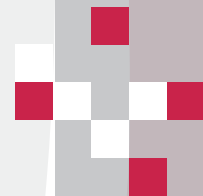




Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji

v oblasti lůžkové péče a ve vztahu k ZZS LK
pro období 2013–2018



1. ÚVOD

Dokument formuluje představu o stavu a řízení lůžkové (akutní, následné, dlouhodobé) péče v Libereckém kraji v návaznosti na přednemocniční neodkladnou péči (Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje) a vybranými specializovanými obory zdravotních služeb.

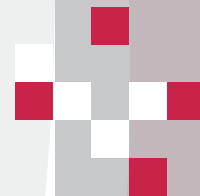
2. ANALYTICKÁ ČÁST

2.1 Východiska

Pro zpracování analytické části byly použity jako výchozí informace z koncepčního materiálu „**Strategie rozvoje Libereckého kraje 2006–020**“, aktualizace 2012, která byla Zastupitelstvem Libereckého kraje schválena usnesením č. 336/12/ZK ze dne 25. září 2012, prošla dlouhodobým procesem projednávání jak v rámci úřadu, tak na úrovni všech 10 obcí s rozšířenou působností (dále jen ORP) včetně úplného procesu Hodnocení vlivů koncepce na životní prostředí (tzv. SEA) dle zákona č. 100/2001 Sb. o posuzování vlivů na životní prostředí ve znění pozdějších předpisů ukončeného souhlasným stanoviskem Ministerstva životního prostředí (dále jen MŽP) ŽP ke koncepci.

Závěr

Pro zdravotní politiku v České republice je již delší dobu typické, že jí chybí koncepční vedení, které by bylo shrnuto v základních koncepčních dokumentech, jež by obsahovaly základní principy rozvoje zdravotní péče v ČR. I z těchto důvodů převzaly iniciativu v rozvoji zdravotnictví krajské samosprávy, byť v mnohých krajích nejsou zřizovateli všech zdravotnických zařízení na svém území. Základní problémy, které se kraje snaží řešit, se týkají především řešení ekonomických problémů zdravotnických zařízení, zajištění optimální dostupnosti, kvality a efektivity poskytované péče.



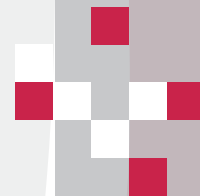
2.2 Legislativa a koncepční dokumenty Libereckého kraje

V 2012 nabyly účinnosti reformní zdravotnické zákony:

- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – upravuje především zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb,
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách – upravuje poskytování specifických zdravotních služeb, jako je např. posudková péče a lékařské posudky, posuzování a uznávání nemocí z povolání, pracovních-lékařské služby, asistovaná reprodukce, genetická vyšetření a další,
- zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě – upravuje podmínky poskytování ZZS, její práva a povinnosti, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti zdravotních služeb, podmínky pro řešení mimořádných událostí,
- novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění – upravuje především veřejné zdravotní pojištění a rozsah a podmínky, za nichž jsou hrazeny zdravotní služby,
- nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Další zákony ovlivňující práci ve zdravotnictví:

zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce – upravuje např. práci přesčas, která je limitující pro personální plánování ve zdravotnických zařízeních.



Liberecký kraj má ve svých schválených rozvojových dokumentech zpracované kapitoly zaměřené na oblast zdravotnictví:

- **Strategie rozvoje Libereckého kraje 2006–2020**, aktualizace 2012 – vychází ze socioekonomické analýzy lidských zdrojů, SWOT analýzy a problémové analýzy kraje s cílem naplnit strategický cíl B: Kvalitní a zdravé lidské zdroje; stanovuje strategické cíle a rozvojová opatření, včetně návrhu aktivit a indikátorů dokumentující vývoj strategického cíle – (<http://regionalni-rozvoj.kraj-lbc.cz/>).
- **Program rozvoje LK 2007–2013** – rozvojové opatření B. 3, dílčí opatření B. 3a zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče, podpora zdravého životního stylu, vychází z popisu současného stavu ve zdravotnictví, definuje cíle, opatření, aktivity, indikátory měřitelnosti opatření, dopady do regionu, a to v souladu s cíli Strategie rozvoje LK. V současné době se zpracovává Program rozvoje LK 2014 – 2020. V rámci zpracování části „Zdravotnictví, zdravý životní styl“, pracuje realizační tým složený mimo jiné ze zástupců KNL, Nemocnice Jablonec n/N, Nemocnice Frýdlant, zástupce VZP, lékařů primární péče, zástupce Krajské hygienické stanice Libereckého kraje, samospráv, NNO. Schválení oficiální verze tohoto střednědobého dokumentu se předpokládá v březnu 2014 – (<http://regionalni-rozvoj.kraj-lbc.cz/>).
- **Zdravotní politika Libereckého Kraje** – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Libereckého kraje, výroční zprávy v letech 2003–2012 – (<http://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/zdravi-prevence-zdravotni-politika-libereckeho-kraje/zdravotni-politika-lk>).
- **Zpráva o zdraví obyvatel Libereckého kraje** – roční aktualizace – (<http://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/zdravi-prevence-zdravotni-politika-libereckeho-kraje/zdravotni-politika-lk>)

Závěr

Řízení zdravotnictví je ovlivňováno vnějšími legislativními podmínkami. Zásadní dopad na strukturu a obecnou schopnost kraje ovlivňovat tuto strukturu ve prospěch obyvatel kraje mělo „odstátnění“ nemocnic v devadesátých letech a na počátku prvního desetiletí tohoto století. Proti některým jiným krajům mají koncepční dokumenty Libereckého ve svých závěrech a doporučeních omezení daná malou schopností kraje změny přímo ovlivnit a lůžkovou zdravotní péči skutečně řídit.



2.3 Popis současného stavu zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče

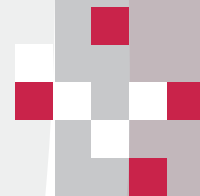
- V Libereckém kraji zajišťuje lůžkovou zdravotní péči celkem 8 nemocnic akutní péče (viz dále), Léčebna respiračních nemocí Cvikov, p. o., Nemocnice následné péče Lomnice n. Popelkou p. o., Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké n. Jizerou, p. o.) a 2 lázeňská zařízení (Lázně Kunderlice, a. s. a Lázně Libverda, a. s.).

V roce 2007 došlo k transformaci dvou krajských nemocnic (zřizovatelem byl Liberecký kraj), a to Krajské nemocnice Liberec, p. o. a Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, p. o. na akciové společnosti Krajská nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s., na které byly převedeny k 30. 6. 2007 veškeré zdravotnické činnosti a následně pak k 30. 9. 2007 byly obě příspěvkové organizace zrušeny. Pouze tyto dvě nemocnice patří mezi tzv. krajské, tedy jsou založeny Libereckým krajem, ostatní nemocnice jsou zřizovány městy nebo mají soukromého majitele.

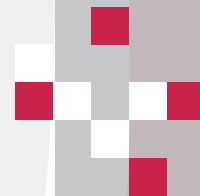
Nemocnicí krajského významu je Krajská nemocnice Liberec, a. s. (KNL), kde je soustředěna specializovaná a superspecializovaná péče v centrech jako jsou: Komplexní onkologické centrum, Kardiologické centrum, Traumatologické centrum (vč. spinální jednotky a neurochirurgie), Komplexní cerebrovaskulární centrum. Tato centra jsou v současné době dovybavována moderními přístroji, a to za pomoci financí čerpaných z Integrovaného operačního programu oblast intervence 3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví.

- Problémem této nemocnice zůstává nedostatek prostoru a nevyhovující dislokace pracovišť poskytujících urgentní péči, především pacientům s interním onemocněním. Na přelomu roku 2009/2010 byl v KNL dán do provozu nově zbudovaný akutní chirurgický příjem (Emergency), který vyřešil mnoho problémů při předávání pacientů s polytraumaty záchrannou službou. Rekonstrukce Emergency pro pacienty s interním onemocněním je ve stádiu plánování.

Nezbytnou součástí akutního chirurgického příjmu by se měl stát heliport/dosedová plocha pro vrtulník Letecké záchranné služby, a to přímo v areálu nemocnice, což je jednou z nezbytných podmínek udržení statutu Traumacentra v Krajské nemocnici Liberec. Tímto by se značně zrychlil a zefektivnil transport pacientů k poskytnutí urgentního zákroku vč. jejich překladů na vyšší specializovaná pracoviště.



- V Krajské nemocnici Liberec se otvírá prostor k realizaci dalších programů, jako je rozvoj nadstandardní a přímo hrazené péče, preventivních programů, a to vše za podmínek strategické spolupráce se zdravotnickými zařízeními v kraji. Spolupráce by se kromě oblasti medicínských, vzdělávacích a vědeckých aktivit mohla týkat i optimalizace řízení organizací/nemocnic. V současné době se připravuje fúze Krajské nemocnice Liberec, a. s. a Panochovy nemocnice Turnov s. r. o., kterou schválilo zastupitelstva Libereckého kraje, města Liberec a města Turnov.
- Také Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s. plní svou významnou roli jako jediné spádové lůžkové zařízení pro obyvatele okresu Česká Lípa, a proto je nutné věnovat rozvoji péče v tomto zařízení velkou pozornost. Tzv. Iktové centrum této nemocnice je zařazeno do sítě poskytovatelů cerebrovaskulární péče a je rovněž modernizováno z Integrovaného operačního programu oblast intervence 3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví.
- Obě „krajské nemocnice“ patří mezi akreditované nemocnice dle národních standardů Spojené akreditační komise, čímž dokazují, že poskytují bezpečnou a kvalitní péči. K zařízením s výrazně nadregionální působností patří Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou, částečně i Léčebna respiračních nemocí Cvikov, Lázně Libverda a Lázně Kundratice.
- V oblasti lůžkového fondu proběhla částečná reorganizace, i když rozsah a strukturu poskytovaných zdravotnických služeb musí prioritně usměrňovat zejména zdravotní pojišťovny, které péči pro své klienty nasmlouvávají a jsou ze zákona svým pojištěncům odpovědny za časovou a místní dostupnost. Spolupráce se zdravotními pojišťovnami musí směřovat k tomu, aby byla zachována akutní lůžková péči v základních oborech ve stávajících nemocnicích kraje a nebyla tak ohrožena jejich dostupnost. Prakticky lze říci, že dostupnost péče v kraji je relativně dobrá.
- Liberecký kraj (tam, kde sahala jeho pravomoc) přistoupil ke sloučení dříve samostatných léčeben dlouhodobě nemocných do nemocnic s cílem zvýšení operativnosti překládů pacientů vyžadujících další, zejména ošetrovatelskou péči, z lůžek akutních na lůžka následné péče, která není tak nákladná.



Závěr

V Libereckém kraji dosud chybí lůžková hospicová péče. Přechodně je tento nedostatek řešen provozováním tzv. hospicových pokojů v rámci oddělení následné péče vybraných nemocnic. V současné době směřují aktivity kraje k výstavbě lůžkového kamenného hospice. Byl podán projekt do ROP NUTS II severovýchod, projektová žádost splnila podmínky přijatelnosti a formálních náležitostí. Výstavba hospice by měla probíhat v roce 2014.

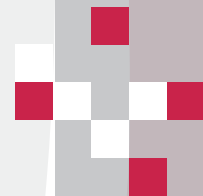


Obr. č. 1 Přehled rozmístění nemocnic v LK

2.4 Lůžkový fond v nemocnicích s akutní péčí v Libereckém kraji

Poskytování zdravotní péče, tedy i péče lůžkové, je dle zákona povinná zajistit svým pojištěncům zdravotní pojišťovna. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Obecně stanovuje časovou a místní dostupnost Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, které definuje dojezdové doby pro jednotlivé obory nebo služby stanovené jako nejzazší možné.

České zdravotnictví se více jak 10 let potýká s problematikou tvorby sítě zdravotnických zařízení lůžkové péče, přičemž úkol jasně definované sítě nebyl zdaleka dovršen.



Pro restrukturalizaci a racionalizaci fungování sítě nemocnic je stěžejním ukazatelem počet lůžek akutní péče. Nejedná se o kritérium optimální, proto musí být doplněno řadou dalších ukazatelů z oblasti efektivity provozu. Jde zejména o:

- počet hospitalizovaných pacientů – ukazatel hospitalizovanost – počet hospitalizovaných z regionu např. na 1000 nebo 10 000 obyvatel,
- doba pobytu pacienta na lůžku – průměrná ošetrovací doba,
- využití lůžkového fondu – je počet dnů využití maximální kapacity.

Lůžkový fond se dělí na:

- lůžka akutní standardní péče,
- lůžka intenzivní péče – anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotky intenzivní péče,
- lůžka následné péče včetně následné intenzivní péče (NIP), dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) a léčebných ústavů.

Je nutné zdůraznit, že počet lůžek, kterými disponují zdravotnická zařízení nemusí nutně odpovídat počtu lůžek, která jsou nasmlouvána s jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

Potřebný počet lůžek by se měl posuzovat dle následujících zásad:

- Výsledek výběrových řízení na akutní lůžkovou péči – výsledky je vhodné považovat spíše za výchozí hledisko.
- Stanovení základního indexu – např. v metodice Ministerstva zdravotnictví z roku 2002 bylo pro tehdejší restrukturalizaci lůžek akutní péče stanoveno celkem třináct oborů základní péče s úhrnným indexem 430 lůžek na 100 000 obyvatel (43 /10 000). Obdobné indexy ve státech EU jsou podstatně nižší, což je dáno jinou strukturou ambulantní a domácí péče. Přestože byl tento index stanoven již v roce 2002, je v tuto chvíli indexem jediným.
- Uvedený index 430 lůžek předpokládá průměrnou ošetrovací dobu cca 7–7,5 dne, průměrné využití lůžkového fondu 280–300 dnů maximální kapacity.

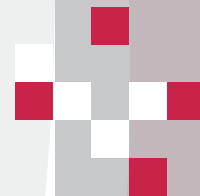
Na následujících stránkách: Tabulka č. 1 ukazuje rozložení lůžek akutní péče dle na 1000 obyvatel v jednotlivých okresech LK a tabulka č. 2 souhrnné počty lůžek akutní i následné péče ve všech odbornostech v okresech Libereckého kraje.

Okresy Libereckého kraje – vybrané obory															Česká republika		Procentní porovnání s průměrem akutních lůžek v ČR																
Počty lůžek k 1. 1. 2013															Na 1000 obyvatel		Česká Lípa				Semily		Jablonec nad Nisou		Liberec								
	Česká Lípa			JI			SM			TU			Semily			TA			JN			Jablonec nad Nisou			FR			LI			Liberec		
	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000	AK	IP	na 1000			
Interní	77	4	0,7861	35	5	27	4	30	4	92	13	1,4082	18	3	70	9	88	12	1,1113	35	10	58	7	93	17	0,6432	0,819	0,090	86,48%	154,92%	122,25%	70,76%	
Chirurgie	71	6	0,7473	36	4	27	3	34	7	97	14	1,4887			69	8	69	8	0,8557	27		58	18	85	18	0,6023	0,642	0,110	99,38%	197,96%	113,79%	80,10%	
Gynekologie	54		0,5241	35						35		0,4694			37		37		0,4112			48	7	48	7	0,3216	0,421	0,017	119,65%	107,17%	93,87%	73,43%	
Pediatric	30	4	0,3300	20						20		0,2682			21	3	21	3	0,2667			26	5	26	5	0,1813	0,227	0,037	124,99%	101,60%	101,02%	68,67%	
Neonatologie	16	4	0,1941	20						20		0,2682			13		13		0,1445			18	10	18	10	0,1637	0,172	0,043	90,28%	124,76%	67,19%	76,16%	
Neurologie	30	4	0,3300	20						20		0,2682										34	5	34	5	0,2281	0,246	0,026	121,32%	98,61%	0,00%	83,85%	
ARO		6	0,0582		5						5	0,0671				6		6	0,0667				9		9	0,0526	0,076	0,076	76,62%	88,23%	87,73%	69,25%	
Ortopedie	32		0,3106			20	2	20		40	2	0,5633			19	3	19	3	0,2445			31	5	31	5	0,2105	0,248	0,017	117,20%	212,56%	92,26%	79,44%	
	310	28	3,2804							324	34	4,8013					247	32	3,1004					335	76	2,4034	3,191	102,80%	150,46%	97,16%	75,32%		

Tabulka č. 1 – Podíl lůžek na počet obyvatel podle okresů k 1. 1. 2013 (zdroj: VZP)

Obor	okres Česká Lípa/počet obyvatel: 102 861				okres Jablonec n. Nisou/počet obyvatel: 89 975				okres Liberec/počet obyvatel: 171 172				okres Semily/počet obyvatel: 74 519				Liberecký kraj/počet obyvatel: 438 527			
	standardní péče	intenzivní péče	celkem	standardní péče	intenzivní péče	celkem	standardní péče	intenzivní péče	celkem	standardní péče	intenzivní péče	celkem	standardní péče	intenzivní péče	celkem	standardní péče	intenzivní péče	celkem		
1_1 - Interní lékařství	77	4	81	88	12	100	121	17	138	88	13	101	374	46	420					
1_7 - Kardiologie	-	-	-	-	-	-	30	23	53	-	-	-	30	23	53					
1_9 - Revmatologie	-	-	-	-	-	-	12	-	12	-	-	-	12	-	12					
2_1 - Rehabilitační lékařství	-	-	-	19	-	19	23	-	23	25	-	25	67	-	67					
2_3 - Přenosné nemoci	-	-	-	-	-	-	26	-	26	-	-	-	26	-	26					
2_5 - Tuberkulóza a respirační nemoci	-	-	-	-	-	-	29	-	29	-	-	-	29	-	29					
2_9 - Neurologie	30	4	34	-	-	-	34	5	39	20	-	20	84	9	93					
3_1 - Pediatrie	20	4	24	21	3	24	32	5	37	20	-	20	93	12	105					
3_4 - Neonatologie	16	4	20	13	-	13	18	10	28	20	-	20	67	14	81					
3_5 - Psychiatrie	-	-	-	-	-	-	76	-	76	-	-	-	76	-	76					
4_2 - Klinická onkologie (bez radiční onkologie)	-	-	-	-	-	-	20	-	20	-	-	-	20	-	20					
4_3 - Radioterapie a radiční onkologie	-	-	-	-	-	-	24	-	24	-	-	-	24	-	24					
4_4 - Dermatovenereologie	-	-	-	-	-	-	26	-	26	4	-	4	30	-	30					
5_1 - Chirurgie	42	10	52	60	8	68	94	33	127	90	11	101	286	62	348					
5_3 - Traumatologie (úrazová chirurgie)	-	-	-	-	-	-	30	-	30	-	-	-	30	-	30					
5_6 - Neurochirurgie	-	-	-	-	-	-	25	8	33	-	-	-	25	8	33					
6_1 - Plastická chirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52	-	52	52	-	52					
6_3 - Gynekologie a porodnictví	44	-	44	37	-	37	54	7	61	49	-	49	184	7	191					
6_5 - Čelistní a obličejová chirurgie	-	-	-	-	-	-	8	-	8	-	-	-	8	-	8					
6_6 - Ortopedie	49	-	49	19	3	22	31	5	36	40	-	40	139	8	147					
7_1 - Otorinolaryngologie	-	-	-	13	-	13	18	-	18	-	-	-	31	-	31					
7_5 - Oftalmologie	-	-	-	-	-	-	15	-	15	-	-	-	15	-	15					
7_6 - Urologie	18	-	18	21	3	24	20	-	20	-	-	-	59	3	62					
7_8 - Anesteziologie a resuscitace	-	5	5	-	6	6	-	9	9	-	9	9	-	29	29					
Celkový součet	296	31	327	291	35	326	766	122	888	408	33	441	1 761	221	1 982					

Tabulka č. 2 – Rozložení počtu lůžek v oborech v jednotlivých okresech LK (stav k 30. 6. 2013, zdroj: VZP)



Komentář:

O kumulaci nemocnic a lůžek akutní péče v LK, především pak ve východní části Libereckého kraje je zmínka i v programových dokumentech kraje „Program rozvoje Libereckého kraje 2007–2013“ a „Strategie rozvoje Libereckého kraje 2006–2020, aktualizace 2012.“

Vývoj počtu lůžek v letech

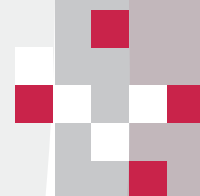
V roce 2002, pro tehdy probíhající restrukturalizaci lůžek, stanovilo Ministerstvo zdravotnictví celkem 12 oborů (bez intenzivních lůžek), které by měly mít zastoupení v lůžkové kapacitě v každém kraji. V následujících tabulkách č. 3 a 4 je uveden jednak přehled těchto oborů s doporučeným indexem pro každý obor z roku 2002 a porovnání se skutečností v ČR a LK v roce 2012 (údaje ÚZIS) a dále vývoj redukce lůžkového fondu v kraji.

Typ lůžka		rok					
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
akutní péče	standardní péče	2021	2004	1992	1901	1897	1761
	intenzivní péče	219	216	215	214	214	221
akutní péče celkem		2240	2220	2207	2115	2111	1982
následná péče	Ošetrovatelská lůžka	84	59	59	45	55	60
	LDN	444	461	461	481	481	481
	Následná intenzivní péče	10	10	15	15	15	15
	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče	-	5	13	13	19	19
následná péče celkem		538	535	548	554	570	575
léčebné ústavy	OLÚ TRN	72	72	72	72	72	72
	OLÚ ostatní	95	95	85	85	85	85
léčebné ústavy celkem		167	167	157	157	157	157

Tabulka č. 3 – Statistika vývoje počtu lůžek akutní a následné péče v Libereckém kraji v letech 2008–2013

Komentář:

Již v průběhu let 2002 – 2010 došlo k redukci akutních lůžek vybraných oborů o přibližně 230 lůžek, a to při nárůstu obyvatel kraje o 9 906. K redukci došlo především v oboru: interna, dětské, ženské a ORL. Naopak vzrostl počet lůžek v ortopedii a neurologii. Koncem roku 2009 měly nemocnice k dispozici celkem 2 755 lůžek (z toho 535 lůžek následné péče), odborné léčebné ústavy 308 a lázně 689 lůžek (zdroj ÚZIS).



V letech 2010 – 2012 pak proběhla restrukturalizace dle požadavků zdravotních pojišťoven ve dvou etapách, a to v závislosti na uzavírání nových smluv mezi nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami. Časově byla první etapa realizována do konce roku 2011, druhá pak do konce roku 2012. Pro navrhovanou restrukturalizaci akutních lůžek byla neoficiálně doporučena MZ redukce o cca 10 % z celkového počtu akutních lůžek v kraji, což pro LK znamenalo úbytek cca 200 lůžek. Prakticky došlo k 30. 6. 2013 k poklesu o 176 lůžek, přičemž v oblasti akutní péče byl úbytek 211 lůžek, v následné péči byl počet o 35 lůžek navýšen.

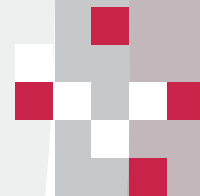
Obor	Kapacita lůžek na 10 000 obyv.			Průměrná ošetrovací doba			Využití lůžek-dny max. kapacity		
	ČR 2012	LK 2012	dopor. index z 2002	ČR 2012	LK 2012	doporučení z 2002	ČR 2012	LK 2012	doporučení z 2002
Interna	9,35	8,96	10,3	6,6	6,4	8,1	271,69	251,52	300
Chirurgie	7,44	8,62	8,5	5,3	4,4	7,1	244	218,05	280
Pediatric	4,32	3,92	5,4	3,8	3,2	5,5	222,23	236,39	250
Gynekologie	4,93	5,20	5,8	3,7	3,2	5,5	211,54	187,10	250
Infekční	1,24	0,59	1,7	6,7	6	8,5	197,3	195,54	200
TRN	1,26	0,66	1,4	7,7	10,3	11	245,27	271,34	300
Neurologie	2,78	2,28	2,5	6,6	6,5	9	253,64	220,80	300
Ortopedie	2,76	3,01	2	5,3	5	7,5	253,39	236,46	290
Urologie	1,48	1,64	1,4	4,4	4,2	6,5	243,31	152,97	290
ORL	1,16	0,71	1,5	3,6	5,2	5	221,48	269,84	280
Oftalmologie	0,57	0,39	0,9	3,4	8,7	4,5	142,83	136,18	280
Kožní	0,63	0,59	1	9,3	12	13	247,03	209,35	280

Tabulka č. 4 – Přehled kapacity lůžek v základních oborech dle MZ (na 10 000 obyvatel, průměrné ošetrovací doby ve dnech a využití lůžek (dny maximální kapacity). Zdroj: ÚZIS.

Komentář:

Z uvedené tabulky vyplývá, že:

- v oboru chirurgie, gynekologie, ortopedie a urologie je v LK vyšší počet lůžek na 10 000 obyvatel, než je průměr v ČR a zároveň vyšší než je doporučený index MZ (2002).
- je zde výrazně nevyužitá maximální kapacita lůžek, což dokládá, že zde prostor ke snížení kapacity skutečně existuje, i když ošetrovací doba je v LK oproti doporučení nižší.

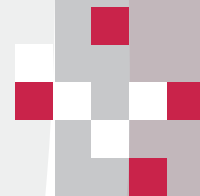


- v oborech jako interna, pediatrie, neurologie, ORL, oftalmologie a kožní je lůžková kapacita na 10 000 obyvatel nižší než je průměr v ČR. Pokud by zůstal počet interních lůžek trvale poníženy, dala by se situace řešit vznikem lůžek v oboru akutní geriatric, která v Libereckém kraji zcela chybí.
- Je zvláštní situace je pak v oboru infekce, kdy LK vykazuje výrazný nedostatek lůžek. Infekční oddělení v Krajské nemocnici Liberec nemá intenzivní lůžka, což v praxi znamená, že pacienti vyžadující intenzivní léčbu musí být hospitalizováni např. na neurologické či interní JIP, což není vzhledem k hygienicko-epidemiologickému režimu ideální stav.
- Pro ostatní obory neexistují žádná doporučení. Přehled počtu lůžek na 10 000 obyvatel, včetně průměrné ošetrovací doby a dnů maximální kapacity je uveden v tabulce č. 5.

Obor	Kapacita lůžek na 10 000 obyv.		Průměrná ošetrovací doba		Využití lůžek dny max. kapacity	
	ČR 2012	LK 2012	ČR 2012	LK 2012	ČR 2012	LK 2012
Kardiologie	1,03	1,21	4,1	3,5	269,79	262,83
Revmatologie	0,08	0,97	6,8	11,1	241,91	233,17
Rehabilitační lékařství	1,73	1,53	13,3	13,3	274,79	291,64
Neonatologie	0,90	0,64	6,3	5,6	304,18	318,11
Psychiatrie	1,03	1,16	18,3	17,3	279,43	223,73
Klinická onkologie	0,28	0,46	4,8	5,3	218,47	216,15
Radioterapie a radiační onkologie	0,85	0,62	8,2	26,8	233,8	206,7
Traumatologie	0,61	1,03	5,3	6,4	280,54	319,62
Neurochirurgie	0,65	0,62	6,6	6,4	275,70	353,11
Čelistní a obličejová chirurgie	0,11	0,18	4,4	3,8	196,7	231,00
Anesteziologie a resuscitace	0,83	0,62	6,9	8,7	277,57	302,48

Tabulka č. 5: Přehled kapacity lůžek v ostatních oborech LK na 10 000 obyvatel, průměrné ošetrovací doby ve dnech a využití lůžek (dny maximální kapacity).

Zdroj: ÚZIS.



Komentář:

Z uvedené tabulky vyplývá, že v oboru **kardiologie, revmatologie, psychiatrie, klinická onkologie, traumatologie a čelistní a obličejová chirurgie je v LK vyšší počet lůžek na 10 000 obyvatel, než je průměr v ČR.** Ostatní obory, kromě neurochirurgie, disponují nižším počtem lůžek na 10 000 obyvatel než je průměr v ČR.

Lůžka intenzivní péče (IP):

Evropská společnost pro intenzivní medicínu doporučuje podíl lůžek IP včetně resuscitačních lůžek a všech akutních lůžek mezi 4-6%. Toto procento vyjadřuje dlouhodobou zkušenost s podílem kritických pacientů. V posledních letech se však názor mění, a to směrem k vyšším hodnotám. Za přiměřené jsou považovány hodnoty do 10%. Závisí na zaměření nemocnici a spektru poskytované péče, dále na schopnosti nemocnice danou péči profinancovat. Počet lůžek IP v LK činí 221. Vycházíme-li z celkového počtu akutních lůžek 1 982, pak současný stav je vyšší než 10%, a to s přihlédnutím k zajištění péče v centrech se specializovanou péčí v oboru kardiologie, traumatologie, neurochirurgie a neurologie a onkologie.

Lůžka následné péče:

Skutečný počet lůžek následné péče v LK je k 30. 6. 2013 732. Pod pojem lůžka následné péče se zahrnují lůžka následné léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské péče provozovaná v nemocnicích či léčebnách pro dlouhodobě nemocné, dále pak i lůžka DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče) a lůžka NIP (následná intenzivní péče, dříve tzv. chronické ARO). Zároveň mezi tato lůžka jsou počítána i lůžka léčebných ústavů, v LK konkrétně 157 lůžek Léčebny respiračních nemocí, což zkresluje celkový pohled na tato lůžka.

Zdravotní péče zde poskytovaná je z časového hlediska většinou dlouhodobá. Součástí následné péče je třeba počítat i s tzv. zdravotně-sociálními lůžky. Jediným uceleným materiálem o tomto typu zdravotní péče je Koncepce následné lůžkové zdravotní péče vydané ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 9/1998. MZ v tomto dokumentu doporučilo 2 lůžka na 1 000 obyvatel pro návrh sítě následných lůžek. Od té doby nebyl vydán jiný materiál, který by se danou problematikou zabýval. Pokud vezmeme v úvahu uvedenou kalkulaci, tak v LK chybí cca 150 lůžek následné péče.

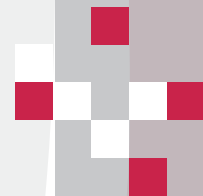


Komentář VZP k lůžkové kapacitě:

Z pohledu vedení Regionální pobočky VZP v Ústí nad Labem je „jedinou nestandardností /i z pohledu zaslaných dat/, kterou je asi dobré se zabývat, je otázka existence 5 ortopedických oddělení. Z pohledu VZP by plně pro potřeby regionu postačovala 3 oddělení této odbornosti.“ Viz dopis – příloha č. xx

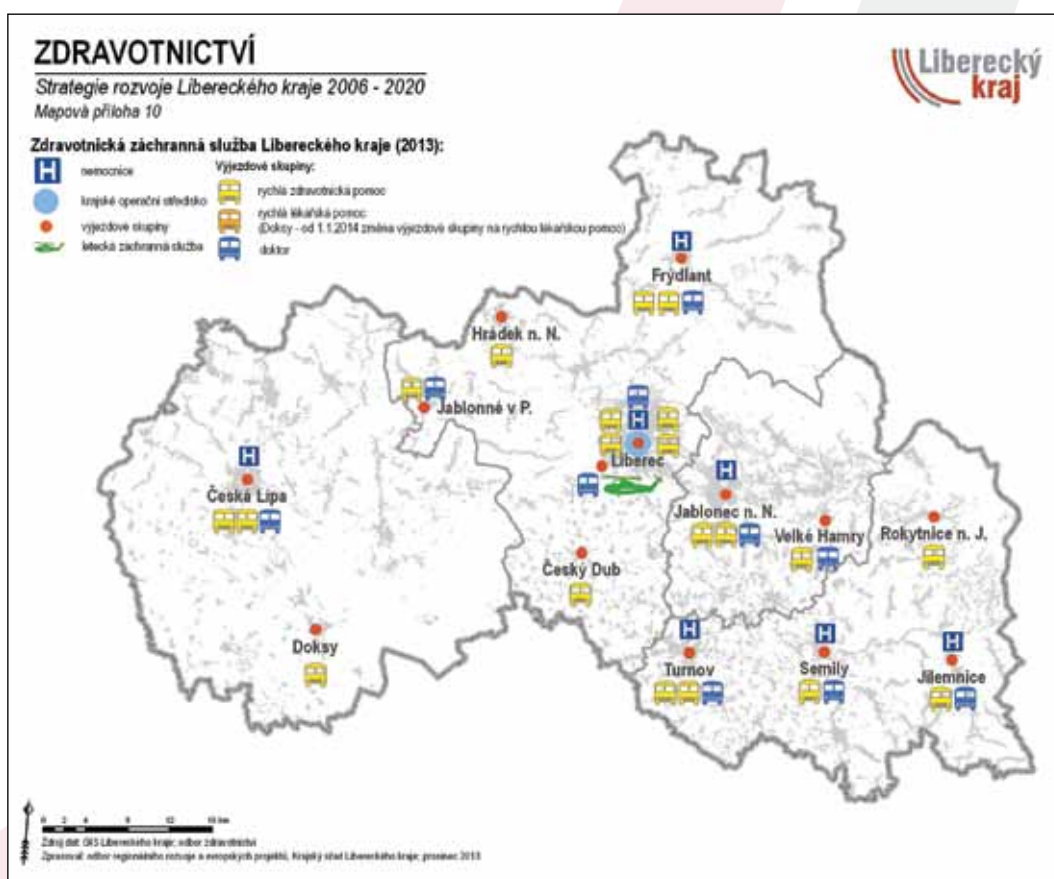
Závěr

Liberecký kraj je zakladatelem pouze dvou nemocnic poskytujících akutní péči, ostatní nemocnice jsou zřizovány obcemi, či fungují jako privátní subjekty. Liberecký kraj tudíž nemůže naříditi jakoukoliv restrukturalizaci lůžek v jiných, než „krajských“ nemocnicích. Dominantní postavení mají v otázce výběru poskytovaných zdravotních služeb občanům zdravotní pojišťovny, kteří platí péči nakoupenou v konkrétním zdravotnickém zařízení

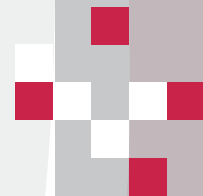


2.5 Přednemocniční neodkladná péče

Významnou složkou krajského zdravotnictví je Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje (ZZS LK) poskytující přednemocniční neodkladnou péči, která prošla v minulém období zásadní reorganizací a částečnou modernizací.



Obr. č. 2: Rozmístění posádek výjezdových stanovišť ZZS LK v kraji v návaznosti na nemocniční péči



Komentář:

Posádky ZZS LK pracují v tzv. setkávacím systému (rande-vous (RV), kde se setkává posádka rychlé zdravotnické pomoci (řidič ZZS , záchranář) s lékařem. Tímto systémem se výrazně zvyšuje akceschopnost posádek s lékařem jako reakce na zvýšené výzvy k výjezdům a zásahům. Celkem sedm výjezdových stanovišť se nachází v místě, kde je zároveň nemocnice. Součástí ZZS LK je letecká záchranná služba.

Problémem ZZS LK jsou nevyhovující prostory pro některá výjezdová stanoviště v kraji a zároveň nedostatečná úroveň prostor pro krajské operační středisko a management organizace. Dalším zásadním problémem je nedostatek lékařů s atestací v urgentní medicíně.

Liberecký kraj je zapojen do projektu Ministerstva vnitra, jehož účelem je zmodernizování a sjednocení úrovně technologického vybavení krajského operačního střediska ZZS LK s operačními středisky základních složek IZS, a tak zrychlit a zefektivnit spolupráci složek při poskytování pomoci občanům. V roce 2014 dojde k částečné rekonstrukci budovy „Neli“ v areálu Krajské nemocnice Liberec, kam bude přesídleno krajské operační středisko s novou technologií. Avšak v budoucnu bude nutné řešit nové prostory pro vedení ZZS LK komplexně.

Na podzim 2013 proběhl v ZZS LK forenzní audit, který odhalil významné rezervy v řízení záchranné služby. Aktuální otázkou je nyní stabilizace celého managementu tak, aby mohly být nastaveny všechny podmínky k zefektivnění chodu organizace.



Název výjezdové skupiny	za období 2011-2013		org. struktura 2013	
	Průměrná vytiženost	Počet výjezdů	RLP/RV	RZP
Česká Lípa RV	17,53%	6053	1	2
Česká Lípa RZP1	19,82%	6511		
Česká Lípa RZP2	19,96%	6427		
Český Dub RZP	13,97%	2353	0	1
Doksy RV	12,15%	2503	1	1
Doksy RZP	15,58%	2548		
Frýdlant v Č. RV	10,58%	3510	1	1,3
Frýdlant v Č. RZP1	20,58%	4391		
Frýdlant v Č. RZP2	14,63%	1267		
Hrádek n. N. RZP	17,42%	3619	0	1
Jablonec nad N. RV	18,52%	6230	1	2
Jablonec nad N. RZP1	22,95%	6763		
Jablonec nad N. RZP2	24,26%	6789		
Jablonné v P. RV	13,58%	3221	1	1
Jablonné v P. RZP	20,59%	3779		
Jilemnice RV	9,74%	2415	1	1
Jilemnice RZP	15,69%	3335		
Letecká D1	27,57%	8347	0,5	0,5
Letecká LZS	10,57%	1779		
Liberec RV1	21,32%	8258	2	3,5
Liberec RZP1	30,09%	6265		
Liberec RZP2	26,06%	9120		
Liberec RZP3	26,35%	9124		
Liberec RZP4	26,09%	9136		
Rokytnice RZP	16,73%	2575	0	1
Semily RV	13,54%	3602	1	1
Semily RZP	24,79%	5347		
Tanvald RV	13,87%	3712	1	1
Tanvald RZP	23,33%	5575		
Turnov RV	12,52%	4075	1	2
Turnov RZP1	16,23%	4115		
Turnov RZP2	17,18%	4010		
Celkem			11,5	19,3

Tabulka č.: 6 – Kapacitní vytiženost výjezdových skupin jednotlivých výjezdových stanovišť

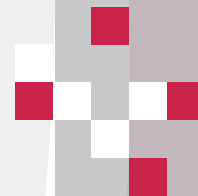


Závěr

Jedním z ukazatelů práce ZZS LK je posuzování průměrné vytíženosti výjezdových skupin. V období 2011 – 6/2013 se vytíženost pohybovala kolem 20%, přičemž nejnižší vytíženost vykazovala výjezdová skupina RV v Jilemnici. Nejvyšší vytíženost logicky vykazují výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci v Liberci. Není tedy od věci úvaha o redukci nejméně využitých kapacit při dosažení pokrytí dané oblasti z jiného výjezdového stanoviště.

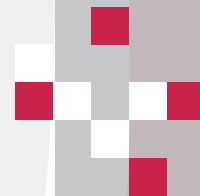
2.6 Lidské zdroje v lůžkové péči

Jedním z indikátorů ve zdravotní péči je přepočtený počet lékařů na počet obyvatel.



typ lůžka		Liberecký kraj	celá ČR
akutní péče	1_1 - interní lékařství	1,48	1,58
	1_6 - geriatric	-	0,04
	1_7 - kardiologie	0,40	0,39
	1_9 - revmatologie	0,05	0,01
	2_1 - rehabilitační lékařství	0,22	0,19
	2_2 - klinická hematologie	-	0,08
	2_3 - přenosné nemoci	0,10	0,18
	2_5 - tuberkulóza a respirační nemoci	0,07	0,19
	2_9 - neurologie	0,15	0,54
	3_1 - pediatrie	0,26	0,39
	3_4 - neonatologie	0,56	0,53
	3_5 - psychiatrie	0,34	0,21
	4_1 - nemoci z povolání (pracovní lékařství)	-	0,01
	4_2 - klinická onkologie (bez radiační onkologie)	0,14	0,20
	4_3 - radioterapie a radiační onkologie	-	0,06
	4_4 - dermatovenerologie	0,27	0,14
	4_7 - nukleární medicína	-	0,01
	5_1 - chirurgie	1,67	1,43
	5_3 - traumatologie (úrazová chirurgie)	0,21	0,13
	5_5 - kardiochirurgie	-	0,23
	5_6 - neurochirurgie	0,47	0,18
	6_1 - plastická chirurgie	0,22	0,06
	6_2 - popáleninová medicína	-	0,02
	6_3 - gynekologie a porodnictví	0,73	0,76
	6_5 - čelistní a obličejová chirurgie	0,07	0,06
	6_6 - ortopedie	0,64	0,57
	6_7 - ortopedická protetika	-	0,00
	7_1 - otorinolaryngologie	0,24	0,31
	7_2 - foniatrie	-	0,00
	7_5 - oftalmologie	0,19	0,22
7_6 - urologie	0,23	0,27	
7_8 - anesteziologie a resuscitace	1,17	0,92	
akutní péče celkem		9,87	9,92
následná péče	ošetřovatelská lůžka	0,03	0,08
	ldn	0,66	0,61
	následná intenzivní péče	0,06	0,05
	dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče	0,02	0,01
následná péče celkem		0,77	0,75
léčebné ústavy	olů trn	0,08	0,05
	olů ostatní	0,06	0,03
léčebné ústavy celkem		0,14	0,08

Tabulka č. 7 – Přepočtený počet lékařů na lůžkách akutní a následné péče (zdroj VZP).



Komentář:

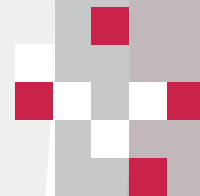
K 31. 12. 2012 byl přepočtený počet lékařů na lůžkových odděleních akutní péče na 10 000 obyvatel 9,87 lékařů, což je více než republikový přepočet, který činí 9,92. Na lůžkových odděleních následné péče je přepočtený počet lékařů na 10 000 obyvatel téměř shodný s průměrem v ČR.

Výhodou pro Liberecký kraj je přítomnost Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, která vzdělává v oboru zdravotnický asistent a všeobecná sestra. Dalším plusem je možnost vysokoškolského vzdělávání sester na Ústavu zdravotnických studií TU v Liberci. Kromě tohoto oboru je zde akreditován vzdělávací program pro biomedicínské techniky. Vzdělávání zdravotnických pracovníků se ovšem jeví jako deficitní v tom, že nereaguje na potřeby praxe.

Nejenom pro Liberecký kraj je typické, že stárne populace lékařů v oboru všeobecné praktické lékařství (VPL) a praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD). Ve věkovém rozmezí 50 – 59 let pracuje celkem 37 % VPL a dokonce 48 % PLDD. Přibývá počet lékařů ve věku nad 65 let. Obdobná situace nastává i v oboru zubní lékař. V důsledku stárnutí lékařů primární péče a v důsledku odchodu do starobního důchodu dochází k nevhodnému rozmístění ordinací v kraji. Na prohlubování uvedeného problému se podílí i současný systém specializačního vzdělávání VPL a PLDD. Tento popsáný jev má samozřejmě dopad i do nemocniční péče.

Závěr

Liberecký kraj se v oblasti lidských zdrojů potýká s problémy, které je nutné řešit především na celostátní úrovni, neboť kraj v této problematice nedisponuje účinnými nástroji k zlepšení situace (míněno vzdělávací oblast).



2.7 demografické ukazatele

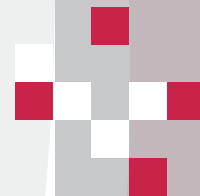
Liberecký kraj je počtem obyvatel druhým nejmenším krajem ČR (po Karlovarském kraji), ke konci roku 2012 měl celkem 438 594 obyvatel (4,17 % ČR). Počet obyvatel zůstal v Libereckém kraji v roce 2012 ve srovnání s předcházejícím rokem téměř neměnný (pokles o 6 obyvatel), úbytek stěhováním (-212 osob) byl vyvážen přirozeným přírůstkem (+206 osob). Na území kraje panují velké rozdíly ve věkové struktuře obyvatel, v dlouhodobém vývoji dochází k populačnímu stárnutí.

Z demografického pohledu patří Liberecký kraj spíše ke krajům s mladším obyvatelstvem (hodnoty indexu stárí jsou dlouhodobě nižší než celorepublikový průměr), i zde však pokračuje proces demografického stárnutí. Výrazně ubývá procentuálního zastoupení dětské složky (osoby ve věku 0–14 let), ta v současné době v kraji tvoří více než 15%, v ČR dokonce o něco méně. Stárnutí obyvatelstva dokládá i zvyšování průměrného věku populace – v roce 2011 byl v ČR 41,1 a v kraji 40,6.

V počtu narozených dětí se situace v Libereckém kraji vyvíjí o něco lépe než v ČR. V roce 2011 se narodilo 4 654 dětí, což bylo 10,6 na 1000 obyvatel, v roce 2012 to bylo 4 592 dětí (10,5 na 1000 obyvatel), tedy pouze o 62 dětí méně. V roce 2011 byla její hodnota 1,48 dítěte na jednu ženu během jejího reprodukčního období, v roce 2012 se nepatrně zvýšila na 1,49 dítěte (ČR hodnota 1,43 dítěte za rok 2011 a 1,45 dítěte za rok 2012).

Informace o zdravotním stavu obyvatelstva Libereckého kraje jsou zpracovávány na základě povinných hlášení, výkazů a šetření v rámci Národního zdravotnického informačního systému. Zaměřují se na výskyt zhoubných novotvarů, pohlavních nemocí, závažných infekčních nemocí, na vývoj onemocnění diabetem a TBC, na vrozené vady a vybraná dispenzarizovaná onemocnění, psychiatrická vyšetření a duševní onemocnění, nemoci z povolání a příčinu hospitalizovaných.

Ačkoliv patřil Liberecký kraj mezi kraje s vyšší úmrtností, díky trvalému zlepšování se v posledních pěti letech dostala hrubá úmrtnost pod průměr v ČR. Naděje na dožití při narození v Libereckém kraji trvale roste, a to rychleji než



v celé ČR. Za posledních 12 let (v letech 2000-2012) vzrostla u mužů na 75,3 let (o 4,3 roku) a u žen na 80,8 (o 3,4 roku).

V r. 2012 zemřelo v Libereckém kraji celkem 4 386 obyvatel. Této skutečnosti odpovídá 10,0 zemřelých na 1 000 obyvatel, což je míra nižší než za ČR (10,2/1000 obyv.). Stejně jako v České republice, zůstávají v kraji nejčastější příčinou úmrtí nemoci oběhové soustavy, které tvoří 50% z celkového počtu úmrtí. Další v pořadí jsou novotvary, ty způsobují úmrtí z 27% zemřelých, jako třetí zůstávají se 7% vnější příčiny (úrazy).

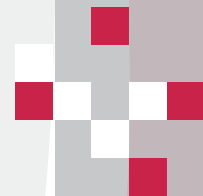
Mezi nejčastější onemocnění ze sledovaných infekčních chorob patří v České republice dlouhodobě plané neštovice a salmonelózy. V Libereckém kraji bylo v roce 2011 na 100 tisíc obyvatel hlášeno 61 případů onemocnění, v roce 2012 je to 268 případů onemocnění. Ve výskytu planých neštovic v roce 2011 bylo v kraji na 100 tisíc obyvatel hlášeno 761 případů planých neštovic, zatímco průměr v ČR byl 408 případů. Meziročně poklesl počet hlášených onemocnění planými neštovicemi v ČR o 11 %, v Libereckém kraji naopak došlo k nárůstu o 42 %.

V roce 2011 se počet hlášených TBC v Libereckém kraji snížil na 16 případů (3,6 onemocnění na 100 tisíc obyvatel). Z těchto hlášených výskytů v kraji bylo 94 % TBC dýchacího ústrojí, muži byli zastoupeni 75 %.

Stoupající tendenci vykazují evidence diabetiků v Libereckém kraji. V roce 2011 jich bylo 29 598, k 31. 12. 2012 bylo v kraji evidováno 30 979 léčených diabetiků.

Závěr

V Libereckém kraji se až na výskyt salmonelóz a planých neštovic nevyskytují žádné zásadní abnormality vzhledem k vývoji v celé ČR. Jmenovaná infekční onemocnění jsou plně pod kontrolou hygieniků a zatím se nemusí uplatňovat zvláštní opatření.



2.8 finanční zdroje

K dlouhodobě limitujícím faktorům rozvoje zdravotnictví v kraji patří trvalý nedostatek finančních prostředků m. j. na nezbytné rekonstrukce, obnovu a pořízení nákladné zdravotnické techniky. Vybrané investiční akce jsou tak řešeny mnohdy na úkor rozvoje jiných oborů a platů zdravotnického personálu. Bez vícezdrojového financování (vč. zapojení prostředků státního rozpočtu ev. Evropských fondů – IOP) by však nebylo možné je realizovat. Pro nové plánovací období 2014-2020 se nabízejí finanční zdroje v těchto programech:

- Operační program zaměstnanost, investiční priorita 2.2 Zlepšování přístupu k dostupným, udržitelným a vysoce kvalitním službám, včetně zdravotnictví a sociálních služeb obecného zájmu – cílem je zvýšit kvalitu péče o duševní zdraví a přispět k udržitelnosti systému zdravotnictví cílenou podporou zdraví.
- Integrovaný regionální operační program – investiční priorita 9a: Investice do zdravotnické a sociální infrastruktury, které přispívají k vnitrostátnímu, regionálnímu a místnímu rozvoji, snižování nerovností, pokud jde o zdravotní stav, a přechod od institucionálních ke komunitním službám (čl. 5, bod 9 a), cílem je rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotnických služeb a zdravotní péče.
- Integrovaný regionální operační program – investiční priorita 2c: Posilování aplikací v oblasti ICT určených pro elektronickou veřejnou správu, elektronické učení, začlenění do informační společnosti, elektronickou kulturu a elektronické zdravotnictví.



2.9 Analýza poskytnuté zdravotní péče v nemocnicích v Libereckém kraji

Analýzu zdravotní péče v nemocnicích v Libereckém kraji zpracovala spol. SW Lab s. r. o. v říjnu 2013.

Analýza se zabývá poskytnutou hospitalizační a ambulantní péče za roky 2010, 2011, 2012 a za první pololetí roku 2013 v Krajské nemocnici Liberec, a. s., Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa, a. s., Nemocnici Jablonec nad Nisou, p. o., Masarykově městské nemocnici Jilemnice p. o., Panochově nemocnici Turnov s. r. o. a Nemocnici Semily p. o.

Analýza byla zpracována v této sktruktuře:

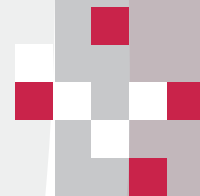
- a) analýza objemu a struktury vykázané péče,
- b) analýza efektivnosti případů hospitalizace z hlediska výnosových a nákladových parametrů (na úrovni standardizovaných nákladů),
- c) analýza kvality vykazování,
- d) vytvoření krajských klinicko – ekonomických profilů (KEP) za rok 2012 a srovnání nemocnic s krajskými a celostátními parametry KEP.

a) Závěr z analýzy objemu a struktury vykázané péče:

V průběhu sledovaného období je počet hospitalizací relativně konstantní bez zásadních výkyvů. K dílčímu poklesu počtu případů dochází v letech, kdy byla úhradová vyhláška nastavena na omezenou péči (roky 2011 a 2013). Pozitivním trendem je snižování průměrné ošetrovací doby, průměrných ZUM-ZULP (zvláště účtovaný materiál a zvláště účtovaný léčivý přípravek) a průměrného počtu bodů zejména v roce 2013. Stěžejní podíl případů je hrazen Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP). Podíl pojištěnců VZP činil v roce 2012 přes 75%, což je nad průměrem celostátním.

Při porovnání absolutních ukazatelů ve sledovaném období je patrné, že vývoj počtu případů byl v nemocnicích bez větších výkyvů a nedocházelo meziročně k zásadním změnám v objemu poskytnuté lůžkové péče. Dynamičtější nárůst se projevil pouze u nemocnice Semily, kde došlo k nárůstu o cca 58 % počtu případů a odpovídajícím způsobem i k nárůstu casemixu (objem poskytnuté péče), ZUM-ZULP a bodů.

V ambulantní péči je ve sledovaných ukazatelích (body, ZUM-ZULP) v období 2010 až 2012 patrný růstový trend. Podíl hospitalizační péče Kraje vůči am-



bulantní péči v bodech tvořil v roce 2012 cca 52% a tento poměr je obdobný ve všech nemocnicích.

Dále je patrný trend snižování počtu úmrtí, přestože se počet hospitalizací v roce 2012 zvýšil. Mírně se zvýšil počet překladů na akutní lůžka jiných zařízení a na lůžka následné péče téhož zařízení.

Dalším sledovaným parametrem jsou překlady pacientů uvnitř nemocnice. Čtyři a více přeclady se v omezené četnosti vyskytly v nemocnici Liberec (je ovlivněno rozsahem nemocnice a poskytované péče) a v jednom případě v roce 2010 v nemocnici Jablonec. V ostatních nemocnicích se jedná většinou o maximálně dva přeclady v rámci hospitalizace. Určitou výjimkou je nemocnice Turnov, kde se v roce 2011 vyskytlo 11 hospitalizací, u kterých byly tři vnitřní přeclady (v roce nebyla žádná a v roce 2012 jedna hospitalizace se třemi přeclady). U všech nemocnic tvoří naprostou převahu hospitalizace bez vnitřních přecladů.

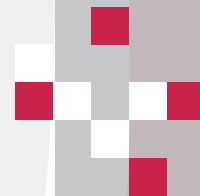
b) Závěr z analýzy efektivnosti případů hospitalizací:

Při posuzování ekonomické efektivnosti vykázané akutní lůžkové péče v prostředí současných úhradových mechanismů, využíváme jednotný systém klasifikace (DRG) a přiřazení jednotných relativních výnosových parametrů - ocenění případů hospitalizací relativními váhami, které jsou jednotné pro všechna zdravotnická zařízení a všechny zdravotní pojišťovny v rámci celé ČR. Na straně skutečných výnosů je situace výrazně komplikovanější, kdy ocenění relativní váhy případů základní sazbou vykazuje veliké rozdíly. V důsledku toho je stejný případ hospitalizace zaplacen nemocnicím diferencovaně. Při použití celostátní referenční základní sazby z úhradové vyhlášky (29500 Kč) je patrná míra nezaplacených lékových a materiálových nákladů. Nejvyšší ztráta je u nemocnice Liberec. V případě nemocnice Liberec je však vyšší individuální základní sazba než je celostátní referenční základní sazba – takže rozdíl je o to ponížěn.

Náklady na léčení jsou silně ovlivňovány délkou pobytu při hospitalizaci. Neplatí to však absolutně. V případech, kdy jsou vysoké náklady za speciální zdravotnické materiály, implantáty apod., je vliv délky pobytu na náklady případu relativně nízký.

c) Závěr z analýzy kvality vykazování:

Tato část se věnovala kvalitě vykazování zdravotní péče zejména z hlediska ekonomických dopadů. Chybným nebo účelovým vykazováním může



být ekonomický dopad způsoben podhodnocením vykázané zdravotní péče (downcoding) nebo účelovým nadhodnocením (upcoding). Oba způsoby mohou vést k regulačním srážkám od zdravotních pojišťoven.

Kvalitu vykazování v klasifikačním systému DRG ovlivňuje nejen počet vedlejších diagnóz, ale i kvalita vykázaných hlavních diagnóz. Příkladem zlepšujícího se trendu ve vykazování DG je nemocnice v Jilemnici, kdy dochází mezi léty 2010 až 2012 ke zlepšování.

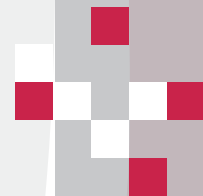
V rámci této analýzy byly indikovány na úrovni agregovaných dat báze, které jsou sledované ze strany zdravotních pojišťoven a bývají předmětem zvýšené revizní činnosti. Z hlediska porovnání četnosti výskytu případů s komplikacemi a dalšími přidruženými nemocemi bylo využito celostátních průměrů z klinicko-ekonomických profilů a byly indikovány odchylky, z nichž nejvyšší byla nalezena u báze 0638 ARTROSKOPIE, kdy výskyt případů s komplikacemi je více než čtyřnásobný oproti celostátnímu průměru.

d) Závěr z analýzy krajských klinicko – ekonomických profilů:

Klinicko-ekonomické profily (dále jen KEP) jsou analytickým nástrojem využívaným ve zdravotnických zařízeních poskytujících akutní lůžkovou péči pro sledování efektivity poskytované zdravotní péče. Jsou založeny na analýze hospitalizačních případů, a to na základě klasifikačního systému IR-DRG (Internationally Refined Diagnosis Related Group). Je možné srovnání nákladových položek a klinických charakteristik.

V rámci provedené Analýzy bylo využito nástroje KEP pro provedení srovnání nemocnic Kraje s ukazateli celostátních parametrů, parametrů nemocnic srovnatelného typu (jsou součástí dat za rok 2011 předávaných VZP). Byly vytvořeny nové parametry na principu KEP za Liberecký kraj za roky 2010, 2011, 2012 a první pololetí roku 2013. Z důvodů velmi rozsáhlých výstupů (možnost parametrů na úrovni jednotlivých bází všech nemocnic Kraje za tři a půl roku), jsou v Analýze uvedeny agregované výstupy.

V této kapitole jsou popsány klinicko-ekonomické profily (KEP) a jejich využití pro sledování efektivity akutní lůžkové péče a pro snížení rizika regulačních srážek ze strany zdravotních pojišťoven. V rámci provedených analýz na úrovni agregovaných dat bylo zjištěno, že u parametrů na úrovni kraje došlo k mírnému překročení v roce 2012 oproti celostátním parametrům pouze u průměrného počtu bodů za radiodiagnostiku a mírně byl překročen průměrný počet dní na standardním lůžku. V rámci analýzy jednotlivých nemoc-



nic bylo indikováno u většiny překročení průměrných materiálových náklad (ZUM).

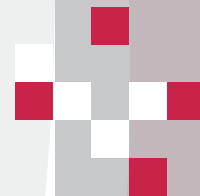
Z analýzy poměrného rozložení případů s komorbiditami (souběžné nemoci) a komplikacemi plyne, že nebyl překročen žádnou nemocnicí referenční procentuální poměr. Z hlediska srovnání Kraje je průměrný počet případů s komplikacemi a komorbiditami o 9, 57 % a případů se závažnými komplikacemi a souběžnými nemocemi o 4,75 % nižší než celostátní průměr. Na základě tohoto výstupu lze předpokládat relativně nižší riziko regulačních srážek ze strany zdravotních pojišťoven.

2.10 Migrace pacientů v rámci kraje

Z podkladů dodaných Všeobecnou zdravotní pojišťovnou o migraci obyvatel Libereckého kraje za akutní péči byly vytvořeny tyto závěry:

- Pacienti z okresu Liberec jsou z 80-ti % ošetřeni v nemocnicích libereckého okresu.
- Pacientům z okresu Česká Lípa zajišťuje Nemocnice s Poliklinikou Česká Lípa péči z 62 %.
- 67 % pacientů z okresu Jablonec nad Nisou je ošetřeno v nemocnicích jabloneckého okresu.
- 62 % pacientů z okresu Semily je ošetřeno v nemocnicích okresu Semily
- 17 % pacientů z Libereckého kraje bylo hospitalizováno ve zdravotnických zařízeních mimo Liberecký kraj. Opačně bylo v zařízeních na území Libereckého kraje z celkového počtu případů hospitalizováno 11,5% pacientů s trvalým bydlištěm mimo Liberecký kraj.

Data o migraci obyvatel Libereckého kraje za akutní lůžkovou péčí ukazují, že v největší míře dochází k odlivu pacientů ve specializovaných oborech, jako např. v klinické hematologii, kardiochirurgii, nukleární medicíně, klinické onkologii, popáleninové medicíně a foniatrii (vždy převážně do Prahy), oftalmologii (do Středočeského kraje) či radioterapii a radiační onkologii (převážně do Královéhradeckého kraje). Většinou se jedná o obory, ve kterých v Libereckém kraji není péče poskytována vůbec nebo jen v omezené šíři,



s nekompletním spektrem výkonů (př. oftalmologie). Dále se jedná o pacienty z okrajových částí kraje s přirozenou spádovostí do sousedního kraje (např. z okresu SM do Královéhradeckého kraje). Opačným směrem, tj. do Libereckého kraje, míří pacienti nejvíce v oborech neurochirurgie (KNL), plastická chirurgie (Vysoké nad Jizerou) a radioterapie a radiační onkologie (KNL) (nejvíce se jedná o pacienty ze sousedících krajů: Ústeckého kraje, Královéhradeckého kraje a Středočeského kraje).

Z

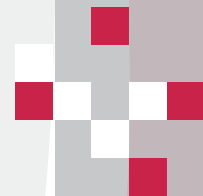
o dlouhodobě zavedená „napojení“ zejména lékařů primární péče na zdravotnická zařízení nejčastěji v Praze (např. kardiologie okr. ČL) i když je shodná péče poskytována v kraji (zejména v KNL). Cílem je tato pro rozvoj KNL nezdravá napojení eliminovat.

2.11 Zdravotnické informační systémy

Nemocnice v Libereckém kraji i zdravotnická záchranná služba disponují různou úrovní zdravotnických informačních systémů, které v současné době nedovolují vzájemnou komunikaci a předávání potřebných dat mezi sebou. Nemocnice se dále potýkají s problémy elektronické archivace zdravotnické dokumentace.

V současné době připravuje Liberecký kraj projekt elektronizace zdravotnictví celého kraje v souladu se schválenými strategiemi a zaváděnými standardy v ČR. Aktivity by měly být realizovány ve dvou oblastech - „Rozvoj eHealth“ a „Rozvoj služeb technologických center krajů“.

V rámci projektu „Rozvoj eHealth“ by měla být jednak zpřístupněna zdravotnická dokumentace pro všechna zdravotnická zařízení Libereckého kraje s akutní lůžkovou péčí a Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje



(dále jen „ZZS LK“) a navzájem mezi sebou. Výsledný efekt pro ZZS LK je v získání v případě výjezdu „emergency informace“ o pacientovi a dále předání zprávy z výjezdu do příslušných nemocnic. Datové propojení nemocnic pak umožní i bezpečné a rychlé předávání elektronické dokumentace mezi nemocnicemi Libereckého kraje (jedná se o patientský souhrn výstupní zprávy, žádanky a výsledky rentgenových a laboratorních vyšetření, závěrečné hospitalizační zprávy a ambulantní zprávy.

Další součástí projektu „Rozvoj eHealth“ je elektronizace procesů specializované a superspecializované péče v Libereckém kraji. Konkrétně se jedná o software aplikaci, která umožní využití standardů „eHealth“ pro Komplexní cerebrovaskulární centrum, Kardiologické centrum, Komplexní onkologické centrum a Traumatologické centrum. Smyslem této aktivity je umožnit všem zdravotnickým zařízením v Libereckém kraji komunikaci s těmito specializovanými centry ve standardech „eHealth“ prosazovaných v rámci ČR.

V rámci rozvoje služeb technologických center krajů dojde k rozšíření služby pro archivaci zdravotnické dokumentace, a to vybudováním infrastruktury pro služby technologického centra kraje pro archivaci zdravotnické dokumentace pro nemocnice Libereckého kraje poskytující akutní lůžkovou péči a pro ZZS LK.

Závěr

Projekt eHealth umožní propojit dosud decentralizované řešení v komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb na různých úrovních a archivaci zdravotní dokumentace. Užitek z těchto procesů bude mít na prvním místě pacient, který tak obdrží vyšší komfort v rámci svého průchodu mezi poskytovateli zdravotních služeb. Nezanebatelnou výhodou je i bezpečnost v uložení a tvorbě zdravotnické dokumentace z hlediska případných forezních auditů poskytnuté péče.



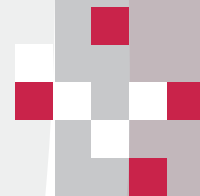
2.12 SWOT analýza

Silné stránky:

- vyšší porodnost v porovnání s ČR
- rostoucí naděje na dožití v porovnání s ČR
- věková struktura obyvatel, Index stáří příznivější ve srovnání s ČR
- koncepční řízení oblasti veřejného zdraví v LK (Zdravotní politika Libereckého kraje - dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel LK)
- specializovaná a superspecializovaná zdravotní péče soustředěná do vybraných center
- poskytovatelé zdravotní péče s nadregionálním významem
- dobrá úroveň poskytování zdravotnických služeb (využívání nové přístrojové techniky, léků a kvalifikace personálu)
- relativně dobrá dostupnost zdravotní péče (dle parametrů místní a časové dostupnosti)
- dostatečná kapacita lůžkových zdravotnických zařízení – relativně dobré naplnění ukazatelů lůžkového fondu
- proběhlá částečná restrukturalizace lůžkového fondu
- místní dostupnost Střední zdravotnické školy, Vyšší odborné školy zdravotnické, Ústavu zdravotnických studií TUL – výchova nelékařských povolání v oboru všeobecná setra, zdravotnický asistent, biomedicínský technik
- fungující systém přednemocniční neodkladné péče formou příspěvkové organizace kraje Zdravotnická záchranná služba LK
- dokončená i již obhájená akreditace dle standardů Spojené akreditační komise krajských nemocnic i dalších nemocnic v kraji

Slabé stránky:

- kraj není zřizovatelem všech zdravotnických zařízení v kraji, a proto nemá na „nekrajské“ nemocnice vliv
- nevyvážený systém financování zdravotní péče vyznačující se mj. podfinancováním investičních potřeb
- územní nerovnoměrnost v poskytování lůžkové akutní péče
- nedostatečná a neefektivní spolupráce mezi krajskými nemocnicemi (KNL a NsP ČL)
- nedostatečná a neefektivní spolupráce nemocnic a záchranné služby
- nefungující meziresortní spolupráce zejména s resorty zdravotnictví a školství
- nepropojenost systému zdravotnictví a sociální péče



- nedostatečná kapacita zdravotně sociálních lůžek
- nevyvážená struktura lůžek následné péče v kraji
- chybějící lůžka následné hospicové péče
- nevyvážené rozmístění poskytovatelů domácí zdravotní péče na území LK
- zvyšující se průměrný věk lékařů primární péče (VPL, PLDD, ZL)
- nedostatek lékařů s atestací v oboru urgentní medicína
- nízký přepočtený počet lékařů následné péče na 10 000 obyvatel v porovnání s ČR
- nedostatek prostoru (území) pro další modernizaci a rozvoj péče v Krajské nemocnici Liberec
- migrace pacientů za péčí do sousedních krajů, a to i v péči, která je v kraji zajištěna
- nestabilita managementu ZZS LK
- neexistující emergency v KNL - kontaktní místo pro předávání pacientů,
- nejednotnost technologií zdravotnických informačních systémů
- existující problémy s elektronickou archivací zdravotnické dokumentace

Příležitosti:

- možnost čerpání finančních prostředků z fondů EU
- podpora v oblasti získávání akreditací pro specializované vzdělávání
- podpora rezidentských míst v oborech primární péče
- dbát na rovnoměrné rozmístění poskytovatelů VPL, PLDD, ZL při výběrových řízeních se zdravotními pojišťovnami
- výchova občanů k péči o vlastní zdraví
- zefektivnění celého systému zdravotnické péče
- rozšiřování systému akreditace a řízení kvality v zařízeních zdravotní péče
- zavádění certifikace ZZS LK dle norem ISO 9001
- zkvalitnění fungování kontaktních míst u poskytovatelů lůžkové péče (příjem pacientů od ZZS)
- poskytování lékařské pohotovostní služby jako součást tzv. „nízkoprahových příjmů“
- zlepšit spolupráci poskytovatelů akutní lůžkové péče s ZZS ve smyslu fyzické blízkosti základen, vzdělávání, dotační tituly
- snížení nákladů na podpůrné činnosti v Panochově nemocnici Turnov synergii a fúzními opatřeními v rámci fúze s KNL
- možnost kraje podílet se na zdravotnické legislativě prostřednictvím připomínkového řízení



Ohrožení:

- velmi složitá a nepřehledná zdravotnická legislativa a prováděcích předpisů včetně neznámého budoucího řešení
- neprovedení restrukturalizace lůžkových kapacit
- pokles počtu všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v důsledku jejich stárnutí
- zvyšování nákladů na poskytování zdravotních a sociálních služeb
- nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví, zejména ve vztahu k investicím do nezbytných rekonstrukcí a nákupu nákladné přístrojové techniky
- zvyšování disproporce v rozmístění odborných ambulantních lékařů v okresech LK
- nedostatečný objem financí na poskytování lékařské služby první pomoci