nezávadnosti potravin HACCP, je tedy dokladovány vysoká úroveň poskytované péče.

Dominantním partnerem na straně plátců je pro nemocnici Všeobecná zdravotní pojišťovna, od které pochází více než 80 % všech úhrad za zdravotní služby. Druhý největší partner, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra, představuje jen přibližně 5 % finanční hodnoty kontraktů.

Nemocnice usiluje o to, aby v rámci systému veřejného zdravotního pojištění poskytovala co nejkvalitnější zdravotní péči při vynaložení optimálních nákladů. Přestože prioritou je vždy zdravotní péče, musí se nemocnice pohybovat ve stanoveném ekonomickém prostředí. Při pohledu do historie je zřejmé, že její hospodaření se v posledních dvou letech významně zlepšilo. Ze ztráty ve výši 55 508 000 Kč v roce 2013 se ekonomický výsledek přesunul jak v roce 2014, tak v roce 2015 do mírného zisku. V roce 2015 bylo dosaženo zisku ve výši 2 798 000 Kč i přesto, že od ledna 2015 byly plošně navýšeny tarifní mzdy zaměstnanců o 5%. Na tomto velmi pozitivním ekonomickém vývoji se podílela celá řada faktorů od organizačních a provozních opatření, zvyšujících produktivitu práce, až po mírné zlepšení úhradových mechanismů, definovaných úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR. Ekonomická situace umožnila nemocnici kromě plošného zvýšení mezd i výraznější aktivity v oblasti rekonstrukcí a oprav.

Odrážem v předchozím odstavci uvedeného vývoje je hodnocení renomovanou auditorskou společností Nexia AP. V unikátním hodnocení českých nemocnic se ON Příbram umístila na 3. místě v kategorii nemocnic zřizovaných krajem a na 9. místě v celkovém hodnocení

všech hodnocených nemocnic, přičemž ukazatele pro toto hodnocení byly vybrány pouze z ekonomické oblasti.

Stanovení strategických cílů do roku 2020 je do značné míry závislé na ekonomických podmínkách, které realizaci těchto cílů umožní. Současný systém financování zdravotní péče neumožňuje významnější investiční aktivitu krajských nemocnic z vlastních zdrojů. Proto musí být významnější investice financovány převážně ze zdrojů zřizovatele, státu, nebo ze zdrojů evropských fondů. Bez ohledu na tyto skutečnosti strategie příbramské nemocnice počítá s dalším rozvoje zejména v oblasti návazné zdravotní péče a v oblastech iktové péče (nemocnice je součástí „Iktových center“ s průměrným ročním počtem 500 ošetřených pacientů), traumatologie, „onkochirurgie“ (chirurgie, urologie), perinatologie, urgentního příjmu.

S výše uvedeným souvisí i nutnost relativně častých obměn zdravotnické techniky, která vzhledem k technologickému rozvoji poměrně rychle zastarává – jedna generace v tomto oboru se v současnosti pohybuje na úrovni 7 až 8 let.

I přes veškerou výše popsanou finanční náročnost udržování vysokého standardu péče se v posledních letech podařilo dokončit stavební investice velkého rozsahu, kterými ovšem stavební rekonstrukce nemocnice není ani zdaleka dokončena. Bude nezbytné investovat další finanční prostředky v řádu stovek milionů do dokončení generelu nemocnice a rekonstrukce dalších budov v obou areálech ON Příbram tak, aby odpovídaly standardům současné medicíny a požadavkům kvality a bezpečnosti poskytování zdravotní péče.

7.6. Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., je akciovou společností s jediným akcionářem, kterým je Středočeský kraj. Nemocnice je součástí páteřní sítě nemocnic Středočeského kraje, poskytujících ambulantní a lůžkovou péči, přičemž je v tomto pohledu nemocnicí nejmenší.



Nemocnice je jedním z největších zaměstnavatelů v regionu a v roce 2015 zaměstnávala celkem 759 zaměstnanců, z toho 117 lékařů a 483 nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Nemocnice je klíčovým poskytovatelem zdravotní péče v regionu. V současné době z disponibilních 444 lůžek nemocnice aktuálně provozuje 427 lůžek, na kterých poskytuje akutní léčebnou péči (včetně významné části péče návazné na specializovaná a super specializovaná centra) a následnou lůžkovou péči. V návaznosti na demografický a společenský vývoj regionu a s ohledem na efektivitu zdravotnických provozů, přistoupila nemocnice v roce 2014 k restrukturalizaci celkového lůžkového fondu a počet lůžek následné péče byl o 20 navýšen.

Tabulka č. 31: Lůžková kapacita

Lůžková oddělení	Kapacita
Interna	106
Interna JIP	11
Dětské	26
Dětské JIP	4
Novorozenecké	19
Chirurgie	68
Chirurgie JIP	11
Gynekologie	38
Porodnice	21
Lůžka ošetrovatelské péče	58
Ortopedie	20
ORL	18
Neurologie	39
ARO	5
Celkem	444

Zdroj: Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. disponuje celkem 20 specializovanými zdravotnickými odděleními, z nichž většina poskytuje jak ambulantní, tak lůžkovou péči. Nedílnou součástí je také nemocniční lékárna a prodejna zdravotnických potřeb.

Lůžková oddělení včetně ambulancí:

- [ARO](#) vč. ambulance pro léčbu bolesti
- [dětské oddělení](#)
- [gynekologické a porodnické oddělení](#)
- [chirurgické oddělení](#)
- urologie
- [interní oddělení](#)
 - kardiologie

- diabetologie
- endokrinologie
- pneumologie a fizeologie
- gastroenterologie
- [neurologické oddělení](#)
- ORL a chirurgie hlavy a krku
- ortopedické oddělení a traumatologie

Samostatná ambulantní pracoviště:

- [zubní oddělení](#)
- [onkologie](#)
- [oční oddělení](#)
- závodní a praktické lékařství

Laboratorní komplement:

- [oddělení klinické biochemie](#)
- [oddělení klinické mikrobiologie](#)
- [patologicko - anatomické oddělení](#)
- [transfuzní a hematologické oddělení](#)

Zobrazovací metody:

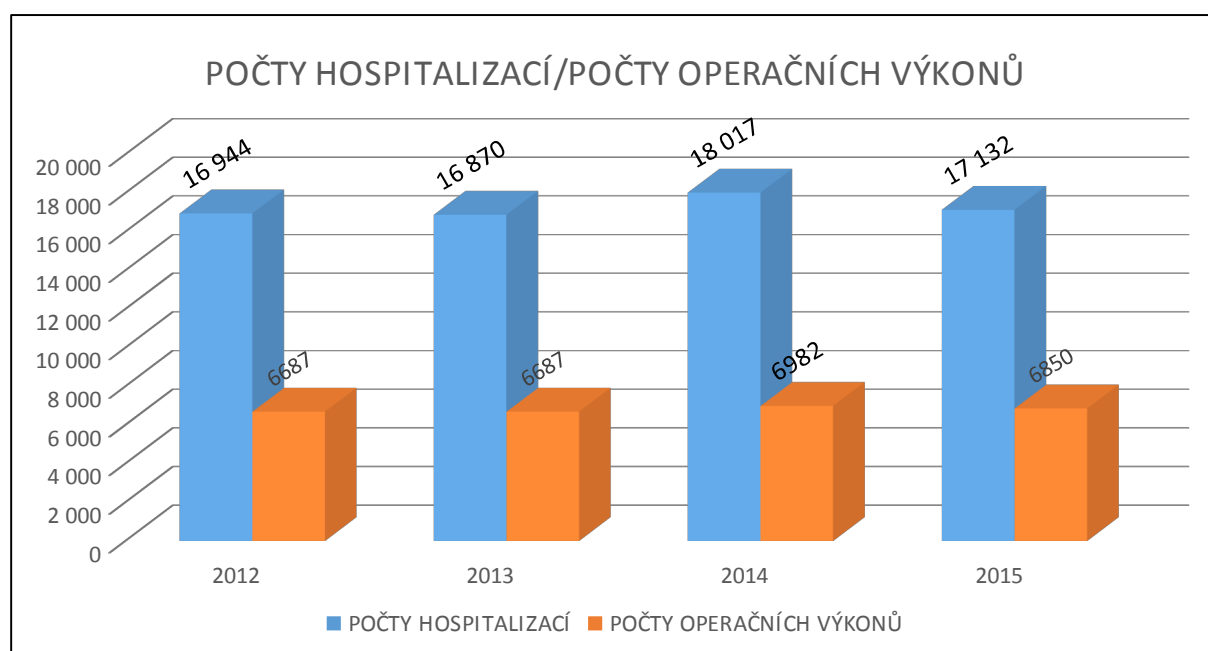
- [radiodiagnostické oddělení](#) – RTG, CT, MR

Následná péče:

- [rehabilitační oddělení](#)
- [lůžka ošetrovatelské péče](#)
- [nutriční poradna](#)
- [zdravotně sociální služby – sociální poradenství](#)

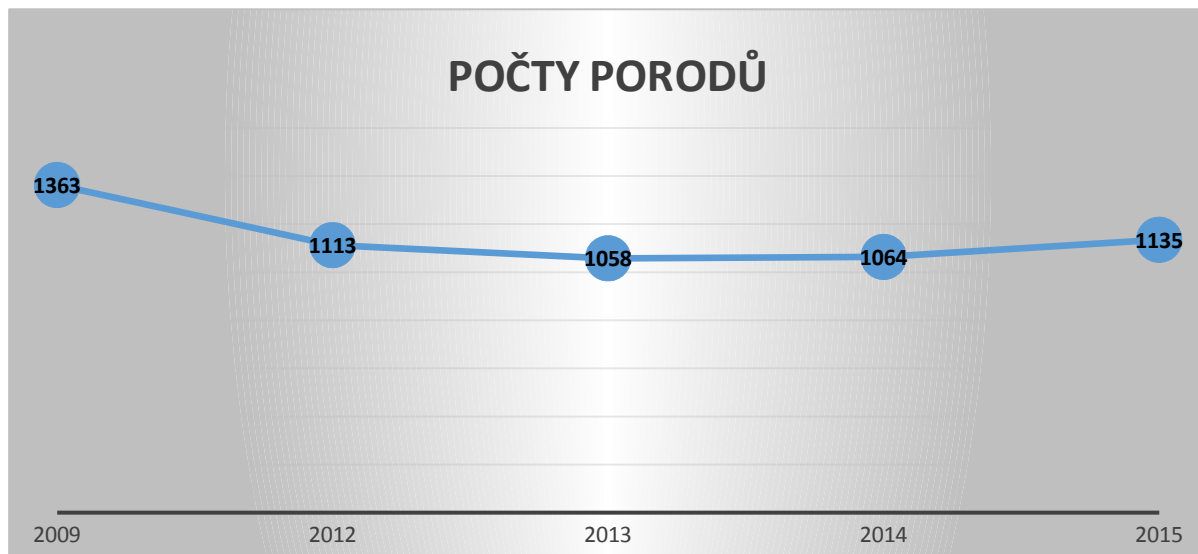
Nemocnice z převážné většiny zajišťuje neplánovanou zdravotní péči, v průběhu roku 2015 bylo realizováno 17 132 akutních i plánovaných hospitalizací pacientů, 6850 operačních výkonů a 1135 porodů. Udané hodnoty odpovídají dlouhodobě stabilnímu vytížení nemocnice – viz graf č. 37.

Graf č. 37: Počty hospitalizací/operačních výkonů



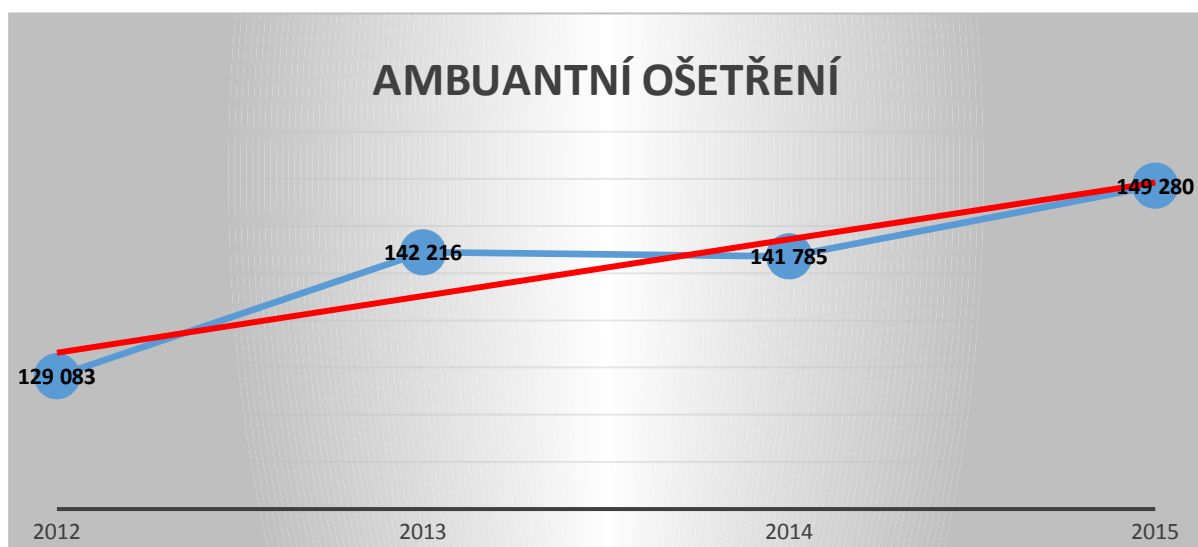
Počty porodů se od tzv. baby boomu v roce 2009 trendově snížily, nicméně v roce 2015 je vidět opět mírně stoupající tendence – viz následující graf.

Graf č. 38: Počty porodů



V ambulantní péči je vidět významný rostoucí trend objemu ambulantní péče (Graf č. 39). Nejen že tento trend odpovídá společenskému klimatu a zájmu pacientů o ambulantní péči, ale zároveň poukazuje na význam a potřebu logicky provázaných celků poskytované ambulantní péče v těsné součinnosti s péčí lůžkovou.

Graf č. 39: Ambulantní ošetření



Nemocnice v rámci svých aktivit a nabídky služeb realizuje podpůrné a doplňující programy zdravotní péče jako jsou: kýlní centrum, sportovní medicína, estetická medicína, spánková

laboratoř, individuální zdravotní programy, program péče o válečné veterány. Je pracovištěm odběru pro registr dárců kostní dřeně pro Český registr dárců krvetvorných buněk IKEM Praha. Aktivity nemocnice v oblasti prevence a edukace jsou nekomerční aktivity, nicméně jejich význam v oblasti výchovy obyvatelstva v regionu je nezanedbatelný. K nejvýznamnějším dlouhodobým aktivitám patří programy pro děti, mezi nimiž přední místo zaujímá výchovně - zábavný program pro děti mateřských škol „Nebojte se nemocnice“ a nový vzdělávací program pro děti prvního stupně základních škol v oblasti prevence dětských úrazů „S úrazy si nechci hrát, nejsem jejich kamarád“. V oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu nabízí nemocnice služby nutriční poradny.

Nemocnice je první akreditovanou nemocnicí Středočeského kraje v oblasti kvality a bezpečí. V listopadu 2014 obdržela Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov certifikát AKREDITACE. Benešovská nemocnice úspěšně absolvovala akreditační šetření a **splnila požadavky akreditačních standardů Spojené akreditační komise, o.p.s. (SAK)**. Současně splnila požadavky všech minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí v souladu s ustanovením paragrafu 105 zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a s vyhláškou č. 102/2012 Sb. O hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tento certifikát se vydává s platností na tři roky a platí do 18. 11. 2017. Všechny laboratoře benešovské nemocnice jsou uvedeny v Registru klinických laboratoří NASKL a zajišťují kvalitu služeb podle normy ČSN EN ISO 15189:2007 – Zdravotnické laboratoře – zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost. Osvědčení o **splnění podmínek Auditů II NASKL** obdržela oddělení klinické biochemie, klinické mikrobiologie, transfuzní a hematologické oddělení a patologicko - anatomické oddělení.

Péči o pacienty s poruchami dýchání ve spánku zajišťuje nemocnice v rámci akreditované spánkové laboratoře s vymezenou působností v rámci provozu lůžkového oddělení ORL.

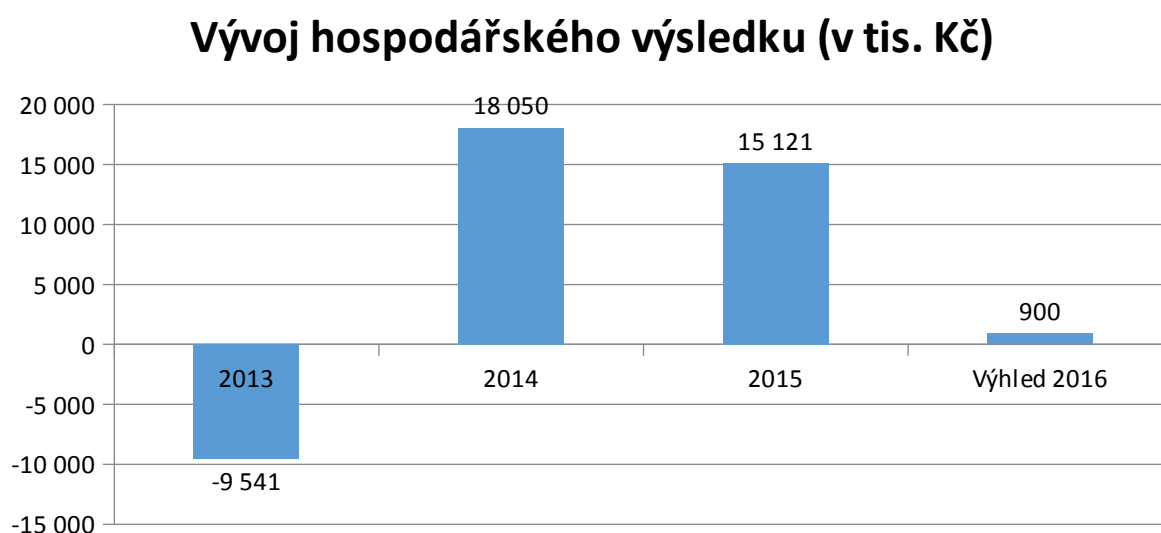
Jako prioritní je vedena snaha o získání statutu „Iktové centrum“, které nemocnici jako jediné z pětice krajských nemocnic schází.

Nemocnice se ve svém dalším rozvoji soustředí zejména na oblasti transparentní ekonomiky a ekonomické soběstačnosti. To se nemocnici daří, jelikož i ve velmi nepříznivém roce 2013,

kdy systém trpěl největším nedostatkem finančních zdrojů pro nemocniční péči, nemocnice skončila jen s mírnou ztrátou ve výši 9,5 mil. Kč.

Prorůstové nastavení úhradových vyhlášek od roku 2014 v kombinaci s vhodně nastaveným výkonem nemocnice umožnilo v posledních 2 letech zakončit obě období s kladným hospodářským výsledkem (Graf č. 40). Výhled hospodářského výsledku pro rok 2016 je již s plánovanými investicemi do celkového rozvoje a modernizace nemocnice. Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a.s. získala v roce 2015 nejvyšší stupeň „AAA“ uznávaného ocenění CZECH Stability Award, které vyhlašuje společnost Bisnode ve spolupráci se Sdružením CZECH TOP 100.

Graf č. 40: *Vývoj hospodářského výsledku*



Mezi další strategické cíle nemocnice patří zlepšení systému objednávání a minimalizace čekání pacienta, což je oblast v současném systému veřejného zdravotnictví často velmi opomíjená. Nemocnice dále plánuje změny v rozložení areálu nemocnice, které jsou spojeny s demolicemi a stavebními pracemi. V neposlední řadě také optimalizovat výkon nemocnice tak, aby se nemocnice vyvarovala zbytečných ztrát v úhradách od zdravotních pojišťoven. Ucelený výčet plánu nemocnice je k dispozici na jejích webových stránkách.

7.7. Návrh směřování krajských nemocnic v letech 2015 až 2020

Další rozvoj jednotlivých nemocnic by měl být opřen o předpokládaný demografický vývoj v kraji, geografickou situaci v kraji s ohledem na infrastrukturu a především s ohledem na zdravotní stav populace kraje a jeho předpokládaný vývoj. Rozvoj nemocnic v období 2015 až 2020 by měl být opřen o možnost čerpání prostředků z fondů Evropské unie do lůžkových zařízení poskytujících návaznou péči.

V důsledku demografických změn v regionu a změn ve zdravotním stavu populace lze předpokládat, že ve Středočeském kraji bude přibývat starších pacientů se zdravotními obtížemi spojenými se stářím. Z tohoto důvodu se do budoucna jeví jako vhodné posilovat především zdravotní služby poskytované v následujících oblastech:

- Cerebrovaskulární a iktová péče
- Ortopedie velkých kloubů
- Rehabilitační péče
- Urologie
- Následná a dlouhodobá péče
- Domácí péče
- Geriatrie
- Preventivní péče a preventivní vyšetření

Zároveň by v krajských nemocnicích měly být podporovány ty obory, které se podílejí na návazné péči, tedy na péči, které těsně předchází či následuje po péči poskytnuté pacientovi ve vysoce specializovaném centru.

7.8. Návazná péče

Strategie rozvoje návazné péče na celostátní úrovni vychází z dokumentu Zdraví 2020 a klíčových navazujících dokumentů Akční plán č. 8b – zvýšení dostupnosti návazné péče a Koncepce návazné péče, které vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s ÚZIS.

Strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je založena na principech programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“, který klade důraz na zlepšení zdraví a životní pohody obyvatel, snížení nerovností v oblasti zdraví

a posílení role veřejného zdravotnictví. Cílem je vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí, jako partnerů při dosahování lepšího zdraví pro všechny²².

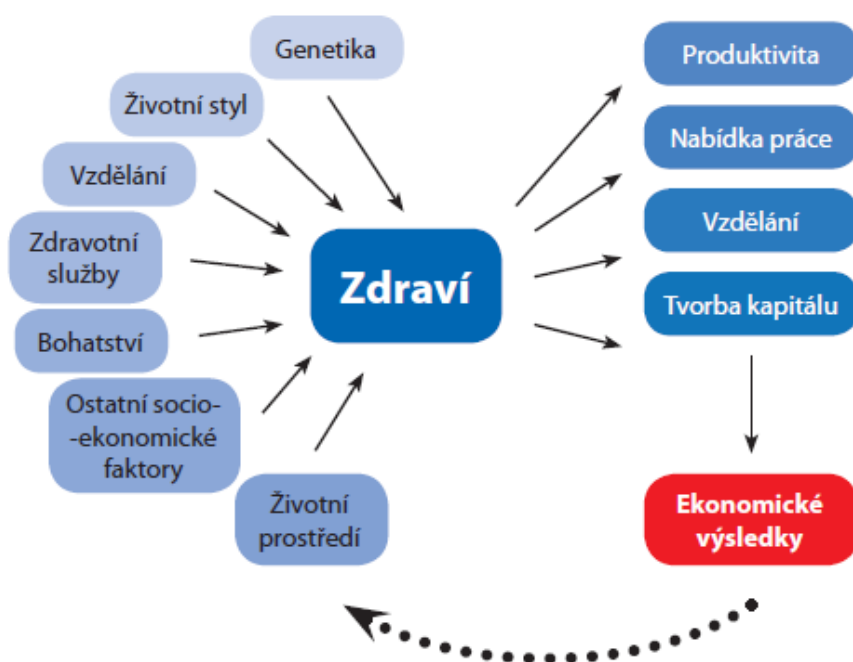
Zdraví 2020 předpokládá využití finančních prostředků z Evropského strukturálního a investičního fondu EU pro zdravotnictví v období 2014–2020, podporu v rámci finančního programu Evropské komise – Třetího akčního programu Evropské unie v oblasti zdraví pro roky 2014–2020.²³

Celá koncepce Zdraví 2020 vychází z předpokladů, že investicemi do lepšího zdraví obyvatelstva, což neznamena pouze investice do zdravotnictví jako takového, posílí nabídku a produktivitu práce a posílí ekonomickou výkonnost země. Celý princip přispívání zdraví populace k ekonomické síle země je ve Zdraví 2020 názorně vysvětlován obrázkem č. 5, který je převzat z této publikace.

22 Zdroj: Zdraví 2020

23 Zdroj: Zdraví 2020

Obrázek č. 5: *Vliv zdraví na výkon ekonomiky*



Zdroj: The Contribution of health to the economy in the EU, Brussels 2005

Zdroj: Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

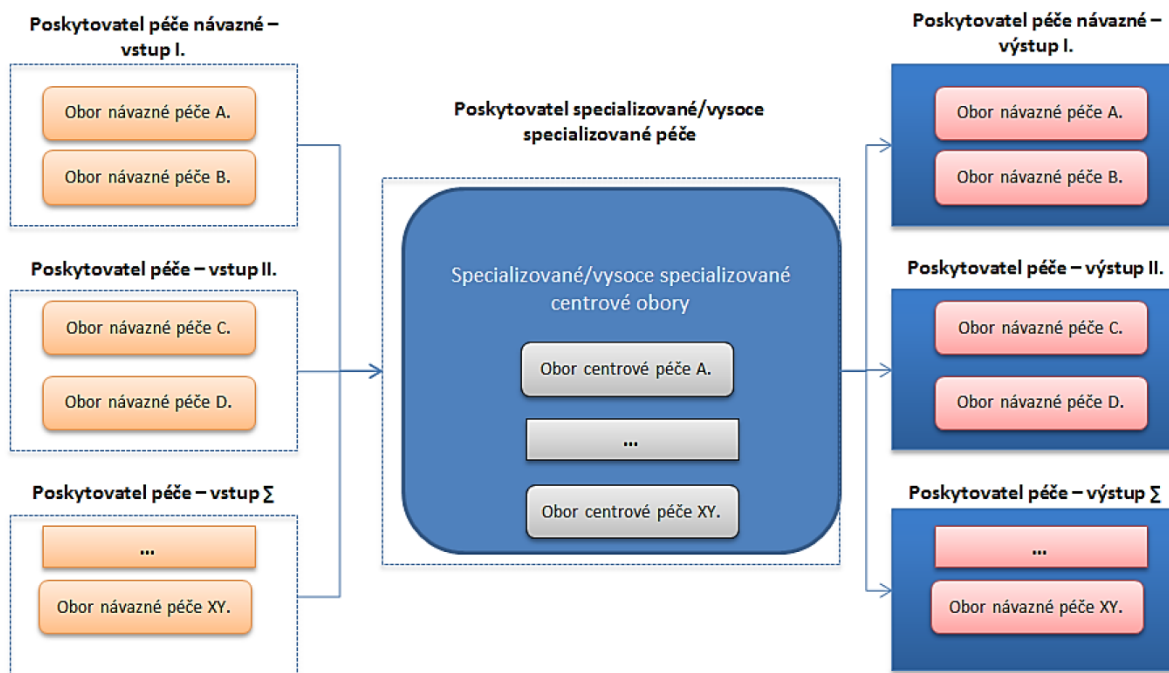
Jedním z pilířů strategie Zdraví 2020 je rozvoj vysoce specializované péče a její další centralizace do vysoce specializovaných center. Na vysoce specializovaná centra má být napojena síť návazné péče, která má být rovnoměrně regionálně dostupná a dostatečně personálně i technicky vybavená tak, aby mohla plnit roli adekvátního partnera pro vysoce specializovaná centra. Návaznou péčí se rozumí, péče která:

- byla poskytována pacientovi před tím, než mu byla poskytnuta péče vysoce specializovaná. Do této skupiny bude patřit především péče preventivní, diagnostická, dispenzární a v menší míře také péče léčebná, a to ve formě jak ambulantní, tak zejména lůžkové, poskytovaná poskytovateli lůžkové péče;
- je poskytována pacientovi, jemuž již byla poskytnuta vysoce specializovaná péče, a jehož zdravotní stav tento stupeň péče již dále nevyžaduje. Do této skupiny bude patřit především péče léčebná a léčebně rehabilitační, a to převážně v lůžkové formě;
- na vysoce specializovanou péči navazuje ve smyslu definice Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR (např. péče v centrech perinatologické intermediární péče navazují

na vysoce specializovanou perinatologickou péči, viz článek 6 Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, Částka 7 z 26. 11. 2013).

Poskytování návazné péče a její zařazení v systému veřejného zdravotního pojištění je graficky znázorněno na Obrázku č. 6

Obrázek č. 6: *Provázanost vysoce specializované a návazné péče*



Zdroj: Akční plán č. 8b – zvýšení dostupnosti návazné péče

Návazná péče by měla být rozvíjena především v regionech a oblastech, kde pacient přistupuje k vysoce specializované péči jinak, než přímo přes centrum vysoce specializované péče. Vysoce specializovaná centra, na které návazná péče navazuje, jsou:

- Traumatologická centra
- Komplexní onkologická centra
- Kardiovaskulární centra
- Cerebrovaskulární centra a iktová centra
- Perinatologická centra
- Onkogynekologická centra

Ve Středočeském kraji je splněn požadavek přístupu pacientů k vysoce specializované péči prostřednictvím jiných zařízení, než přímo center vysoce specializované péče, pro všechny zmíněné oblasti. Zároveň na území kraje existuje rovnoměrně rozložená a svou kapacitou dostačující síť nemocnic²⁴, které všechny splňují kritérium pro poskytovatele návazné péče, tedy poskytují péči ve všech základních oborech (vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví a dětské lékařství) a mají kapacitu vyšší než 300 lůžek. Ve významné části případů pacienti, téměř ze 78 %, kterým je poskytována vysoce specializovaná péče (převážně v centrech v Hlavním městě Praze), prochází právě touto páteří sítí poskytovatelů a nemocnice tak poskytují péči těsně před vstupem pacienta do centra či těsně po ukončení péče v centru.

Investice do návazné péče a případné čerpání prostředků z fondů Evropské unie v období 2015 až 2020 by se mělo týkat všech krajských nemocnic v plném rozsahu odborností, tedy:

- Traumatologie
- Cerebrovaskulární a iktová péče
- Perinatologie
- Onkologie

Jedná se tedy zejména o rozvoj oborů vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu a gynekologii a porodnictví.

Většina pacientů pocházejících ze Středočeského kraje, kterým je poskytována zdravotní péče na území Prahy, jsou léčeni ve Fakultní nemocnici v Motole, Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Například v případě Fakultní nemocnice v Motole tvoří podíl pacientů ze Středočeského kraje 26 % a pacientů z Prahy je mezi pacienty léčenými v Motole méně jak 50 %.

7.9. Zhodnocení návazné péče

Z hlediska rozvoje návazné péče ve Středočeském kraji tedy lze shrnout následující. Kraj a představitelé jeho nemocnic by v této oblasti především měli navázat úzkou komunikaci se

²⁴ Více viz studie Empirická analýza regionálních diferencí v dostupnosti a spotřebě zdravotní péče v ČR vypracovaná společností Ivy Street pro Ministerstvo zdravotnictví v roce 2012.

zdravotními pojišťovnami, specializovanými centry na území Hlavního města Prahy a s Ministerstvem zdravotnictví, které je jejich zřizovatelem. Prvotním cílem by mělo být podrobné zmapování pohybu pacientů mezi Středočeským krajem a jednotlivými centry vysoce specializované péče a vytvoření komunikačního kanálu mezi všemi poskytovateli, kteří těmto pacientům péči poskytují (včetně poskytovatelů primární péče) a zdravotními pojišťovnami. Cílem by měl být vznik integrovaného systému, kde se snadno a v co nejkratším čase přenáší potřebné informace o pacientech, kde jednotliví poskytovatelé zapojení do péče o pacienta mají dobrou představu o tom, co se s pacientem dělo před tím, než se k nim dostal do péče a i co se s ním děje po té, co jejich pracoviště opustil.

Co se týče rozvoje jednotlivých nemocnic, tak investiční plány by měly být zaostřeny na poskytování zdravotních služeb ve všech výše zmíněných základních oblastech, které specifikují většinu činností těchto nemocnic. V letech 2015 až 2020 by tak měly proběhnout významné investice do všech páteřních zařízení a jejich celková modernizace na takovou úroveň, aby mohly být rovnocenným partnerem vysoce specializovaným centrům. Započaté investice do modernizace budov a jejich vybavení, stejně jako změny ve struktuře poskytované akutní lůžkové péče, kde v posledních letech přibyla lůžková oddělení rehabilitační péče, jsou kroky správným směrem a kraj a jednotlivé nemocnice by v nich v následujících letech měly pokračovat.

Každá z nemocnic má vypracován svůj generel, dle kterého realizuje projekty svého rozvoje. Lze konstatovat, že nemocnice jsou aktuálně nasměrovány správným směrem a že by se v následujících letech s pomocí kraje měly zaměřit na získání maximálního množství investičních prostředků z Evropské unie pro další etapu modernizace a zkvalitnění poskytovaných zdravotních služeb.

SWOT analýza – oblastní nemocnice Středočeského kraje

Silné stránky	Slabé stránky
Postavení nemocnic v regionu- klíčoví a páteřní poskytovatelé, partneři vysoce specializovaných center	Podinvestovanost částí nemocničních areálů
Dobrá produkce, nákladů a vztahů se zdravotními pojišťovnami, dobré ekonomické výsledky	Výše odpisů
Komplexní poskytování zdravotních služeb v nemocnicích	Vysoké mzdové náklady
Růst příjmu od zdravotních pojišťoven	
Růst významu nemocnic ve Středočeském kraji	
Příležitosti	Hrozby
Rozvoj moderních technologií	Nepřiměřené zvyšování personálních nákladů
Vícezdrojové financování	Růst fixních nákladů
Čerpání finančních prostředků z fondů EU	Konkurence ostatních poskytovatelů akutní nemocniční péče
Optimalizace lůžkového fondu nemocnic a investice do podinvestovaných oblastí	Ekonomický vývoj České republiky s důsledky do vývoje příjmů systému veřejného zdravotnictví
Spolupráce s ambulantními specialisty a lékaři primární péče v regionu	Podoba úhradových vyhlášek vydávaných Ministerstvem zdravotnictví
Růst objemu produkce v klíčových oborech	Demografický vývoj populace – stárnutí na straně jedné a slábnutí populace čerstvých rodičů na straně druhé
Příchod inovativních přístupů a nových technologií do klíčových oborů	System vzdělávání lékařů a zdravotníků
Posílení vyjednávací pozice proti zdravotním pojišťovnám	
Elektronizace zdravotnictví	

Pro úplnost ještě uvádíme poskytovatele zdravotní péče v oblastech následné a dlouhodobé péče, lázeňské péče, odborné dětské léčebny, psychiatrické léčebny a rehabilitační ústavy na území Středočeského kraje.

Poskytovatelé následné a dlouhodobé péče:

1. ANESAN, s. r. o. (následná péče, následná intenzivní péče, dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče)
2. Nemocnice Český Brod, s. r. o. (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelské péče, následná lůžková péče)
3. Nemocnice Měšice – Centrum integrované onkologické péče, z. s. (následná lůžková péče)
4. Nemocnice Třebotov a. s. (následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče)
5. RHG, spol. s r. o. – v Roztokách (dlouhodobá lůžková péče)
6. RHG, spol. s r. o. – v Kralupech (dlouhodobá lůžková péče)
7. GARC Kladno s. r. o. (následná lůžková péče)
8. Gerimed, a. s. (Sedlec – Prčice) (následná lůžková péče)
9. Mnichovo Hradiště - pod ON MB (následná lůžková péče)
10. Na Celně - pod ON MB (následná lůžková péče + akutní dermatovenerologie)
11. Na Vojkově - pod ON Kolín (následná lůžková péče – rehabilitační a fyzikální medicín a dlouhodobá lůžková péče)
12. MEDIHELP spol. s r. o. – Dobříš (dlouhodobá lůžková péče)
13. Oblastní spolek ČČK Mladá Boleslav (dlouhodobá lůžková péče ošetrovatelská a paliativní péče)
14. Chronicare, s. r. o. (následná intenzivní péče)
15. TŘI, o. p. s. – Čerčany (dlouhodobá lůžková péče hospicová a paliativní)

Oborné dětské léčebny:

1. Odborná dětská léčebna Ch. G. Masarykové v Bukovanech
2. Olivova dětská léčebna, o. p. s. v Říčanech

Psychiatrické nemocnice:

1. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
2. Sadská (patří pod Kosmonosy)

3. SANATORIUM TOPAS, s. r. o. (Škvorec)
4. Národní ústav duševního zdraví

Rehabilitační ústavy:

1. Rehabilitační ústav Kladruby
2. Vojenský rehabilitační ústav na Slapech (v gesci Ministerstva obrany)

Lázeňská léčebně rehabilitační péče

1. Lázně Poděbrady (lázeňská léčebně rehabilitační péče je zde poskytována na celkem 8 místech/hotelích)
2. LAPOD (Lázeňský Hotel Park)
3. Lázeň Felicitas (Spa Hotel Felicitas)
4. Slatinné lázně Toušeň

8. Legislativní rámec

8.1. Úvod a základní údaje o poskytování zdravotních služeb

Hlavním cílem této kapitoly je stručné představení legislativního rámce pro poskytování zdravotních služeb v ČR a především jeho relevanci pro řízení zdravotnictví z úrovně krajů.

Členění zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, platné od 1. 4. 2012.²⁵

Druhy zdravotní péče:

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí:

1. Neodkladná péče

²⁵Tato subkapitola „Úvod a základní údaje o poskytování zdravotních služeb“ se převážně skládá z citací zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. Kapitola byla inspirována kapitolou č. 7 z materiálu Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015 – 2020, jelikož považujeme pro dobrou orientaci čtenáře za vhodné obdobně shrnutí uvést v každém koncepčním krajském materiálu týkajícím se poskytování zdravotních služeb.

Jejím účelem neodkladné péče je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení

zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

2. Akutní péče

Jejím účelem akutní péče je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí.

3. Nezbytná péče

Jde o takovou péči, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel.

4. Plánovaná péče

která není zdravotní péčí uvedenou v čísle 1., 2. nebo 3.

Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí:

1. Preventivní péče

Jejím účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku.

2. Diagnostická péče

Jejím účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti,

dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby.

3. Dispenzární péče

Jejím účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.

4. Léčebná péče

Jejím účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu.

5. Posudková péče, jejímž účelem je zjištění, zda:

- a. Nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách.
- b. Zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely.

6. Léčebně rehabilitační péče

Jejím účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu. V případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

7. Ošetrovatelská péče

Jejím účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem,

a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.

8. Paliativní péče

Její účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

9. Lékárenská péče

Její účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví, a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

Formy zdravotní péče

Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

1. Ambulantní péče

Péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Ambulantní péče je poskytována jako:

a) primární ambulantní péče

Její účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel.

b) specializovaná ambulantní péče

Je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče.

c) stacionární péče

Její účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

Součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.

2. Jednodenní péče

Zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

3. Lůžková péče

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

a) akutní lůžková péče intenzivní, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,

b) akutní lůžková péče standardní, která je poskytována pacientovi:

- s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí,
- za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,

c) následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u něhož byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje

doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,

d) dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

4. Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

a) návštěvní služba

b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.

Podmínky a požadavky na poskytování zdravotních služeb jsou mimo jiného uvedeny v zákoně o zdravotních službách. Poskytovatelem zdravotních služeb se podle uvedeného zákona rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří mají uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě hrazených služeb tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu.

Zdravotní péče je poskytována bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy (např. zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů) nebo na základě smluvního zdravotního pojištění nebo za plnou či částečnou finanční úhradu.

Základními požadavky poskytování tzv. dobré zdravotní péče jsou:

1. **Kvalita** poskytování zdravotní péče erudovanými zdravotnickými pracovníky, při využití moderních prostředků zdravotnické techniky a pohotovém uplatňování výsledků vědeckého výzkumu v praxi
2. **Dostupnost** zdravotní péče pro všechny s ohledem na vzdálenost a čas, ekonomické možnosti
3. **Efektivita** - účelnost poskytování zdravotních služeb a způsobu jejich financování
4. **Bezpečnost pacienta**
5. **Ochrana jeho osobních dat**

Obecně lze říci, že zákon stanoví práva a povinnosti občanů, profesních organizací a jiných občanských sdružení v oblasti zdravotnictví, ujasňuje vztahy mezi subjekty, které do procesu spojeného se zdravotnictvím vstupují. Dále hovoří o některých povinnostech těchto subjektů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče a o financování systému zdravotnictví.

V kultuře konce minulého a současného století naprosto jednoznačně převládla práva pacienta, možnost pacienta rozhodovat o svém zdraví, o službách, které jsou mu ze strany zdravotníků poskytovány, a o tom, které z těch služeb přijme a které nikoli.

Poskytovatelem – subjektem zdravotní péče jsou zdravotnická zařízení. Objektem poskytování zdravotní péče jsou pacienti. Pacient má zájem na poskytnutí co nejlepší zdravotní péče, v co nejkratší době, kvalifikovanou osobou s profesním přístupem, dostupnými, moderními metodami v uspokojivém prostředí. Mnohdy zdravotní stav pacienta neumožňuje tyto hodnoty vnímat. Lékař jako poskytovatel zdravotní péče poskytuje pacientovi adekvátní péči a je povinen postupovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Měl by však rovněž respektovat i efektivní vynakládání požadovaných finančních prostředků na pacientovu léčbu vedle povinností profesních a povinností vyplývajících z jeho členství v České lékařské komoře (ČLK). Ve snaze zajistit efektivitu zdravotnického systému, narůstá tlak na snižování nákladů a na výkonnost zdravotnických pracovníků. Mezi těmito snahami je třeba stále hledat citlivý kompromis. Prioritním cílem celého zdravotního systému je bezesporu úsilí o růst kvality poskytované péče, vyjádřený prodlužováním průměrné délky aktivního života a zvyšováním jeho kvality.

Veškeré reformní kroky systému veřejného zdravotního pojištění případně restrukturalizační kroky na úrovni jednotlivých krajů musí vycházet z ekonomických možností země. Mělo by být jasně řečeno, že právo na zdravotní péči je ohraničeno objemem finančních prostředků, které je možné na zdravotní péči ještě poskytnout, aniž by to ohrožovalo rozvoj společnosti.

8.2. Profesní organizace

V českém právním řádu je upravena činnost profesních asociací, komor, společností a sdružení. Zásadní roli hraje ČLK, ta je samosprávnou profesní organizací lékařů. Byla zřízena zákonem č. 220/1991 Sb. České národní rady (ČNR) o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře a je obdobou samosprávy místní (např. městské či krajské).

Každý lékař, který vykonává na území ČR lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK. Česká lékařská komora má několik hlavních funkcí

- dbá, aby členové komory vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor,
- zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání podle zvláštních předpisů,
- posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů a chrání jejich profesní čest.

Pokud lékař nedodržuje výše uvedená pravidla, léčebné postupy nebo se chová k pacientovi hrubě, může ho komora v krajním případě vyloučit. Vyloučení z lékařské komory znamená de facto zákaz výkonu povolání. O povinném členství v ČLK se mezi lékaři vedou diskuse. Povinné členství v ČLK odpovídá v Evropě běžnému povinnému členství lékařů a příslušníků jiných svobodných povolání v komorách. Profesní samosprávy zvyšují demokratičnost státu a posilují práva občanů při správě věcí veřejných. ČLK vykonává profesní dohled nad lékaři ve veřejném zájmu.

8.3. Poskytování péče občanům EU

Z nařízení EU RE 1048/78, 574/72 a 859/2003 vyplývá princip jednoho pojištění v rámci členských států EU. To se týká i rodinných příslušníků, závislých na výdělečné činnosti

občanů členských států EU. Dalším principem je princip rovného zacházení. Z toho vyplývá, že zdravotní pojišťovny výpomocně hradí péči, poskytnutou v ČR cizincům ze zemí EU. Od vstupu ČR do EU musí poskytovatelé zacházet s občanem členského státu EU jako s občanem, který je účastem na veřejném zdravotním pojištění. Občan členského státu EU má právo zvolit si českou zdravotní pojišťovnu, která poskytnutou péči uhradí. Hradí se však pouze nezbytná péče, s ohledem na povahu nemoci a předpokládanou délku a účel pobytu občana členského státu EU v jiném státě EU. O rozsahu nezbytné péče, kterou je nutno poskytnout a uhradit, rozhoduje lékař. Při vyžadování zdravotní péče se pojištěnec zpravidla vykazuje Evropským průkazem zdravotního pojištění, popřípadě potvrzením dočasně nahrazujícím tento průkaz. Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá ho poskytovatel o volbu české smluvní zdravotní pojišťovny. Pokud to zdravotní stav pojištěnce neumožňuje, sám poskytovatel tomuto pojištěnci zvolí smluvní zdravotní pojišťovnu. Zvolená zdravotní pojišťovna je povinna proplatit péči o pojištěnce ve stejném rozsahu jako v případě péče o českého pojištěnce, avšak s přihlédnutím k lékařské nezbytnosti této péče.

Od června 2004 jsou pojištěnci jednotlivých členských států EU, cestující na přechodnou dobu do jiného členského státu EU, vybavováni Evropským průkazem Zdravotního pojištění, který by měl v případě potřeby zjednodušit čerpání zdravotní péče. Za vydávání tohoto průkazu svým občanům je odpovědný každý členský stát; ve všech členských státech má tento průkaz stejné technické parametry a vzhled, což zaručuje jednoznačnou rozpoznatelnost ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Je v kompetenci jednotlivých států, aby rozhodly, zda bude Evropský průkaz zdravotního pojištěnce vydáván jako samostatná karta, nebo bude integrován do již existujícího národního průkazu.

8.4. Financování zdravotní péče

Financování zdravotnictví bylo odděleno od státního rozpočtu v roce 1993, kdy začalo fungovat veřejné, tehdy všeobecné zdravotní pojištění. Pojistné však nadále zůstalo příjmem státního rozpočtu, ze kterého jsou hrazeny výdaje jak na důchodové, tak na nemocenské pojištění (tyto sociální platby řadíme mezi tzv. mandatorní výdaje státního rozpočtu). Značný nárůst výdajů spojených s důchodovým zabezpečením a zdravotním pojištěním je s ohledem

na prodlužující se očekávanou dobu přežití evidentní. Dosažení fiskální stability a mezigenerační spravedlnosti si tak nevyhnutelně žádá úsilí v podobě dlouhodobě působících opatření zejména v oblastech důchodů a zdravotnictví s cílem zajistit udržitelnost, ovladatelnost a kvalitu veřejných financí.

Úhrada za poskytovanou zdravotní péči se řídí zákonem a úhradovou vyhláškou dle referenčního období. Zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům zdravotní péči paušální úhradou nebo podle seznamu výkonů. Paušálními platbami se rozumí platby za počet registrovaných pojištěnců neboli kapitační platby v ambulantní péči a agregovaná platba za lůžko/den nebo platba za diagnózu v ústavní péči. Paušální úhrada se pro dané pololetí příslušného roku stanoví ve výši 100 % objemu úhrady za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, péče vykázané a uznané v příslušném pololetí roku předchozího, tzv. referenčního období. Po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté zdravotní péče v příslušném pololetí daného roku zdravotní pojišťovna pak obvykle provede úpravu paušální úhrady podle skutečného počtu vykázaných bodů. Pro nasmlouvané výkony se stanoví hodnota bodu v příslušné výši a dle příslušné odbornosti, tzn. hodnota bodu je různá. Zdravotní výkony jsou hodnoceny podle celkové náročnosti, jak materiálové, tak podle stupně požadované kvalifikace zdravotnického personálu. Na základě těchto kritérií jsou oceněny výkony počtem bodů. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu v příslušné výši dle typu poskytovatele a poskytované péče. Hodnota bodu je stanovena čtvrtletně v tzv. dohodovacím řízení, které probíhá mezi zdravotními pojišťovnami a profesními sdruženími poskytovatelů zdravotní péče. Zdravotní péče nehrazená podle předchozího odstavce se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem v souladu se zákonem (zákon č. 526/1990 Sb., O cenách) a Cenovým rozhodnutím Ministerstva Zdravotnictví ČR ze dne 20. prosince 2007.

Závěrem této kapitoly považujeme za vhodné zopakovat a zvýraznit hlavní problémy, kterým zdravotnický systém ČR v oblasti financování čelí:

- Stárnutí populace
- Růst poptávky po zdravotní péči a změna struktury nemocí

- Vyšší očekávání lidí a změna jejich přístupu k vlastnímu zdraví
- Technologický pokrok

8.5. Veřejné zdravotní pojištění

Problematiku veřejného zdravotního pojištění upravuje především zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti ke dni 1. 4. 1997. Přijetí tohoto stěžejního zákona bylo reakcí zejména na nálezu Ústavního soudu České republiky ze dne 10. 7. 1996 č. 206/1996 Sb., N 64/5 Sb. NU 487. Ústavní soud ve svém nálezu konstatoval, že právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění, jak je občanům České republiky zajištěna v čl. 31 Listiny, lze stanovit výlučně zákonem a nikoliv dalšími podzákonnými právními předpisy. Pokud tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen právním předpisem stejné právní síly. Jiná než zákonná úprava by podle nálezu Ústavního soudu byla porušením Listiny základních práv a svobod, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované

zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než zákonným právním předpisem. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala do pravomoci moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a dále osoby, které na území České republiky sice nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má své sídlo na území České republiky (dále jen "pojištěnci").

Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,
- ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

Jako plátcí pojistného na zdravotní pojištění jsou zákonem č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů určeny tři skupiny plátců pojistného zdravotního pojištění:

1. stát platí pojistné za definované skupiny osob,
2. zaměstnavatel odvádí pojistné za zaměstnance,
3. pojištěnec v níže uvedených případech.

Pojištěnec je plátcem pojistného pokud:

- je zaměstnancem vykonávajícím činnost, ze které mu plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění,
- je osobou samostatně výdělečně činnou
- je osobou bez zdanitelných příjmů.

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem se rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci nebo předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru anebo spočívá v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance. Minimální vyměřovací základ je minimální mzda.

Plátce pojistného zdravotního pojištění jsou:

- zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná, osoba bez zdanitelných příjmů,
- zaměstnavatel,

- stát,
- pokud má pojištěnec příjmy jako OSVČ i jako zaměstnanec, platí pojistné z obou těchto činností.

Vznik a zánik placení pojistného:

- pro pojištěnce - dnem nástupu do zaměstnání nebo dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti nebo dnem, kdy se stal pojištěncem – osobou bez zdanitelných příjmů,
- pro zaměstnavatele - vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká dnem skončení zaměstnání,
- pro stát - vzniká dnem, kdy se stát stává podle zákona plátcem pojistného, zaniká dnem, kdy přestává být plátcem pojistného.

8.6. Pojištěnec, jeho práva a povinnosti

Každý občan ČR má právo na zdravotní péči plně hrazenou ze zdravotního pojištění, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Tato péče zahrnuje především léčebnou a diagnostickou zdravotní péči, pohotovostní a záchrannou zdravotnickou službu, poskytování léčebných a zdravotnických prostředků, rehabilitační a lázeňskou péči a dopravní zdravotní službu ve stanovených indikacích. Ze zdravotního pojištění se naopak nehradí např. kosmetické operace, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost pacienta či jiných osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, výkony akupunktury a alternativní medicíny, homeopatická léčba atd. Významné je právo pojištěnce na poskytnutí zdravotní péče bez přímé úhrady. Neodkladnou a urgentní péči na území ČR nemusí účastník zdravotního pojištění hradit sám přímou platbou, protože tato péče je vždy hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Týká se to i lékařů a poskytovatelů bez smluvního vztahu s pojišťovnou, jejímž je pacient pojištěncem. Žádný lékař nemůže odmítnout ošetřit pacienta při náhle vzniklé potřebě zdravotní péče, tzn. zejména v případě úrazu nebo akutní změny zdravotního stavu.

Významným právem pojištěnce je právo zvolit si sám lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a poskytovatele s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním

vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Neznamená to však, že každý lékař musí přijmout každého pojištěnce, který si jej vybere. V případě ambulantní péče, zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře, tak že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby, zejména u praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost. Volba lékaře je omezena pouze u vojáků v činné službě a žáků vojenských škol, osob vykonávajících civilní službu a osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody. Svého ošetřujícího lékaře si nemůže vybrat ani pacient při hospitalizaci, protože jej určuje primář oddělení, kde je pacient hospitalizován. Svobodná volba se týká i nelékařských zdravotnických povolání, například klinického psychologa, klinického logopeda, fyzioterapeuta, rehabilitačního pracovníka pracujícího samostatně atd.

Pojištěnci je rovněž dáno právo kontrolovat poskytnutou zdravotní péči, je oprávněn požadovat, aby mu zdravotní pojišťovna jednou ročně poskytla písemně a bezplatně a bez zbytečného odkladu formou výpisu z osobního účtu údaje o zdravotní péči za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců, včetně zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. Zdravotní pojišťovna je povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Dá-li k tomu pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce.

Má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, zákon ho opravňuje, aby podal návrh na přezkoumání vedoucímu pracovníkovi poskytovatele nebo jeho provozovateli nebo jeho zřizovateli, případně se obrátil na ČLK, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo estetického postupu lékaře nebo lékárníka. Dále má pojištěnec možnost obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména, odmítne-li zdravotnický pracovník provést

zdravotní výkon spadající do hrazené péče. Pojištěnec má rovněž právo obracet se na příslušný orgán státní správy, který je oprávněn poskytovateli uložit pokutu či zrušit registraci.

Kromě práv mají pojištěnci též povinnosti plnit oznamovací povinnost, tedy sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny jsou pojištěni, nebo že se v době trvání zaměstnání stali pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny. Tuto povinnost jsou povinni splnit do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Zaměstnavatel má právo požadovat na zaměstnanci nebo bývalém zaměstnanci úhradu penále, které zaměstnavatel zaplatil v souvislosti s tím, že pojištěnec neoznámil nebo opožděně oznámil změnu zdravotní pojišťovny. Pojištěnec je povinen poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim. Rovněž je povinen prokazovat se platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou. Případnou ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce je pojištěnec povinen oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně a do osmi dnů vrátit příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění, změně zdravotní pojišťovny nebo dlouhodobém pobytu v zahraničí. Příslušné zdravotní pojišťovně oznamuje pojištěnec změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla do třiceti dnů ode dne, kdy k takové změně došlo.

Při změně zdravotní pojišťovny předkládá nové zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné, vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li OSVČ. Pojištěnec je povinen hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud podle zákona nehradí pojistné za pojištěnce někdo jiný, například stát. Pokud by se pojištěnec při poskytování zdravotní péče prokazoval průkazem zdravotní pojišťovny, u které není pojištěn, může být za toto jednání postižen pokutou do výše 5.000 Kč. V souvislosti s povinností předkládat před provedením zdravotních výkonů průkaz zdravotní pojišťovny je třeba upozornit, že v situacích vyžadujících poskytnutí neodkladné péče k záchraně života nebo zdraví, není možno vázat poskytnutí zdravotní péče na předložení průkazu pojištěnce. Je-li pojištěnec plátcem pojistného, je povinen plnit i další povinnosti. Především musí hradit pojistné a není-li zapláceno včas nebo je-li zapláceno v nesprávné výši, je povinen uhradit penále.

8.7. Zdravotníci pracovníci

Povinnosti zdravotnických pracovníků jsou v různých právních předpisech formulovány různými způsoby. Existuje celá řada různých právních předpisů, s nimiž se pojí různé právní následky. Nejvýznamnějším předpisem obsahujícím katalog práv pacientů je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, přičemž práva pacientů v ní obsažená mohou být reálně naplněna především zdravotnickými pracovníky.

Mezi základní povinnosti zdravotnických pracovníků patří povinnost jednat eticky, odborně, tj. lege artis. Dále je povinen jednat v obecném zájmu, zachovávat mlčenlivost a poskytnout první pomoc. Mezi další neopominutelné povinnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků patří také řádné vedení zdravotnické dokumentace, náležitého poučení pacienta, vyžádat si souhlas před každým vyšetřovacím a léčebným výkonem, oznamovací povinnost při poskytování zdravotní péče a hospitalizace bez souhlasu pacienta, diskutabilní povinnost poučení pacienta o jeho právech, předcházení šíření infekčních chorob, povinnosti ve vztahu k pojištěncům a plátcům zdravotní péče, povinnosti provozovatelů soukromých zařízení a povinnost celoživotního vzdělávání.

Požadavek odborného postupu, tj. postupu lege artis, je stěžejní povinnost každého lékaře. Tento pojem vznikl zkrácením z latinského de lege artis medicinae, tedy podle pravidel umění lékařského. V právní literatuře pojem lege artis není zcela jasně definován. Za zdravotní péči lege artis je zpravidla považována zdravotní péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, v podobném duchu je sepsán i § 2 odstavec 1 Etického kodexu ČLK nebo článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Jak postupovat lege artis, tedy provádět zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, je ústředním tématem všech klinických předmětů vyučovaných na lékařských fakultách. Lege artis zahrnuje jak správnou diagnostiku, tak správnou indikaci a správné provedení příslušného lékařského zákroku.

Právní úprava systému vzdělávání zdravotnických pracovníků byla v souvislosti se vstupem ČR do EU a nutností harmonizace českého právního řádu s právními předpisy EU zásadním způsobem změněny. Nahrazení dvoustupňového systému atestací a nástavbových oborů systémem atestace jediné (tzv. euro atestace) je od přijetí nové právní úpravy předmětem opakovaných diskuzí. Vzhledem k rozsahu a značným odlišnostem, které se týkají

způsobilosti jednotlivých povolání, byla právní úprava vzdělávání rozdělena do dvou samostatných zákonů, zvláště pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty (Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů) a samostatně pro nelékařské zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví (zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů).

9. Představení aktuálních trendů v oblasti řízení zdravotnictví

Předmětem této kapitoly dokumentu je stručné představení aktuálních trendů, přístupů a koncepcí v oblasti managementu velkých zdravotnických celků.

9.1. Management zdravotnických celků

Management zdravotnických zařízení a poskytovatelů péče je typem řízení specifického druhu, je determinován nejen ekonomickými a tržními faktory, ale do značné míry i konkrétním modelem hospodářské a zdravotní politiky státu. Nahlíženo z ryze ekonomické perspektivy je systém poskytování služeb veřejného zdravotnictví téměř vždy trhem nedokonalým²⁶, v němž jsou konkurenční vztahy významně ovlivňovány celou řadou externích faktorů, politikou, systémem hrazení zdravotní péče, legislativou a pochopitelně i kulturními zvyklostmi dané země. Zdravotnictví je pro svoji komplexnost zatíženo značnou mírou neurčitosti rozhodovacích procesů a poněkud nižší mírou efektivity než v jiných odvětvích. Významnou roli hraje etická, politická a sociální specifická statku veřejné služby, kterým zdravotní péče je.

Současnou tendencí evropských zdravotních politik i managementu větších zdravotnických celků je přesto směřování k decentralizaci, deregulaci, liberalizaci a ekonomizaci procesů poskytování zdravotních služeb. Zdraví a zdravotní péče je ale na rozdíl od ostatních statků

26 více viz např. Folland, Goodman a Stano (2001) nebo McPake, Kumaranayake a Normand (2002)

a služeb tržně spotřebovaných, statkem zvláštního druhu, s nimiž je třeba nakládat specifickým způsobem. Pouhé upřednostnění tržních mechanismů bez uplatnění alespoň základních systémových regulačních nástrojů může vést k tomu, že účastníci vztahů ve zdravotnictví budou jednat neodpovědně.

Dokládají to například data z analýz zdravotního trhu v USA²⁷, kde rekordní výše objemu prostředků vynakládaná na zdravotní péči neodpovídá růstu kvality zdravotní péče. Důvody selhávání trhu ve zdravotnictví spočívají i v rozdílné informovanosti (tzv. informační asymetrie) pacientů, lékařů a plátců zdravotnických služeb. Právě tato tržní selhání a existence nerovnosti v rozložení příjmů, spolu s působením externích efektů v konečném důsledku ospravedlňují některé regulační zásahy státu do prostředí trhu se zdravotními službami. Nutnost racionalizace, liberalizace, deregulace je ale na místě.

Znaky morálního hazardu nese v mnohých případech i chování pacientů (dobře to ilustruje zavádění a následné rušení regulačních poplatků, v korelaci se zjištěným poklesem a opětovným nárůstem nákladů na zdravotní péči)²⁸, Nezanedbatelný vliv na systémový rozměr obecnějších úvah o českém zdravotnictví mají nerealistická očekávání veřejnosti založená na přetrvávající zkušenosti s někdejšími centralistickými a státem řízenými mechanismy poskytování a financování zdravotní péče. S tím souvisejí dosud přetrvávající iluze pojetí zdravotnictví jako automaticky fungující jistoty, na níž vzniká ničím nezpochybnitelný apriorní nárok bez ohledu na ekonomickou a systémovou dimenzi realizace zdravotních služeb. Zdravotní péče je tak laicky často interpretována jako zdroj, jenž lze neomezeně čerpat. V jistém smyslu politicky delikátní charakter debat o systému péče o veřejné zdraví ovlivňuje strategická a systémová rozhodnutí, působí pochopitelně i na trh a ovlivňuje konkurenční vztahy ve zdravotním segmentu.

Žádné zdravotnické zařízení tak není zcela autonomním subjektem na trhu, ale je součástí mnohovrstevnaté a dynamické sítě vztahů rozepjaté mezi celou škálou činitelů participujících na poskytování služby péče o veřejné zdraví. Ta je jak předmětem kontroly shora tak i objektem pozorného zájmu veřejnosti a médií. Všechny výše uvedené faktory významně zasahují a v jistém smyslu i vymezují rámeček řízení zdravotnických celků. Management

27 Cutler (2005)

28 Hromádková a Zděnek (2013)

zdravotnických zařízení tak obnáší celou škálu činností zohledňujících nejen odborný a ekonomický rozměr realizace služeb zdravotní péče ale i sociální, legislativní, personální marketingově-komunikační perspektivu chodu zdravotnického zařízení. To se tak stává stále náročnějším a složitějším a vyžaduje propracovaný systém řízení na všech úrovních poskytování zdravotní péče.

Zdravotní politiku daného státu, územního celku nebo subjektů s přenesenou působností poskytující zdravotní služby lze v zjednodušeném smyslu nahlédnout z přinejmenším dvojitě perspektivy: liberální optikou tržních kritérií, nebo pod úhlem veřejného státem formulovaného optima dosahování veřejného zdraví. Liberální přístup vychází z aplikace ekonomického modelu nabídky a poptávky v rámci trhu – plánování ze strany státu či veřejné správy tak výrazně omezuje, druhý pohled akcentuje nadřazenou roli veřejných struktur i výkonu veřejné správy, opírá se o analýzy a předpovědi vývoje řízených procesů a následně hodnotí dosažené výsledky. Zejména nekontrolovaně rostoucí nároky na výkon zdravotnictví při omezenosti dostupných zdrojů činí tržně orientovanou perspektivu náhledu na otázky poskytování zdravotní péče legitimní. Je žádoucí si zároveň uvědomit, že demokratické naplnění lidských práv v oblasti zdraví by v realitě výlučně tržního uspořádání zdravotnictví s omezováním rozsahu dostupných zdravotnických služeb podle individuální schopnosti či ochoty jejich úhrady nebylo možné.

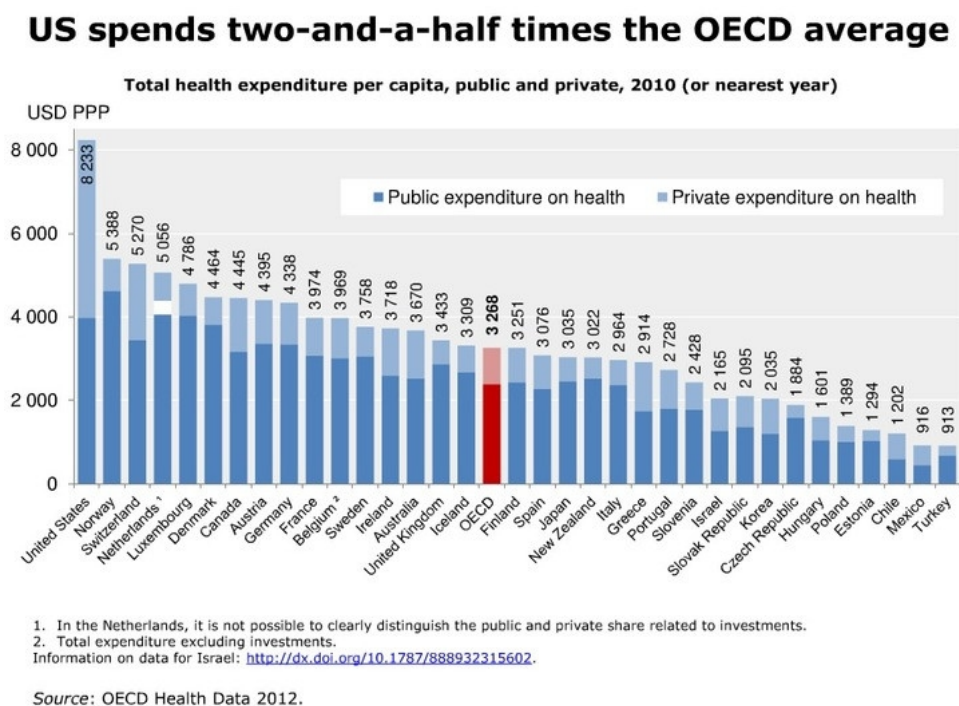
Při managementu zdravotnických celků tak dochází ke konfliktu dvou tendencí. Morální imperativ solidární péče o zdraví jako společenského statku se střetává s fiskálním imperativem kontroly nákladů. Na jedné straně registrujeme snahy poskytovat obecně co možná nejlepší zdravotní péči v návaznosti na rozvoj medicínské vědy, na straně druhé však stojí omezenost finančních zdrojů na zabezpečení této péče, resp. snaha o udržení vyrovnanosti příjmů a výdajů v rámci financování na všech úrovních. Ve většině vyspělých evropských zemí, ČR nevyjímaje, se tak dosud pouze omezenou úspěšností hledají možnosti a způsoby vedoucí ke sjednocení očekávané míry solidarity, zdravého konkurenčního prostředí a uspokojování individuálních potřeb klientů. Rostoucí možnosti moderní medicíny, a demografické změny v populaci provázené rozvírajícími se nůžkami strmější růstové křivky nákladů na zdravotní péči a neúměrně pozvolnější průběh růstu ekonomiky staví zdravotnictví

před řadu nevyřešených problémů strukturálního, strategického a především hospodářského charakteru.

Podle mezinárodních studií budou zdravotní systémy ve světě přes všechny existující rozdíly trpět jedním společným problémem - budou neufinancovatelné, pokud nebudou zásadně změněny čtyři silné trendy:

- růst poptávky,
- růst cen s inflací významně přesahující dynamiku indexu spotřebitelských cen i nominálního růstu HDP,
- problémy s řízením kvality,
- špatně nastavené stimuly a motivace jednotlivých aktérů.

Graf č. 41: Celkové výdaje (soukromé i veřejné) na zdravotnictví, per capita, 2012



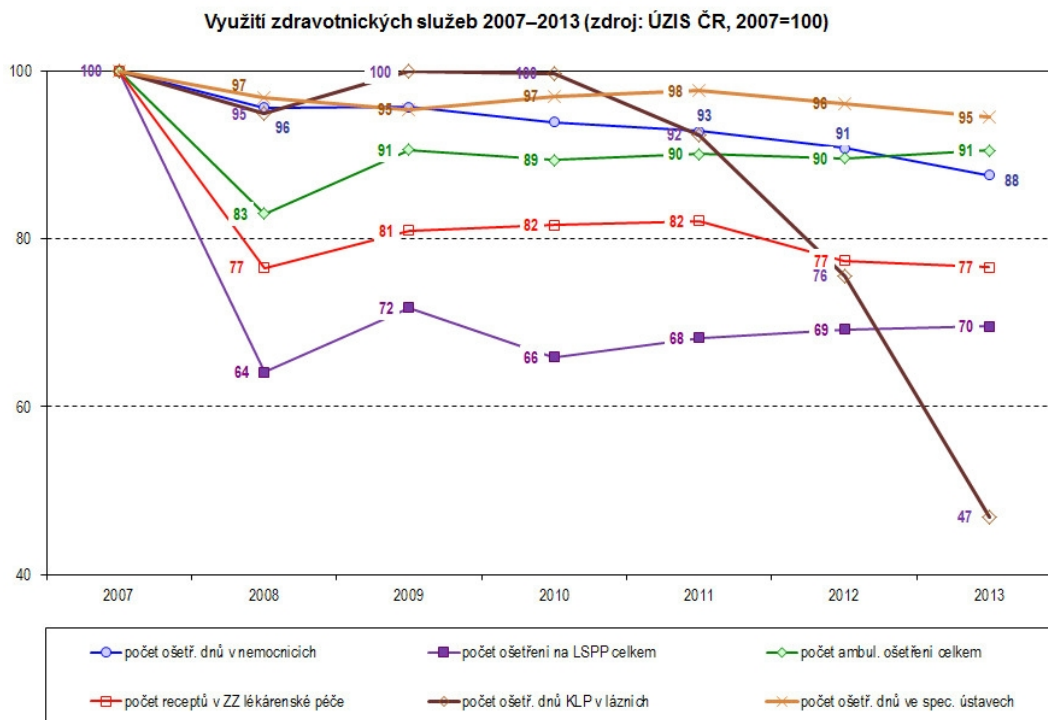
9.2. Specifika ČR

Český zdravotnický systém koncepčně vychází z tzv. bismarckovského modelu. Je pro něj charakteristické financování převážně prostřednictvím povinného zdravotního pojištění,

což z něj činí jeden z nejsolidárnějších zdravotních systémů na světě. Chová se jako „fond“, do kterého přispívají jednotlivci, zaměstnavatelé i stát. Následně je z něj hrazena zdravotní péče, kterou poskytují zdravotnická zařízení pacientům. Fondy spravují zdravotní pojišťovny. V tomto modelu vystupuje také stát, který uplatňuje svoji roli, kromě jiných činností, prostřednictvím legislativy. V rámci tohoto systému v ČR operuje několik veřejnoprávních zdravotních pojišťoven, mezi nimiž patří dominantní postavení VZP. Celkové roční výdaje na zdravotnictví jsou odhadovány na cca 7,4% HDP, přičemž přibližně polovinu představují náklady na lůžkovou péči (cca 191 nemocnic). Nahlédnuto poněkud zjednodušeným způsobem tak české zdravotnictví představuje sice „deformované“, nicméně stále tržní prostředí s velmi vysokou mírou regulace. Význam vlastnictví je zde velmi specifický: české prostředí je do značné míry liberalizované, vedle sebe tak koexistují privátní (nestátní) i státní (veřejní) poskytovatelé zdravotní péče. Vzhledem k obtížně měřitelnému výkonu a politicky negativní konotaci pojmu zisk ve zdravotnickém odvětví, zde existuje obecná tendence preferovat nezisková zařízení.

V procesu realizace zdravotních služeb v českém prostředí vystupují aktéři trojího typu: poskytovatelé, pacienti a plátcí. Trilaterální povaha ekonomických vztahů v systému poskytování zdravotní péče pochopitelně ovlivňuje dynamiku zdravotního trhu. Tím že, do vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem služby vstupuje externí subjekt plátce, zdravotní pojišťovna, tržní zpětnovazebné mechanismy nefungují tak pružně. Důležitou roli hraje i výrazná míra informační asymetrie, ta je způsobená stále rostoucí složitostí technologií a specifickou kvalifikací medicínských pracovníků. Pacient není schopen objektivně hodnotit přiměřenost (ve smyslu kvality a kvantity) zdravotní péče a také díky přetrvávajícímu paternalistickému přístupu ze strany poskytovatelů, svou spotřebitelskou suverenitu deleguje na lékaře, kteří rozhodují o dalším postupu v terapii. Důsledkem výše uváděných faktorů je určitá míra ekonomické neefektivity, která je navíc maskována vysokou mírou přerozdělování finančních zdrojů, což je dále umocněno významnou solidaritou ve financování zdravotnických služeb. Zdravotní péče je pojišťovnami hrazena bez ohledu na její faktickou kvalitu, případně v dlouhém období na výsledný efekt na zdraví občanů a výše pojistného není odvozena od individuálního zdravotního rizika - do značné míry absentují mechanismy motivující k zodpovědnosti občanů za vlastní zdraví.

Graf č. 42: Využití kapacit zdravotnických služeb, 2007



9.3. Řízení zdravotnických celků v ČR

Česká republika patří k zemím s relativně rozsáhlou sítí nemocnic, disponujících více než šedesáti tisíci lůžky a kvalitním zdravotnickým personálem. Nemocnice jsou však pod stále rostoucím tlakem rychle se měnících vlivů, reagují na demografické procesy, změny ve skladbě nemocí, vývoj nových technologií a medicínských poznatků. Snaží se také vyrovnávat se změnami širšího socioekonomického a politického kontextu: snižování tempa růstu nákladů nemocnic, změny sociálního státu, reformy veřejné správy, globalizace, modernizace. V České republice dochází od roku 1989 k reformním procesům zvyšování autonomie nemocnic, které jsou ovlivňovány nadnárodními a globálními trendy na straně jedné a jednáním aktérů zdravotní péče na národní úrovni na straně druhé. Na rozdíl od evropské praxe je ale v ČR dlouhodobě podceňována tvorba institucionálního rámce pro nemocnice a personální politika.

Ze strany kontrolních autorit je důraz kladen na standardizaci a kvalitu poskytovaných služeb, uvážlivé hospodaření s veřejnými prostředky, monitoring, veřejnou kontrolu a porovnávání výsledků nemocnic. Cílem vnějších regulací činnosti nemocnic je zachování společenského

užitku, tlumení skokového růstu nákladů a objektivní hodnocení nových technologií. V Evropě i v ČR je dávana přednost společensky bezpečnější veřejnoprávní korporatizaci do formy neprofitních nemocnic před privatizací do ziskové právní formy. Významnou roli v poskytování zdravotních služeb hrají místní zřizovatelé nemocnic, především kraje. Ty disponují při výkonu zdravotní politiky značnými pravomocemi v rámci samostatné i přenesené působnosti. Koncepční činnost v oblasti řízení zdravotnictví je pro ně ale poměrně novou aktivitou, s níž se vzhledem k absenci jednotných metodologických postupů, kvalitativních metrik i obecně akceptované strategie řízení vypořádávají dle vlastních představ a možností. Tvorbou zdravotních plánů představují strategické cíle a úkoly regionální zdravotní politiky a definují způsoby, jak těchto cílů dosáhnout. Kraje pomocí nich usilují o zlepšení zdravotní péče, podmínek pro zdravý životní styl, a tím i zdravotního stavu obyvatel. Charakteristické rysy zdravotnických trhů, zejména nedokonalá konkurence fungují nejmarkantněji právě v segmentu větších krajských zdravotnických zařízení. Monopolistická konkurence poskytovatelů daná časovou a geografickou dostupností nemocnice vytváří přirozené spádové oblasti je posilována ztíženým vstupem nových producentů na trh (podmíněné kvalifikací a institucionálním souhlasem odborných společností a zdravotních pojišťoven). Cena (neboli úhrada) za zdravotnické služby není rovnovážná, tzn. není odvozena od rovnovážného množství produkce na trhu, nýbrž administrativně nebo nákladově kalkulovaná a je dále usměrňována úhradovými vyhláškami regulátora.

Reformy nemocničního sektoru orientované na zvyšování autonomie nemocnic, decentralizaci, korporatizaci, zavádění tržních či kvazitržních mechanismů lze sledovat především ve vztazích k podnikatelským zájmům a souvisejícím podmínkám a předpokladům (technologie, ekonomické zájmy). V těchto zájmech často dominuje ekonomický aspekt nad společenskými důsledky. Jedním ze současných trendů je i snaha vytvářet zdravotnické holdingy, což je seskupování nemocnic do jednoho celku, například regionálního. Cílem je zvýšit kvalitu poskytované péče pacientům, možnost kontroly a řízení jednotlivých zdravotnických zařízení a v neposlední řadě přinést úspory. To se netýká jen soukromých zařízení, ale i krajských zdravotnických celků. Cesty rozvoje podnikatelských aktivit ve zdravotnictví lze sledovat na mezinárodní úrovni v návaznosti na celosvětové trendy globalizace, rozvoj technologií, reformy veřejného sektoru, modernizace cestou korporatizací,

v procesech snižování role státu a veřejného sektoru, snah o liberalizaci trhů např. s léčivy a zdravotnickými technologiemi.

Managementy jednotlivých nemocnic jsou z vnitřních i externích příčin vedeny k optimalizaci a racionalizaci procesů a finančních toků, hospodárnému a efektivnímu nakládání se zdroji spolu s centralizací některých specializovaných pracovišť při současné snaze o zachování standardů kvality dobré dostupnosti základní péče. Bez ohledu na lokální a strukturní specifika řízení konkrétních zdravotnických zařízení je jejich management nucen soustavně uplatňovat úsporná a racionalizační opatření, zavádět systémy kontroly nákladů, elektronizace a evidence finančních a procesních položek. Ve financování zdravotní péče lze bez výjimky ve všech zdravotnických zařízeních pozorovat trendy směřující k:

- redukcí lůžkových kapacit
- racionálnímu nakládání se zdroji a provozním úsporám
- rozvoji managementu kvality
- zavádění zásad procesního řízení a kontrolních mechanismů
- technologizaci a elektronizaci řízení

9.3.1. Racionalizace poskytované péče

Snad nejaktuálnějším tématem a trendem současnosti v souvislosti s řízením zdravotnických zařízení je omezování počtu akutních lůžek v nemocnicích, s eventuální částečnou transformací na lůžka následné péče. Je třeba uvést, že ve vyspělých zemích se od 70. let 20. století projevuje trend redukce lůžkových kapacit, zkracuje se doba pobytu v nemocnicích, dochází k deinstitucionalizaci a nárůstu domácí péče. Trendem je optimalizace alokace lůžek a s tím související snaha o efektivní využívání lůžkových kapacit s přihlédnutím k úsilí o zachování základní dostupnosti zdravotní péče a diverzifikaci sítě služeb ve smyslu koncentrace speciální péče do větších center a dobré místní dostupnosti primární péče. Tlak na restrukturalizaci a transformaci nemocničních zařízení, snižování nákladů, omezování lůžek akutní péče je vyvíjen ze strany zdravotních pojišťoven ve spolupráci s MZ ČR s argumentem opřeným o požadavek nutnosti optimalizace stávajícího lůžkového fondu. V

souvislosti s těmito trendy se v malých a středně velkých nemocnicích zavádí tzv. společný ošetrovatelský lůžkový fond. Díky restrukturalizaci lůžek akutní péče dochází v menších nemocnicích ke slučování jednotlivých odborností, a to jak v rámci chirurgických tak i interních oborů. Společný lůžkový fond znamená spojení různých oborů (odborností) lůžkové péče pod jedním primariátem, popřípadě jsou primariáty jednotlivých odborností zachovány a společná je pouze ošetrovatelská péče. Tlak na úspory v oblasti lůžkových kapacit je patrný i v řízení větších zdravotnických celků. I ve fakultních nemocnicích je čím dál tím víc populárnější tzv. jednodenní chirurgie. Moderní medicínské poznatky, vývoj v operační technice a v následné pooperační péči umožňují zkrátit nezbytně nutnou dobu pobytu v nemocnici na minimum a tím výrazně uspořit náklady a umožnit pacientovi co nejrychlejší návrat domů a pak do běžného života. Tato koncepce ovšem klade zvýšené nároky na kvalitu péče i spolupráci pacienta. Je také patrný přesun těžiště z nemocniční do ambulantní péče: Dochází k intenzifikaci nemocniční péče, což se konkrétně projevuje úbytkem nemocničních lůžek pro akutní péči a zkracováním průměrné délky hospitalizace. Zároveň je podporován rozvoj primární péče a její návaznosti na ostatní segmenty péče.

9.3.2. Neziskový charakter poskytovatelů

V evropských zemích stojí systém poskytování zdravotní péče na principu solidarity a nemocnice mají především neziskový charakter. Zároveň v řadě evropských zemí včetně České republiky probíhají v posledních deseti letech změny organizace nemocniční péče ve smyslu její decentralizace. Soukromé ziskové nemocnice zůstávají stále v menšinovém postavení. Na zdravotnickou instituci je i tak při zohlednění veškerých jejích specifíků možno nahlížet jako na firmu, i zde probíhají procesy, které mají pro ni stejný ekonomický dopad jako pro “standardní” ekonomický subjekt - firmu. I zde se setkáváme (zejména v lukrativních oborech jakými jsou plastická chirurgie, kardiologie apod.) s konkurencí, byť nedokonalou. Nemocnice však patří mezi takzvané „těžké“ firmy. Je třeba velkého objemu prostředků k vlastní realizaci péče i do investic do nákladných zdravotnických a specifických technologií. Významná část peněz putuje do platů pro vysoce kvalifikované a nedostatkové odborníky. Jedním z klíčových problémů, který trápí management řady menších nemocnic, je právě trvalý nedostatek kvalifikovaných personálních kapacit a nesaturovaný požadavek na zvýšení platů lékařů i dalšího zdravotnického personálu.

Problém spustila v roce 2012 personální vyhláška, která nastavila minimální počty zaměstnanců, a ty se staly počty optimálními. Za současných podmínek trpí nemocnice i kritickým nedostatkem sester. Velká navýšení prostředků, které přišly do nemocnic, byla určena pouze na kompenzaci zrušených regulačních poplatků. Aby bylo možné navyšovat platy, musí každá nemocnice provádět méně plánované péče. To vede v krajním případě dokonce k uzavírání specializovaných oddělení a redukci lůžkových kapacit některých nemocnic. Tento trend ale není zapříčiněn jen ekonomickou ale i personální krizí ve zdravotnictví, zejména malé nemocnice se potýkají s kritickým nedostatkem atestovaných specialistů. Omezování lůžkových kapacit je zčásti způsobeno i zvyšujícím se tlakem regulačních autorit na vyšší efektivitu a diverzifikaci systému jistě formě centralizace specializované péče.

9.3.3. Finanční řízení

Do nemocnic směřují prostředky nejen z příspěvků zdravotních pojišťoven, ale také z grantů pro vědeckou činnost a fondů EU. Dalšími možnými zdroji financí mohou být příspěvky Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a další investice ze státního rozpočtu. Systém úhrad nemocniční péče je poměrně komplikovaný. Stručně jej lze charakterizovat jako neustálé vyjednávání mezi nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami. Kromě toho, že mnohé definuje úhradová vyhláška, je snahou nemocnic získat alespoň minimální výhody v podobě vyšších plateb od zdravotních pojišťoven. Jsou tak uzavírány smlouvy mezi nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami, ve kterých je stanovena např. cena ošetrovacího dne. Ze strany pojišťoven jsou také nabízeny tzv. „balíčkové“ ceny. Podstata spočívá v úhradě určitého výkonu (např. operace) ve výši sjednané balíčkové ceny, bez ohledu na to, zda skutečné náklady byly vyšší či nižší. Jakkoliv tento produkt může být pro nemocnici výhodný, stejně tak může být i nevýhodný. Je proto přinejmenším vhodná znalost skutečných nákladů výkonů, jichž se „balíčková“ cena týká. Zpravidla se jedná o výkony operační, které z nákladového hlediska vykazují mnohdy značnou volatilitu.

Aby bylo možné finanční prostředky rozdělit, je třeba stanovit jednotku nemocniční péče, která je hodnocena. Způsobů pro hodnocení péče a následnou alokaci finančních prostředků je celá řada. Nemocnice jsou financovány jak tzv. paušální platbou, tak i metodou DRG. Úhrada

léčiv při hospitalizaci je realizována výkonovým způsobem s dohodnutou maximální průměrnou cenou za pacienta na měsíc. Podle způsobu realizace příjmu poskytovatele služby a objektivní cenou za danou službu, dělíme systémy na retrospektivní a prospektivní. Retrospektivně jsou veškeré náklady financovány následně podle reálně vynaložených nákladů. Z hlediska úspor je tento systém méně efektivní, neboť nemotivuje zařízení k racionalizaci péče a snižování nákladů, ale naopak se objem poskytovaných služeb zvyšuje. K retrospektivním systémům patří platba za výkon a platba za ošetrovací den. Výkonem se rozumí služba, které je stanovena cena a tu následně pojišťovna proplácí. Při platbě za ošetrovací den se odhadnou všechny náklady za hospitalizaci pacienta na den (zahrnující např. administrativu, diagnostické procedury, zdravotnické úkony, zdravotnický materiál).

Všechny retrospektivní systémy vedou k tendenci se zdroji plýtvat, např. zvyšovat počet výkonů nebo pacienta hospitalizovat déle, než je nutné. Prospektivní financování, kdy se předem stanoví částka, za kterou může být péče poskytnuta, je naopak prostředkem ke snižování nákladů na zdravotní služby. Pokud je systém správně nastavený, vede k racionalizaci alokace finančních zdrojů. Rizikem prospektivního financování je snížení kvality služeb při nedostatku financí v důsledku neadekvátně nastaveného rozpočtu. Do prospektivních systémů patří globální rozpočty, neboli paušální systémy, kdy má zdravotnické zařízení předem určenou finanční částku pro určité časové období. Do prospektivních systémů patří také tzv. DRG systém. DRG jsou skupiny klasifikačního systému, do kterých jsou řazeny jednotlivé případy hospitalizace podle tzv. atributů případu (diagnóza, vedlejší diagnózy, výkony, pohlaví, věk, délka hospitalizace, způsob ukončení, délka pobytu, porodní váha). Případ hospitalizace zařazený do DRG skupiny je klinicky i ekonomicky srovnatelná jednotka, a proto může být využita pro systém financování, ať už metodou přímé platby za jednu diagnózu, nebo pro vytváření rozpočtů. Jednoduše řečeno, tato platba za diagnózu směřuje k spravedlivému rozdělení peněz nemocnicím a vyrovnání možných rozdílů, kdy na léčbu pacienta určité diagnózy v různých zařízeních může vycházet zcela jiná částka.

Úhrada nemocniční péče v ČR je tvořena:

- individuálně smluvně sjednanou složkou úhrady – jedná se o úhradu výkonů taxativně vyjmenovaných v úhradové vyhlášce,

- paušální složkou úhrady – rozhodujícím aspektem pro tuto formu je tzv. referenční období a objem provedených výkonů vůči tomuto období,
- případovou složkou úhrady - DRG systém,
- úhradou za následnou péči – tato forma úhrady je běžná u zařízení typu dlouhodobé péče (např. léčebny dlouhodobě nemocných). Podstatou je úhrada za ošetrovací den.

9.3.4. Efektivita a transparentnost

Jako perspektivní a nemocnicemi stále využívanější se jeví možnost vyhlašování veřejných zakázek formou elektronických aukcí (e-aukce), kdy je potencionálnímu dodavateli umožněno v průběhu aukce měnit svou cenovou nabídku. To může vést ke snížení výsledné ceny nebo ke zlepšení původně nabízených podmínek. Nakupování prostřednictvím elektronických aukcí se stává samozřejmostí v mnoha firmách veřejného i privátního sektoru. Využívání e-aukcí podporuje stabilitu vztahů s dodavateli, práce s těmito systémy není složitá a v případě, že management je k využívání e-aukcí motivován, mohou být aukce velmi úspěšné z ekonomického hlediska. Počátkem listopadu 2012 bylo představeno 14 opatření ministra zdravotnictví k zlepšení financování zdravotnictví. Jedním z těchto opatření je zahájení elektronických aukcí na léky s cílem snížení jejich ceny. Elektronické aukce, doporučuje Ministerstvo zdravotnictví nejen pro nákup léků, ale i pro nákup přístrojů a spotřebního zdravotnického materiálu. Stát jen za zdravotní materiál nemocnic řízených ministerstvem utratí ročně kolem 10 miliard korun z veřejných peněz. Právě tyto zakázky nebývají soutěženy ve výběrových řízeních, ale jako takzvaně podlimitní (méně než dva miliony korun) je samostatně řeší management nemocnic. Zdravotnictví musí využívat takové ekonomické a procesní nástroje, kde se předpokládá co nejefektivnější využití finančních prostředků. Podle ministerstva zdravotnictví mohou výběrová řízení s využitím elektronické aukce provádět i všechny nemocnice řízené ministerstvem. V praxi je však ve větším rozsahu provádí přibližně polovina. Odborníci se shodují na tom, že jednou z cest, jak zefektivnit a zprůhlednit situaci, je zrušení podlimitních zakázek a zavedení centralizace nákupů. Centrální nákupy se osvědčily například i v USA, kde ho úspěšně využívají nemocnice pro veterány. Prodej zdravotnického materiálu se například v Německu koncentruje do rukou nákupních organizací, které jsou schopny na základě objemů a tržního podílu efektivně tlačit na výrobce

a vyhledávat cenově nejvýhodnější varianty napříč trhy EU. Výsledkem jsou pak ceny podstatně nižší než u nás. Pro velké nemocnice může být výhodnější přímý nákup, pro malé ale vyjde levněji spíše nákup společný přes distributory. V obou případech je však žádoucí transparentní veřejná soutěž, která zmenšuje prostor pro případnou neefektivitu.

9.3.5. Léková politika

Významnou složku finančního managementu zdravotnických zařízení tvoří léková politika instituce. Ta je podřízena státní lékové politice a politice zdravotních pojišťoven, protože je nucena řídit se jejich předpisy. Cílem lékové politiky nemocnic je vyhovět požadavku poskytnout pacientům co nejkvalitnější farmakoterapii a zároveň udržet vyrovnané zisky nemocnice. Nelze ji realizovat pouhým snížením nákladů na léky, neboť je to v rozporu s cílem poskytovat co nejkvalitnější farmakoterapeutickou péči. Léky by měly být používány ve snaze maximálně prospět pacientovi, ale i celé společnosti. Výdaje na léčivé přípravky jsou jednou z nejvýznamnějších položek nákladů nemocnic. Úkolem lékové politiky je ošetřit, aby nové, nákladné, velmi účinné léky byly indikovány na základě klinické účinnosti, ale i nákladové efektivity. Příkladem mohou být antineoplastika, která v ČR současně tvoří největší podíl nákladů na léky vůbec. I u cenově dostupnějších léčiv by se mělo kontrolovat, zda jsou používána racionálně, je dobré pečlivě kontrolovat i malé položky běžných léků. Významem lékové politiky je udržení nákladů na léky v přijatelných mezích, ale také racionalizace jejich používání za cílem, celkového zvýšení kvality zdravotní péče. Mezi moderní instrumenty efektivní lékové politiky v nemocnici, které výrazně snižují náklady na farmakoterapeutickou realizaci zdravotní péče, patří:

- tzv. pozitivní listy - seznamy léčivých přípravků, které jsou v dané zemi hrazené pojišťovnami. Zařazování přípravků do seznamu se řídí právními normami a podléhá směrnici 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do rámce vnitrostátních systémů zdravotního pojištění. Jde o kontinuálně aktualizovaný seznam léčivých přípravků, které jsou v daném zdravotnickém zařízení nebo v komunitě ambulantních lékařů preferovány, neboť jejich používání je z různých důvodů výhodnější.

- systematická organizace vlastního nákupu léčivých přípravků - výzkum managementu nákupu léků, používaný software, selekce a kontrola dodavatelů, a samotné množství nakupovaných léků.
- retrospektivní hodnocení spotřeby léčiv - je možné kontrolovat, zda jsou léky používány správně se zaměřením na důležité terapeutické skupiny, léky hodně používané nebo nákladné, léky s vysokým rizikem pro pacienty nebo s výraznými nežádoucími účinky.
- podpora racionálního používání léčiv managementem zdravotnického zařízení, regulacemi, školeními.
- ekonomika lékárny, která zahrnuje formulaci a realizaci promyšlené strategie nákupů, cenu léčivých přípravků, marketing lékárny a její personál.

Graf č. 43: Elektronické aukce ve Všeobecní fakultní nemocnici v Praze, v roce 2011



Zdroj: E15

9.3.6. Health Technology Assessment (HTA)

Zefektivnění a racionalizaci hospodaření zdravotnických zařízení by mohlo v budoucnu na systémové úrovni prospět zavádění činností HTA tj. Health Technology Assessment, neboli hodnocení zdravotnických technologií. Zdravotnická technologie v tomto kontextu zahrnuje všechny oblasti, ve kterých se uplatňují vědecké poznatky v poskytování zdravotní péče. Zdravotnické technologie jsou v anglickém i českém prostředí obvykle definovány výčtem. Můžeme je definovat jako léky, lékařské přístroje, zdravotnické, prostředky, diagnostické a terapeutické metody a opatření v oblasti klinické praxe, veřejného zdraví a organizace zdravotnictví. HTA je mezioborový a poměrně náročný proces posuzování zdravotních, sociálních, etických a ekonomických dopadů při používání těchto technologií. Na toto posuzování je uplatňována řada metodologických zákonitostí a předpokladů jako je

systemovost, transparentnost, nezájatost, odbornost a spolehlivost. Rozhodující je také existence validních a objektivních dat a odborná schopnost je posoudit. Cílem hodnocení by měla být především bezpečnost a účinnost technologie z pohledu pacienta a co největší přínos z pohledu plátce.

HTA vždy sleduje politické cíle, ale musí zároveň vycházet z výzkumu, dat a vědeckých metod. Hodnoceny mohou být nové technologie, které do systému teprve vstupují, ale také technologie, které jsou zastaralé a jejich hodnocení se vede za účelem přezkoumání jejich efektivity a jejich případného vyloučení ze systému. Proces sestává ze tří fází (hodnocení, posouzení a rozhodnutí). Jednotlivé fáze by měly být oddělené, na sobě nezávislé a důsledně transparentní. Proces realizace HTA by měla zajišťovat nezávislá a odpovídajícím způsobem vybavená instituce (nejlépe univerzitního nebo výzkumného zaměření) V ČR je momentálně pouze několik center (převážně akademických), které jsou částečně schopná tyto odborné analýzy provádět. I tyto skupiny se však potýkají s nedostatkem expertů a zejména s nedostatkem relevantních, dostupných a ověřitelných dat získaných v ČR. Hodnocení zdravotnických technologií je založeno na srovnání výsledků jednotlivých technologií (dosažené zlepšení zdravotního stavu) a jejich nákladů mezi sebou nebo se stanoveným prahem nákladové efektivity. V případě srovnávání technologií mezi sebou můžeme mluvit o relativní nákladové efektivitě (comparative effectiveness), v případě srovnání s explicitně nebo implicitně stanoveným prahem o absolutní nákladové efektivitě. Do množiny hodnocených technologií jsou přitom zahrnuty jak lékařské přístroje a zdravotnické prostředky, tak i léky, metody a organizace zdravotnictví. Health Technology Assessment tak přináší hned několik výhod:

- popisuje důkazy nebo nedostatek důkazů o přínosu a ceně zdravotních intervencí
- syntetizuje zjištění ze zdravotnických výzkumů o efektivitě různých zdravotních intervencí
- hodnotí ekonomické důsledky a analyzuje náklady a nákladovou efektivitu
- vyhodnocuje sociální a etické důsledky šíření a využití zdravotnických technologií a také jejich organizační důsledky

- pomáhá identifikovat nejlepší postupy ve zdravotní péči a tím zvyšuje bezpečnost, zlepšuje kvalitu a šetří náklady

Hlavním cílem HTA je zpřístupnit pacientům co nejrychleji technologie, které buď při stejném výsledku šetří náklady, nebo dokáží za odpovídající cenu zlepšit klinické výsledky. Na druhé straně by z veřejného zdravotního pojištění neměly být plně hrazeny nové technologie, které neprokáží jasné přínosy oproti stávajícím postupům. HTA by jednoznačně nemělo být byrokratickou překážkou vstupu nových, účinných technologií. Některé metody HTA se v oblasti léčiv používají již po mnoho desetiletí, jen se dříve nazývaly jinak. Týká se zejména všech typů „párových srovnání“ nového léčiva s těmi, které se již používají. Metody HTA umožňují odpovědět nejen na ryze odborné otázky o účinnosti léčiv nebo zaměnitelnosti různých zobrazovacích metod, a hledat tak co nejefektivnější řešení v rámci zdravotnictví, ale mohou rámec zdravotnictví i překročit a hledat nejefektivnější metody z celospolečenského pohledu. Vztít v úvahu např. náklady na výplatu nemocenské nebo vliv zameškané (nebo naopak nezameškané) pracovní doby na výši HDP.

9.3.7. Kvalitativní kritéria řízení

Současným trendem v řízení zdravotnictví ve vyspělých zemích je vedle sledování hospodárnosti a efektivity poskytování zdravotní péče i orientace na její kvalitu. Z centralistického způsobu řízení a regulace se tak přechází k systému kontroly a sledování kvalitativních ukazatelů, které globálně a systémově příznivě ovlivňují funkci zdravotní péče. Ve všech zdravotnických systémech vyspělých zemí se tak postupně zavádějí programy kontinuálního zlepšování kvality jak v rámci celého zdravotnictví, tak na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení. Programy sledování kvality podle dohodnutých indikátorů jsou považovány za nejlepší způsob jak reagovat na rostoucí požadavky pacientů a adekvátně uspokojovat jejich potřeby. Na rozdíl od evropského prostředí je ale v ČR dlouhodobě podceňována tvorba kvalitativního a systémového rámce pro nemocnice, který by vytvářel transparentní nástroje pro monitoring, řízení a hodnocení výsledků činnosti nemocnic.

Kvalita zdravotní péče může být vnímána z různých hledisek a v různé šíři. Úzkým pohledem na kvalitu zdravotní péče je myšlena kvalita zdravotní péče v konkrétních zdravotnických institucích. Komplexní pohled vyjadřuje naopak celkovou úroveň kvality zdravotní péče

v daném státě či na daném území. Kvalita zdravotní péče zahrnuje technickou úroveň provedení zdravotnických služeb a další hodnotící hlediska např. účinnost, efektivnost, spokojenost pacientů, zdravotní výsledek atd. Obecný princip kvality zdravotní péče může být vyjádřen takto: „konat hned napoprvé správné věci správným způsobem ve správný čas“. Česká republika nemá bohužel v rámci své vlastní činnosti jednoznačně určena kritéria kvality zdravotní péče a z kritérií stanovených mezinárodními organizacemi a jinými institucemi sleduje jen některá.

Lze říci, že kvalita zdravotních služeb je souhrn určitých znaků, které uspokojují potřeby podle stanovených norem. Kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví není důležitá jen pro poskytovatele léčebné a ošetrovatelské péče, ale je sledována i širokou veřejností, a má dopad na konkurenční vztahy na zdravotnickém trhu. V systému zdravotní péče je kvalita založena na zákonech, nařízeních, vyhláškách, směrnicích a standardech. Pro poskytovatele zdravotní péče důležité nabízet služby v co nejvyšší kvalitě a tuto kvalitu kontinuálně zvyšovat. Pro zvyšování kvality služeb a spokojenosti pacientů existují různé nástroje vyhodnocující úroveň poskytované péče. Managementy zdravotnických zařízení usilují o objektivní evaluaci aktivit směřující k získání ceny za kvalitu, certifikátu kvality odpovídající požadavkům ISO 9001:2000, a rovněž akreditace zdravotnických zařízení odpovídajících požadavkům akreditační komise. Hlavním nástrojem sledování kvality je standardizace a auditorská činnost. Standard patří neoddělitelně k systému řízení kvality péče a je považován za základ zdravotnické praxe. Je prostředkem ke zvyšování kvality péče a slouží k realizaci auditů. Zajišťuje pacientům bezpečí, chrání zdravotníky před neoprávněným postihem a umožňuje poskytovanou péči objektivně hodnotit. Je měřitelný a hodnotitelný a slouží jako hlavní nástroj měření kvality ošetrovatelské a léčebné péče při akreditačních řízeních.

Kvalitní péče musí splňovat následující náležitosti:

- dostupnost
- účinnost
- přiměřenost ke stavu pacienta
- včasnost

- bezpečnost
- zaměřenost na pacienta

Kvalita nemocniční péče se hodnotí z různých perspektiv a podle různých kritérií: spokojenost pacientů, množství komplikací, úmrtnost apod. Ročně tak vychází několik žebříčků hodnocení nemocnic, každý hodnotí určitý aspekt nemocniční péče. Obecně platí, že čím větší nemocnice je, tím širší spektrum péče může nabízet a tomu odpovídá lepší vybavenost přístrojová i personální i nižší procento komplikací vzniklých při zákrocích či léčbě. Řada nemocnic zařízení definuje vlastní standardy prostředky a strategie managementu a kontroly kvality. Kvalitu produkce lze zvyšovat téměř neomezeně za předpokladu exponenciálního růstu nákladů.

Tendence udržení náročných multifaktoriálních kvalitativních standardů zdravotní péče při současné silícím požadavku nákladových úspor se mohou jevit jako protichůdné a tedy současně neuskutečnitelné. Právě sledování kvalitativních a nákladových kritérií při zachování definovaných standardů je však esenciálním principem racionálního řízení zdravotní péče. Úsporněji navíc nemusí znamenat méně kvalitně, a naopak: nákladnost nutně neimplikuje kvalitu. Mnohdy je racionalizace, standardizace, a zavedení kontrolních mechanismů v řízení nemocnic zdrojem pozitivních kvalitativních změn. Management moderních nemocnic využívá k realizaci kvalitativních a strategických ekonomických cílů stále častěji moderních univerzálních standardizovaných metod a technologií převzatých z oblasti průmyslového řízení. Ve zdravotnictví se můžeme setkat s několika systémy, kterými organizace/zdravotnická zařízení dokládají implementaci objektivních metrik a zaměření na kvalitu:

- **SAK** – Spojená akreditační komise ČR vznikla v roce 1998. Je zaměřena na trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení a publikačních aktivit.
- **JCI** – Joint Commission International – mezinárodní organizace, jejímž cílem je zvyšovat kvalitu péče v mezinárodním prostředí pomocí mezinárodní akreditace.

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – dceřiná společnost, která se zabývá zvyšováním kvality a bezpečnosti zdravotní péče.

- **ISO** – International Organization for Standardization – mezinárodní organizace pro normalizaci, koordinuje uspořádání a publikování schválených norem, které přináší zobecnění nejlepších zkušeností v oblasti řízení. Do zdravotnictví jsou často implementovány ISO 9001 – systém managementu kvality (QMS), ISO 14001 – systém managementu životního prostředí (EMS), OHSAS 18 001 – systém bezpečnostního managementu (BM) a další normy se týkají certifikace laboratoří, bezpečnosti informací aj.

Normativních metrik a systémů řízení kvality je celá řada, všechny kvalitativní strategie přitom postupně směřují k uplatnění procesního přístupu k řízení, k celostnímu pojetí řízení, znalostnímu managementu v souladu s aktuálními trendy v řízení organizací. Posiluje se v nich odpovědnost k životnímu prostředí a ochrana práv jedince. Roste i popularita užívání sofistikovaných technologických prostředků business intelligence a moderních z průmyslu převzatých principů procesního řízení, osvědčuje se zavádění tzv. štíhlého řízení - lean management.

9.3.8. Lean Healthcare

V přístupu štíhlého řízení sehraává aktuálně klíčovou roli orientace na pacienta, zvyšování přidané hodnoty pro něho prostřednictvím systematického odstraňování příčin nepotřebných činností, tj. plýtvání. Mezi hlavní patří: meškání, opakovaná práce, nadbytečná práce, pohyb a transport, chyby, plýtvání schopnostmi, elánem a zručnostmi. Cílem je jak spokojený pacient tak efektivně fungující zdravotní zařízení. Přestože je zdravotnictví v mnoha ohledech jiné než průmysl, existuje řada příkladů úspěšné implementace štíhlého řízení do prostředí zdravotnických zařízení. Pozitivně ovlivňuje zejména možnost zvyšování produktivity, úspory nákladů, zvyšování kvality a včasnosti poskytovaných služeb veřejnosti. Štíhlé řízení je založeno na odstraňování plýtvání s cílem provádět jen úkony s přidanou hodnotou. Štíhlý management není novým konceptem, ale ve zdravotnictví je uplatňován po relativně krátkou dobu. Principy Štíhlého zdravotnictví se vyvíjí od počátku 21. století a většina prvních zkušeností pochází ze Spojených států. V Evropě se tyto metody začaly rozvíjet zhruba v roce

2002 a dnešním evropským lídrem v implementaci štíhlého myšlení ve zdravotnictví je především Švédsko.

Pro implementaci systémů štíhlého řízení hovoří fakt, že nemocnice je komplexní organizací s tisíci propojenými procesy, tedy organizací složitostí obdobně komplexní jako výrobní organizace stejné velikosti. Často řešenými oblastmi jsou: chybuvzdornost a kvalita procesů, integrace oddělení, zlepšení zásobování a logistiky, zlepšování procesů na oddělení pohotovosti, vytěžování operačních sálů a drahých zařízení (CT, RTG), zlepšování procesů v laboratořích a administrativních procesech, sledování důležitých ukazatelů, zavádění týmové práce, změny podnikové kultury a zejména zavádění systémů řízení na úrovni celých zařízení. To přináší nejen úspory nákladů ale také zvyšování kvality péče. Zahraniční studie ukazují, že při komplexní implementaci principů štíhlého řízení došlo k snížení počtu případů pooperačních komplikací ze 4 % v roce 2002 na 0,8 % v roce 2009 při nezměněném počtu a struktuře pacientů. Tato iniciativa také přinesla zvýšení výkonnosti procesů a jejich výraznou změnu, co mělo v neposlední řadě za důsledek radikální snížení počtu chyb.

Ruku v ruce se zaváděním štíhlého a procesního řízení jde i podpora řízení moderním nemocničním informačním systémem s jednotným uživatelským prostředím integrujícím veškeré úrovně řízení a procesy pod hlavičku jednotné informační struktury.

Obrázek č. 7: *Ilustrace funkce lean přístupů ve zdravotní péči.*



9.3.9. Technologické trendy

Pokročilá elektronizace zdravotnictví a komplexní implementace informačního systému na všech úrovních řízení nemocnice je obecným nezpochybnitelným trendem.

Souvisí se současným masivním rozvojem telemedicíny, státem deklarovanou podporou e-health i propojením speciální zdravotnické technologie se segmentem IT. Boom IT v nemocnicích byl ale původně vyvolán potřebou výkaznictví pro zdravotní pojišťovny. Tehdy byly v nemocnicích implementovány systémy, které se zaměřovaly na shromažďování kódů výkonů, použitého materiálu a léků. Postupem času se k těmto systémům přidaly funkce pro dokumentaci klinických činností prováděných lékaři. Architektura řady stávajících informačních systémů zdravotnických institucí pracujících s klinickými i obrazovými daty se i dnes primárně orientuje jen na jednotlivá funkční oddělení nemocnice. Systémy zpočátku zaměřené např. jen na shromažďování kódů výkonů se postupně rozšířily na kompletní

dokumentaci klinických činností, elektronické záznamy o pacientech až na plnohodnotné administrativní systémy, řízení nemocnice.

Perspektivním trendem je dnes ale volba komplexního oborového řešení NIS/ERP, tedy integrace všech procesů nemocniční agendy pod hlavičku moderního informačního systému. Eliminuje se tak řada problémů spojená se správou heterogenních IS od různých dodavatelů, které často navzájem nekomunikují, nebo vyžadují tvorbu speciálních rozhraní a režimů kompatibility na klíč. Vzhledem k neustálému nárůstu požadavků na jednotlivé komponenty nemocničních informačních systémů je však možné, že paralelně s hledáním a rozvojem integrálních softwarových nástrojů bude na trhu pokračovat i rozvoj heterogenních systémů. Samostatné klinické a administrativní a hospodářské systémy pak bude sjednocovat pouze standardizované uživatelské rozhraní.

Nejmodernější nemocniční informační systémy ale už dnes integrují v jednom technickém řešení manažerské i klinické procesy. Cílem je systémová integrace jak na úrovni vrcholového managementu, tak na úrovni řízení jednotlivých klinických pracovišť. Integrované uživatelské rozhraní moderních řešení slouží také jako expertní systém pro lékaře, kdy je možné např. k dané diagnóze vyhledat pacienty, atd. Strategicky důležitá je především systémová integrace jednotlivých klinických odvětví. Řeší např. eliminaci duplicit diagnostiky, preskripcí, výkonů v důsledku nesdílení dat, mezi IS v rámci jednotlivých oddělení, nekompatibilitu systémů mezi pracovišti, problémy s předáváním a sdílením elektronické dokumentace.

Všechna data vztahující se k pacientovi, tj. všechna vyšetření (ambulantní vyšetření, RD vyšetření, laboratorní vyšetření, chorobopisy, diagnózy, případná hospitalizace a propouštěcí dokumentace), budou uchována na jednom místě. Od moderního klinického informačního systému se očekává nejen kompletní vedení elektronické zdravotní dokumentace včetně dokumentace ošetrovatelského procesu a podpora klinického rozhodování, ale například i posílení bezpečnosti pacientů pomocí identifikace čárovými kódy nebo modernějším systémem RFID. Správu dat a systém evidence pacientů i zdravotnického materiálu v posledních deseti letech usnadňují právě sofistikované identifikační technologie. Nejde zde již pouze o identifikaci pacientů, zdravotnické techniky a přístrojů používaných k

léčbě, ale čím dále ve větší míře o poskytnutí aktuálních informací jednotlivým členům zdravotnického personálu v reálném čase a na místech, kde je to zapotřebí.

Důležitou roli zde hrají mobilní terminály a počítače s bezdrátovou konektivitou, které požadované informace činí dostupnými kdekoli a kdykoli. Jedním z problémů, který tyto technologie pomáhají velice úspěšně řešit, je jednoznačná identifikace pacientů a léků. Poslední dekádu se pro identifikaci osob osvědčily speciální náramky s čárovým kódem, pro identifikaci léků pak etiketa s čárovým kódem. Běžně se jich dnes využívá i k identifikaci majetku. Perspektivním nástupcem systému čárových kódů se ale dnes stává technologie RFID (radiofrekvenční identifikace prostřednictvím datových čipů). Tato technologie je pro identifikaci osob i majetku mnohem vhodnější. RFID čip zajišťuje nejenom čtení dat, ale umožňuje například i zápis údajů přímo do čipu na náramku pacienta. Navíc není nutná viditelnost mezi náramkem a čtečkou. Zapisovat lze například každé měření teploty, transfúze krve, infúze, injekce, podávané léky, atd. Pomocí náramků s RFID čipem lze v kombinaci s čtecím vstupním portálem okamžitě lokalizovat pacienty a případně povolit či zamezit vstup pacienta na jednotlivá oddělení. Inventarizace pomocí etiket s RFID čipem je také mnohem jednodušší. Čtecí zařízení dokáže číst RFID čip až na vzdálenost 10m. V případě velmi drahého inventárního majetku lze použít také aktivní RFID čipy, které lze číst až na vzdálenost 100 metrů.

Při vstupních a výstupních branách lze také instalovat čtecí portály RFID a tím online sledovat pohyb těchto zařízení v rámci zdravotnického zařízení. Inventarizace pomocí RFID přináší nejen finanční výhody. RFID technologie se také uplatňuje při evidenci odebraných vzorků krve. Systém dokáže například i online sledovat umístění defibrilačních zařízení v objektu.

Obrázek č. 8: Ilustrace moderního přístupu k řízení zdravotnického celku



Systémová integrace IS a pokročilých digitálních technologií na úrovni nemocnic koresponduje i se snahou státní správy podporovat politiku zavádění e-health a postupně vybudovat národní informační systém. Názory na způsob jeho vytvoření se však liší. Kompromis představuje zaváděné tzv. klastrových řešení. Klastry jsou geograficky koncentrovaná seskupení nezávislých firem a institucí (například nemocnic nebo zdravotnických holdingů).

Do klastrů se zapojují rovněž další subjekty, například polikliniky či ambulance praktických a odborných lékařů. Tato integrace nabízí lepší možnosti sdílení dat. Samozřejmostí je zajištění vysoké ochrany citlivých dat, která jsou zde zaznamenána.

9.3.10. Řízení lidských zdrojů

V praxi lze podle úrovně řízení rozdělit manažery zpravidla do tří skupin. Jednotlivé úrovně se od sebe liší nejen danou pozicí, ale také odlišností v náplni práce. Ve zdravotnictví jsou vrcholovými manažery ředitelé, náměstci a hlavní sestra. Ti odpovídají za celkovou úroveň, chod a výkonnost nemocnice. Jejich plány jsou dlouhodobé, strategické formulované

ve víceletém horizontu. Jsou zodpovědní za dosazování nejvyšších míst v organizaci a řídí celou její strukturu. Střední řídicí pracovníky představují v nemocnici primáři, vrchní sestry, vedoucí laboranti či rentgenologové. Řeší koncepční plány střednědobého či krátkodobého charakteru, zodpovídají za chod daného úseku a řídí manažery nižších úrovní. Koordinují dané úkoly tak, aby bylo dosaženo vytyčených cílů. Jejich úkolem v mezioborové spolupráci je účelná komunikace mezi obory a motivace podřízených. Nejnižší úroveň manažerů představují tzv. linioví řídicí pracovníci. Ti přímo koordinují činnost týmu v mezioborové spolupráci. Jejich plány jsou krátkodobé, řeší každodenní činnosti, odpovídají za plnění úkolů, řídí své podřízené a řeší běžné provozní problémy. Právě tato “operativně-provozní” úroveň řízení představuje nejzranitelnější článek fungování zdravotnických zařízení nemocničního typu. Hlavních příčin je zřejmě několik. Především je to dáno samotným charakterem provozu, který je nepřetržitý a jeho zajištění naráží na nedostatek kvalifikovaných lékařů i jejich neefektivní rozmístění. Práce přesčas se dotýká snad každého lékaře a kvalifikovaného zdravotnického pracovníka v nemocničním zařízení.

Vzhledem k výši základních platů lékařů se často jedná o jedinou možnou cestu k dosažení normálního výdělků. Od rozumné praxe, běžné v zahraničí, se ČR liší v tom, že zdejší lékaři jsou na práci přesčas existenčně závislí. Odměna za ni tvoří zhruba polovinu jejich disponibilního příjmu.

Je samozřejmě otázkou, do jaké míry jsou lékaři do přesčasové práce nuceni a do jaké míry jsou žádaným přivýdělkem. Ve světovém měřítku není běžné, že by lékaři měli tolik placených hodin přesčas. Ve zdravotnictví se ale často zapomíná na další pravidla dodržovaná v jiných profesích. Personální operativa představuje nejkřehčí bod celého systému poskytování zdravotní péče. Rezort zdravotnictví je dlouhodobě personálně poddimenzován a vystaven cyklicky se opakujícím hrozbám kolapsu podpořenou opakovanou hrozbou nátlakových akcí zaměstnaneckých zájmových skupin, zejména lékařů. Zdravotní segment pracovního trhu je specifické povahy, deformován regulačními intervencemi a restrikcemi ze strany nadřazených autorit a globálním charakterem zdravotní politiky, který nelze řešit ryze tržními principy. Ve zdravotnictví se pohybují špičkově kvalifikovaní a nenahraditelní profesionálové, a není pochyb o tom, že disponují mimořádnou vyjednávací silou. Každý

manažer ve zdravotnictví ví, že lékaři a sestry jsou jeho nejcennějšími partnery a také nejzranitelnějším místem řízení.

Vypovídací hodnotu má průměrná výše platů pracovníků středního managementu, zajišťujících klíčové služby a top managementu: platy primářů jsou mnohdy vyšší nebo srovnatelné s platy vrcholových manažerů nemocnice. Mzdové náklady jsou paradoxně vyšší u menších okresních nemocnic. Tam se osobní náklady u akutní péče pohybují kolem 60 procent a u následné péče dokonce okolo 70 procent. Počet nelékařského personálu na jednotlivých odděleních je rovněž kriticky nízký, odvíjí se podle typu a množství pacientů a náročnosti požadované péče. I zde se management nemocnic potýká s permanentní krizí kapacit. Nedostatek ošetrovatelského personálu má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Ministerstvo zdravotnictví vydalo 22. března 2012 vyhlášku č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška určuje poskytovateli zdravotní péče minimální personální obsazenost na jednotlivých pracovištích. Vyhláška se týká ambulantní, jednodenní a lůžkové péče, zdravotnické dopravní a záchranné služby a také lékárenské a domácí péče. Na odděleních lůžkové péče vyhláška rozděluje minimální personální obsazení podle druhu a oboru poskytované péče, které je vymezeno úvazkem, a dále určuje odbornost jednotlivých zdravotnických pracovníků na jednotlivých odděleních.

Vyhláška zohledňuje objem poskytované zdravotní péče a spektrum prováděných výkonů, tak aby byla poskytována kvalitní zdravotní péče a aby byla bezpečná a dostupná.

Požadavky na minimální personální obsazení jsou stanoveny na 30 lůžek, a pokud oddělení disponuje jiným počtem lůžek, počítá se minimální personální obsazenost podle vzorce daného vyhláškou. Pokud je na jednom oddělení více odborností, musí daná odbornost splňovat minimální personální obsazení napočít lůžek nacházejících se na oddělení. Minimální personální obsazení se týká hlavně lékařů daných oborů, protože ti musí splňovat určité specializace. U nelékařského personálu se komplexní obsazení personálu rozděluje na chirurgické a interní obory a dále pak na intenzivní péči. Pro chirurgické obory to znamená, že minimální obsazení na třicetilůžkové stanici je 9,5 úvazku všeobecných sester, přičemž jeden úvazek musí splňovat specializovanou způsobilost dané odbornosti. Minimální obsazení ostatního ošetrovatelského personálu, jako jsou sanitáři a ošetrovatelé, tvoří celkem čtyři úvazky na třicetilůžkové stanici. Pro interní obory je minimální obsazení personálu

odlišné. Vyhláška stanovuje na třicetilůžkovou stanici 9 úvazků všeobecných sester, z toho opět jeden úvazek se specializovanou způsobilostí. Sanitáři a ošetřovatelé musí být v interních oborech na třicetilůžkové stanici k dispozici v počtu 3,5 úvazku. Výrazně odlišné je personální obsazení na intenzivní péči. Intenzivní péče se rozděluje do tří stupňů podle obtížnosti dané péče. Počet nelékařského personálu se zde určuje podle počtu úvazků na jedno lůžko.

10. Závěr

Jak již je uvedeno v první kapitole tohoto materiálu, dílčí závěry lze nalézt u každé jednotlivé kapitoly a podkapitoly, a tím se rychle zorientovat ve zrovna zkoumaném tématu. Na tomto místě se tedy autorům jedná spíše o zvýraznění principů, jejichž dodržování a uplatňování doporučují po sledované období. Každá z níže naznačených tezí by měla být dále rozpracována na úroveň konkrétních opatření, což již jde nad rámec zadání i cílů této práce.

10.1. Rozvoj návazné péče

Stěžejní bod institucionálního směřování zdravotní péče v kraji. V současné době jsou předpoklady pro vytvoření komplexního centra vysoce specializované péče na území Středočeského kraje relativně omezené, nehledě na otázku, zda je něco takového vůbec potřebné, vzhledem ke stávající funkci Prahy, která kýžené služby obyvatelům středních Čech poskytuje.

Z těchto důvodů je doporučeno soustředit se na rozvoj pěti krajských nemocnic do podoby center návazné péče a podpory spolupráce mezi nemocnicemi a pražskými specializovanými pracovišti za účelem snadnější obousměrné výměny pacientů a informací. Více viz podkapitola 7.9.

10.2. Podpora prevence

V současném systému si působnost na poli prevence mohou kraje vydobýt v oblastech, které nejsou pokryté činností například Ministerstva zdravotnictví ČR nebo zdravotních

pojišťoven. Jedná se zejména o osvětu na základních a středních školách, která by mohla koordinovaně probíhat zejména v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Středočeský kraj, při zachování možnosti dobrovolného zapojení ostatních středočeských školských ústavů.

1 Průzkum priorit v oblasti zdravotnictví z pohledu zástupců politických stran

V rámci stanovení priorit Středočeského kraje v oblasti zdravotnictví byl ve spolupráce s Odborem zdravotnictví Krajského úřadu Středočeského kraje definován, vypracován a posléze představitelům politických stran distribuován dotazník se seznamem základních dotazů v této oblasti.

Cílem průzkumu bylo zjistit převládající pohled na budoucí rozvoj zdravotnictví Středočeského kraje mezi zástupci hlavních politických sil. V následující části prezentujeme přesné znění kladených dotazů a převládající odpovědi ze strany respondentů.

Seznam dotazů a odpovědí zástupců politické reprezentace Středočeského kraje

Otázky typu ano x ne x ke zvážení.

1. Jak vidíte budoucnost řízení krajských nemocnic ve Středočeském kraji? (Možné odpovědi - Ano, Ne, Ke zvážení)

- prodej - *NE*
- pronájem - *NE*
- holdingové řízení - *NE*
- fúze - *NE*,
- zachování současného stavu- *ANO*
- převod na neziskovou formu- *Ke zvážení*

2. Jste ochotni rozšiřovat kapacitu Vašich nemocnic, ukáže-li se to jako vhodné z hlediska dostupnosti? (Ano, Ne, Ke zvážení)

ANO

3. Jste ochotni rušit či omezovat kapacity Vašich nemocni, ukáží-li se jako zbytné?(Ano, Ne, Ke zvážení)

Ke zvážení

4. Jste ochotni transformovat současné kapacity nemocnic do jiných typů zdravotních služeb, ukáže-li se to jako vhodné? (Ano, Ne, Ke zvážení)

ANO

5. Jste ochotni dlouhodobě dotovat provoz případných existujících kapacit, které nejsou z hlediska dostupnosti nezbytné a jsou prodělečné? (Ano, Ne, Ke zvážení)

Ke zvážení, spíše NE

6. Jakou vidíte ideální roli kraje v řízení nemocnic?(Ano, Ne, Ke zvážení)

- centralizace, silné přímé řízení *NE*

- částečná centralizace (pouze v ekonomicky výhodných oblastech jako například nákupy) a dohled

Ke zvážení v oblasti nákupů

– decentralizace, na úrovni kraje jen kontroling, dohled a stanovování klíčových parametrů - *ANO*

- nezávislost, na úrovni kraje jen sledování globálních parametrů, nezasahování do fungování nemocnic - *NE*

7. Hodláte se aktivně podílet i na zajištění optimální sítě poskytovatelů v oblasti ambulantní péče poskytované samostatnými ambulancemi (podpora, aktivní řešení mezer v síti, viz například Praktičtí lékaři)? (Ano, Ne, Ke zvážení)

ANO

8. Jste ochotni finančně podpořit zajištění optimální sítě poskytovatelů ambulantní péče (například pobídky pro praktické lékaře, praktické lékaře pro děti dorost apod.)? (Ano, Ne, Ke zvážení)

Finančně NE, pouze technologicky

9. Hodláte v případě potřeby podporovat (i finančně) vznik, fungování a spolupráci zařízení v oblasti dlouhodobé péče, sociální a sociálně-zdravotní péče a domácí péče? (Ano, Ne, Ke zvážení)

ANO

Otázky s libovolnou psanou odpovědí

Uveďte 3 klíčové oblasti, které mají vliv na zdraví populace Středočeského kraje, o kterých si myslíte, že by je kraj měl podporovat.

Stárnutí populace, prevence obezity a onkologických onemocnění, boj proti závislostem, životní prostředí

Uved'te 3 oblasti, které jsou dle Vašeho názoru v oblasti veřejného zdravotnictví v kraji nejproblematictější a vyžadují nejvyšší pozornost Středočeského kraje.

Nerovnoměrné úhrady nemocnicím od zdravotních pojišťoven, nedostatek zdravotnického personálu, zajištění služeb lékařů (LPS, ÚPS)

Kde vidíte roli kraje v oblasti prevence? Jste ochotni podpořit z krajského rozpočtu akce na propagaci a podporu prevence?

Podpora ANO, ale jde spíše o úlohu a problém zdravotních pojišťoven. Preventivní programy snižují nepřímé náklady na zdravotní péči.

Jste ochotni podnikat společné projekty se zdravotními pojišťovnami?

ANO

V oblasti sociálně-zdravotní péče se pojišťovny nejvíce bojí neúnosného rozšíření nákladů. Byl by kraj ochoten náklady nad domluvenou mez garantovat?

NE

Jste ochotni sjednotit přístup ke zdravotnictví se zástupci Prahy? Je podle Vašeho názoru problematika středočeského zdravotnictví neoddělitelná od problematiky pražské?

ANO na obě otázky.

2 Seznam použité literatury

Odborná literatura, výzkumné články

- Baum, Christoph F. (2006): An Introduction to Modern Econometrics Using Stata. Stata Press.
- Bloom, Howard S. (1984). Accounting for No-shows in Experimental Evaluation Designs. Evaluation Review 8, 225-246.
- Cameron, Colin A. a Trivedi, Pravin K. (2005). Microeconometrics: methods and applications, Cambridge University Press
- Flores-Lagunes, Alfonso, Finite-Sample Evidence on IV Estimators with Weak Instruments, Journal of Applied Econometrics 22, 2007.
- Folland, Sherman a Goodman, Allen C. a Stano, Miron (2001). The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall
- Hromádková, Eva a Zděnek, Michal (2013). Demand Side Cost-Sharing and Prescription Drugs Utilization: Evidence From a Quasi-Natural Experiment, WP CERGE-EI, Praha
- Kennedy, Peter (2003). A Guide to Econometrics. MIT Press
- McPake, Barbara, a Kumaranayake, Lilani a Normand, Charles (2002) , Health Economics: An International Perspective, Routledge
- Veberová, Monika (2012), Legal Framework of Healthcare and its Financing, UK v Praze

Zákony a vyhlášky

- Předpis č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Předpis č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

- Předpis č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě
- Předpis č. 220/1991 Sb., Zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
- Předpis č. 95/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Předpis č. 206/1996 Sb., Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 10. července 1996 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákona České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, Zdravotního řádu vydaného nařízením vlády České republiky č. 216/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky, ve znění pozdějších předpisů
- Předpis č. 586/1992 Sb., Zákon České národní rady o daních z příjmů
- Předpis č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- Předpis č. 99/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb