



Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji

v oblasti lůžkové péče včetně
návaznosti na zdravotnickou
záchrannou službu
pro období 2014–2020

1. ÚVOD

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.

Liberecký kraj pořizuje tento dokument proto, aby existoval závazný dokument, na jehož základě se bude postupovat v oblasti řízení lůžkové péče a přednemocniční neodkladné péče zajišťované Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje.

Zastupitelstvo LK vzalo dne 27. 8. 2013 usnesením č. 307/ZK/2013 na vědomí informaci o materiálu nazvaném „Strategie rozvoje zdravotnictví v Libereckém kraji se zvláštním zřetelem na rozvoj lůžkové péče a další vybrané zdravotní služby pro období 2013+“. Na základě základních tezí vznikl dokument s názvem: **Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče včetně návaznosti na zdravotnickou záchrannou službu v období 2014 – 2020.**

Cílem dokumentu je **popsat současný stav a navrhnout systém řízení lůžkové (akutní, následné, dlouhodobé) péče v Libereckém kraji v návaznosti na přednemocniční neodkladnou péči (Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje) a vybrané specializované obory zdravotních služeb.**

Dokument Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče včetně návaznosti na zdravotnickou záchrannou službu v období 2014 – 2020 vznikl ve spolupráci realizačního týmu ve složení:

- generální ředitel Krajské nemocnice Liberec, a. s. - MUDr. Luděk Nečesaný, MBA
- generální ředitel Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s. - Ing. Jaroslav Kratochvíl
- předseda představenstva Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s. - MUDr. Radek Havlas
- jednatel bývalé Panochovy nemocnice Turnov, s. r. o. – MUDr. Martin Hrubý
- ředitel Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. MUDr. Vít Němeček, MBA
- ředitel Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici- MUDr. Jiří Kalenský
- ředitel Nemocnice Frýdlant, s. r. o. – Ing. Aleš Stránský
- ředitelka Nemocnice v Semilech – Ing. Alena Kuželová
- ředitelé Zdravotnické záchranné služby LK, p. o. - Bc. Stanislav Mackovík/MUDr. Jan Lejsek
- zástupci Regionální pobočky VZP ČR v Ústí nad Labem - MUDr. Petr Veselský, Ing. Giljan Dobrevová
- specialista v oblasti zdravotnictví – Ing. Jiří Benedikt
- Krajský úřad Libereckého kraje, odbor zdravotnictví – PhDr. Alena Riegerová, Ing. Naďa Veselá, Mgr. Blanka Ptáčková.

Tento realizační tým bude zároveň plnit funkci nejvyššího orgánu pro monitorování aktivit a určení personálního obsazení pracovních skupin.

Dokument vznikl dále za přispění:

Odboru regionální rozvoje a evropských projektů – RNDr. Ivany Pecháčková, Ing. Lukáše Chmele, PhDr. Jaromíra Baxy, Ph. D., zastupitele LK.

Dokument byl projednán ve výboru zdravotnictví, výboru hospodářského a regionálního rozvoje a ve výboru sociálních věcí. Dále byl veřejně projednán na semináři určeném především zastupitelům LK a starostům obcí, které mají ve svém vlastnictví nemocnice v LK. Dokument byl zveřejněn na webových stránkách odboru zdravotnictví v době od 11. do 24. února 2014, s možností písemného připomínkování. Obdržené připomínky byly vypořádány a dokument upraven.

Finální verze dokumentu včetně tabulky s vypořádáním všech obdržených připomínek bude po projednání v zastupitelstvu LK zveřejněn na webových stránkách LK, konkrétně: <http://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/>

2. ANALYTICKÁ ČÁST

2.1 Východiska

Východiskem pro zpracování dokumentu je jednak platná legislativa pro oblast zdravotnictví a dále platné koncepční dokumenty Libereckého kraje.

2.1.1 Legislativa

V 2012 nabyly účinnosti reformní zdravotnické zákony:

a) 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,

b) 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 lékařských služby, asistovaná reprodukce, genetická vyšetření a další,

c) 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,

d) 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,

e) 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.

zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů

zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon)

2.1.2 Koncepční dokumenty kraje

Pro zpracování analytické části byly použity jako výchozí informace z koncepčních materiálů Libereckého kraje, kde jsou zpracované kapitoly zaměřené na oblast zdravotnictví:

Strategie rozvoje Libereckého kraje 2006 – 2020, 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) ke koncepci. 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“, pracoval 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 do června 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 řídit 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 kraje ve svých závěrech a doporučeních omezení daná malou schopností kraje změny přímo ovlivnit a lůžkovou zdravotní péči skutečně řídit.

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

V Libereckém kraji zajišťuje lůžkovou zdravotní péči celkem 7 nemocnic s akutní lůžkovou péčí. V minulosti byly nemocnice děleny na kategorie I. až III, posléze na typy 0 až 3, a to vždy podle struktury základních a doplňujících oddělení. Kategorizace nemocnic byly oficiálně zrušeny, nicméně to však neznamená, že by bylo nutné dělení nemocnic při řízení péče opouštět. Důvodem k tomu je stále platný číselník pro vykazování ošetrovacího dne, který stále v sobě zahrnuje dělení nemocnic na typy.

Jedná se o tyto poskytovatele zdravotní péče:

- **Krajská nemocnice Liberec, a.s. (dále jen KNL),**
- **Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. (dále jen NsP ČL)**
- **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.**
- **Masarykova městská nemocnice v Jilemnici**
- **Nemocnice s poliklinikou v Semilech**
- **Nemocnice Tanvald, s.r.o.**
- **Nemocnice Frýdlant s. r. o.**

V Libereckém kraji se nachází nemocnice nejvyššího typu 3 - KNL, další tři nemocnice typu 2 – těmi jsou NsP ČL, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a Masarykova městská nemocnice v Jilemnici, další typy 0 a 1 jsou ostatní nemocnice. Z tohoto dělení musí vycházet akcent na řízení lůžkové péče v LK.

Dalšími poskytovateli zdravotních služeb s lůžkovou péčí jsou

- **Léčebna respiračních nemocí Cvikov, příspěvková organizace**
- **Nemocnice následné péče Lomnice nad Popelkou**
- **Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie**
- **Lázně Kundratice, a.s.**
- **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. Na akciové společnosti 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 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 nevhodný koncept řešení areálu a řada nevyhovujících budov daných historickým vývojem areálu, nevyhovující stav inženýrských sítí, špatný technický stav některých budov. Jako zásadní se jeví nedostatek prostoru a nevyhovující dislokace pracovišť (dispoziční řešení z hlediska návaznosti provozů, centralizace apod.), které znamenají značné logistické problémy v provozu, jeho neohospodárnost a v konečném důsledku i limitaci funkčního rozvoje KNL, neboť stávající stav neumožňuje udržet nemocnici v souladu s moderními trendy zdravotnictví. Na přelomu roku 2009/2010 byla v KNL provedena alespoň částečná úprava akutního chirurgického příjmu, která vyřešila některé problémy při předávání polytraumatizovaných pacientů záchrannou službou. Celkové řešení příjmu akutních pacientů (včetně části pro pacienty s interním onemocněním) – Emergency, je ve stádiu úvah.

Nezbytnou součástí akutního chirurgického příjmu se stal heliport/dosedová plocha pro vrtulník Letecké záchranné služby, a to přímo v areálu nemocnice. Vznik heliportu je jednou z nezbytných podmínek udržení statutu Traumacentra v Krajské nemocnici Liberec. Tímto se značně zrychlí a zefektivní transport pacientů k poskytnutí urgentního zákroku vč. jejich překlady na vyšší specializovaná pracoviště. Celkově je nutno říci, že rozvoj nemocnice v současných prostorových podmínkách je omezený na minimum, či dokonce v některých případech nemožný.

V KNL se otevírá 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, která v současné době nemá ideální podobu. Spolupráce by se kromě oblastí medicínských, vzdělávacích a vědeckých aktivit mohla týkat i optimalizace řízení organizací/nemocnic. V současné době je dokončena fúze KNL a Panochovy nemocnice Turnov s. r. o., kterou schválila zastupitelstva Libereckého kraje, města Liberec a města Turnov. Významné je i další určení rozsahu spolupráce KNL s Ns ČL.

V roce 2012 vznikl interní dokument KNL, a.s., který podrobně popisuje dislokaci, potřeby a stavebně technickou část prostor, ve kterých pracují jednotlivá oddělení nemocnice. Z tohoto materiálu tyto Zásady přebírají úvodní problémovou analýzu:

1. výchozí situace

Nemocnice trvá od roku 1848, další stavební etapy byly uskutečněny v letech 1900, 1906, 1907, 1938 a 1978. Různé stupně a typy improvizací, přestaveb a úprav probíhají kontinuálně po desítky let dodnes.

První plány na novou nemocnici vznikají od roku 1993 a opakovaně v různých verzích jsou tvořeny stále.

2. stávající podmínky

- Medicína se za posledních 20 let radikálně změnila: specializace, koncentrace, vznikla zde centra s výrazně nadregionální působností.
- KNL se změnila z okresní nemocnice na krajskou - spád vzrostl v některých oborech čtyřnásobně, vznikly nové obory. To také potvrzuje nárůst výkonnosti

- a například tržeb od ZP o více než 50% za 5 let (o 1,0 mld. Kč).
- Předpokládá se další restrukturalizace zdravotnictví - dochází ke změně struktury oddělení či lůžkových stanic v menších nemocnicích - očekáváme zvyšování nároků na KNL směrem ke specializované péči a přesunu části standardní péče na menší spádové nemocnice.
 - Naroubováním krajské nemocnice na okresní došla tato instituce ke svým limitům. Již nyní jsou některé obory omezeny ve svém vývoji ...
 - Končí investiční cyklus některých oborů a technologií - jsou před námi velké investice – onkologie (urychlovače), urgentní příjem, reorganizace hemodialýzy, multioborový JIP.
 - Existence heliportu je předpokladem úspěšného reauditů traumacentra - viz výše.
 - Předpokládá se další vývoj technologií.
 - Očekává se přesun k těžším stavům, od standardních lůžek k intenzivním.

NsP ČL plní svou významnou roli jako jediné spádové lůžkové zařízení pro obyvatele okresu Česká Lípa, pro vybrané odbornosti (ortopedie, neonatologie, pediatrie, ARO, DIOP, pneumologie) též pro Šluknovský výběžek, 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.

Akreditováno je též Centrum intermediární péče pro novorozence od 33. týdne těhotenství.“

Problémem této nemocnice je dlouhodobá podinvestovanost v oblasti budov a technologického zázemí. Aktuálně probíhající výměna oken a zateplení budov je pouze řešením venkovním. Téměř urgentně by měla následovat rekonstrukce vnitřních rozvodů nemocnice (cca do 100 mil. Kč), které jsou téměř v havarijním stavu. Bez investic zůstávají též stravovací provoz a prádelna, tedy obory, které by nemocnici mohly přinést výrazné zvýšení příjmů z nemedicínských činností. Problematický je též obrovský areál nemocnice a chátrající budova ubytovny. Prodej tohoto majetku by mohl přinést prostředky na rozvoj NsP.

Z pohledu LK je vhodné přemístění stanoviště ZZS do budov NsP, vybudování záchytné stanice v prostorách NsP.

Ze zdravotních částí pak rekonstrukce dialyzačního střediska, přesun dětského oddělení do budovy monobloku, rekonstrukce operačních sálů a dobudování urgentního příjmu ve spolupráci se ZZS.

Významným pozitivem je jedinečnost zařízení v dostatečné spádové oblasti. Toto zařízení je samostatné a soběstačné, v západní části kraje je nemocnicí páteří. Pro jeho provozování lze využít spolupráce s místními samosprávami“.

Obě „krajské nemocnice“ patří dle národních standardů Spojené akreditační komise mezi akreditované nemocnice, čímž dokazují, že poskytují bezpečnou a kvalitní péči.

Mezi nemocnice, které poskytují široký rozsah služeb v základních a doplňkových oborech patří dále **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. a Masarykova městská nemocnice v Jilemnicích**. Jejich zřizovateli jsou města (Jablonec nad Nisou a Jilemnice). Obě nemocnice poskytují zdravotní služby zejména ve spádu svého okresu s některými odbornostmi, které takto vymezené území přesahují.

Nemocnice Frýdlant s. r. o., Nemocnice Tanvald, s.r.o. a Nemocnice s poliklinikou v Semilech svým rozsahem služeb zejména v základních oborech chirurgie a interna doplňují nemocniční síť v Libereckém kraji. Nemocnice s poliklinikou v Semilech je poskytovatelem péče v oboru ortopedie.“ Nemocnice Tanvald, s.r.o. je v kraji významná rozsahem poskytované následní intenzivní péče.

K zařízením s výrazně nadregionální působností patří **Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou, Léčebna respiračních nemocí Cvikov, příspěvková organizace, Lázně Libverda, a.s. a Lázně Kundratice, a.s.**

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 kontrahují a jsou ze zákona svým pojištěncům odpovědné za časovou a místní dostupnost. Spolupráce se zdravotními pojišťovnami musí směřovat k tomu, aby byla zachována akutní lůžková péče v základních oborech ve stávajících nemocnicích kraje a nebyla tak ohrožena jejich dostupnost. Prakticky lze říci, že dostupnost péče v kraji je relativně dobrá a odpovídá zákonným požadavkům na místní a časovou dostupnost péče.

Liberecký kraj (tam, kde sahala jeho pravomoc) přistoupil ke včlenění dříve samostatných léčeben dlouhodobě nemocných v Novém Boru a Jablonném v Podještědí do nemocnice v České Lípě a v Liberci. Cílem bylo zvýšení operativnosti překladů pacientů vyžadujících další, zejména ošetrovatelskou péči, z lůžek akutních na lůžka následné péče, která není tak nákladná.

I přes všechny výše uvedené problémy je kvalita poskytované péče v nemocnicích velmi dobrá, k čemuž přispívá nejen snaha v rámci investičních možností držet krok s přístrojovým vybavením v oborech, ale i velmi dobré, leckde vynikající, personální vybavení pracovišť.

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



2.3 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 tyto ukazatele:

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

Lůžkový fond se dělí na:

- a) lůžka akutní standardní péče,
- b) lůžka intenzivní péče – anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotky intenzivní péče,
- c) lůžka následné péče včetně následné intenzivní péče (NIP),
- d) lůžka dlouhodobé péče včetně 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:

1. Výsledek výběrových řízení na akutní lůžkovou péči – výsledky je vhodné považovat spíše za výchozí hledisko.
2. 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 jsou ve státech EU 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.
3. Uvedený index 430 lůžek předpokládá průměrnou ošetrovací dobu cca 7 – 7,5 dne, průměrné využití lůžkového fondu 280 – 300 dnů maximální kapacity.

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. Pro ostatní obory neexistují žádná doporučení. V následujících tabulkách č. 1 a 2 je uveden přehled základních a ostatních oborů s doporučeným indexem pro každý obor z roku 2002 a porovnání se skutečností v ČR a LK v roce 2012.

Tabulka č. 1 *Přehled kapacity lůžek v základních oborech Libereckého kraje dle MZ (na 10 000 obyvatel, průměrné ošetrovací doby ve dnech a využití lůžek (dny maximální kapacity):*

| 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 |
| Pediatricie | 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 |

Zdroj: ÚZIS

Komentář:

Z uvedené tabulky vyplývá:

- 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. Tato skutečnost může implikovat snahu poskytovatelů zaměřit se na jednodušší zákroky s krátkou dobou hospitalizace. To má za následek obecnou „nechuť“ zaměřovat se na zákroky v takzvané jednodenní péči, neboť se ještě více sníží využití lůžkového fondu.
- 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 ponížený, dala by se situace řešit vznikem lůžek v oboru **akutní geriatricie**, která v Libereckém kraji zcela chybí.
- Zvláštní situace je pak v oboru infekce, kdy LK vykazuje výrazný nedostatek lůžek. Infekční oddělení v KNL nemá intenzivní lůžka, což v praxi znamená, že pacienti vyžadující intenzivní léčbu musí být hospitalizováni např. na neurologické či interní JIP. Toto není vzhledem k hygienicko-epidemiologickému režimu ideální stav.

Uvedená analýza neodráží nadregionální působnost některých oborů ale ani spádovost některých nemocnic přesahující hranice LK.

Tabulka č. 2: Přehled kapacity lůžek v ostatních oborech Libereckého kraje na 10 000 obyvatel, průměrné ošetrovací doby ve dnech a využití lůžek (dny maximální kapacity):

| 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 |

Zdroj: ÚZIS

Komentář:

Z uvedené tabulky vyplývá:

- 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.

Uvedená analýza neodráží nadregionální působnost některých oborů ale ani spádovost některých nemocnic přesahující hranice LK

Lůžka intenzivní péče (IP):

Evropská společnost pro intenzivní medicínu doporučuje podíl lůžek IP (včetně resuscitačních lůžek) a všech akutních lůžek pohybující se 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 nemocnice 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 k 30. 6. 2013 je 732. Pod pojem lůžka následné péče se zahrnují lůžka následné léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské péče provozovaná v nemocnicích či léčebnách pro dlouhodobě nemocné, lůžka následné intenzivní péče (NIP), dříve tzv. chronické ARO. Zdravotní pojišťovny počítají do kapacit následných lůžek i lůžka dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP). Zároveň mezi tato lůžka jsou počítána i lůžka léčebných ústavů. V LK se jedná konkrétně o 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 vydaná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 9/1998. MZ v tomto dokumentu doporučilo pro návrh sítě následných lůžek 2 lůžka na 1 000 obyvatel. 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. Připravovaný zákon o dlouhodobé péči byl nahrazen přípravami novely zákona o zdravotních službách, kde měly být definovány indikace pro dlouhodobou péči a způsob její návaznosti na péči následnou. Tedy stále chybí provázanost zdravotně-sociální péče, jedinou prozatímní možností je institut tzv. sociálního lůžka na systému poskytovaných zdravotních služeb.

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 obyvatel. 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).

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

| 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 |

Zdroj: VZP

Komentář:

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.

Tabulka č. 4 Rozložení počtu lůžek ve vybraných oborech v jednotlivých okresech Libereckého kraje, podíl na 1000 obyvatel (stav k 30. 6. 2013)

| Počty lůžek k 30. 6. 2013 | Okresy Libereckého kraje - vybrané obory | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Česká republika | | | | Procentní porovnání s průměrem aktuálních lůžek v ČR | | | | |
|---------------------------|--|--------------|---------|------------|--------|----|---------|------------|------------------|------------|-----------|--------------|----|----|---------|------------|----|------------|-----------|--------------|---------|----|---------|------------|-----------------|------------|-----------|--------------------|--|----------------|---------------|---------------|------------|
| | Česká Lípa | | | | Semily | | | | Jablonec n. Nis. | | | | FR | | | | LI | | | | Liberec | | | | Česká | Lipa | Semily | Jablonec nad Nisou | Liberec | | | | |
| | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 | | | | | | AK | IP | na 1000 | AK na 1000 |
| Interná | 77 | 4 | 0,787 | 35 | 5 | 23 | 4 | 30 | 4 | 88 | 13 | 1,355 | 18 | 3 | 70 | 9 | 88 | 12 | 1,111 | 35 | 10 | 86 | 7 | 121 | 17 | 0,806 | 0,819 | 0,099 | 85,72% | 147,53% | 120,98% | 87,76% | |
| Chirurgie *) | 42 | 10 | 0,506 | 36 | 4 | 20 | 4 | 34 | 3 | 90 | 11 | 1,355 | | | 60 | 8 | 60 | 8 | 0,756 | 21 | 73 | 33 | 94 | 33 | 742 | 0,642 | 0,110 | 67,26% | 180,32% | 100,55% | 98,71% | | |
| Gynekologie | 44 | | 0,428 | 35 | | | 14 | | | 49 | | 0,658 | | | 37 | | 37 | | 0,411 | 6 | 48 | | 7 | | 54 | 7 | 0,356 | 0,421 | 0,017 | 97,76% | 150,28% | 95,98% | 81,44% |
| Pediatric | 20 | 4 | 0,233 | 20 | | | | | | 20 | | 0,268 | | | 21 | 3 | 21 | 3 | 0,267 | | 32 | 5 | 32 | 5 | 32 | 5 | 0,216 | 0,037 | 0,037 | 88,23% | 101,49% | 100,87% | 81,74% |
| Neonatologie | 16 | 4 | 0,194 | 20 | | | | | | 20 | | 0,268 | | | 13 | | 13 | | 0,144 | | 18 | 10 | 18 | 10 | 18 | 10 | 0,164 | 0,043 | 0,043 | 90,41% | 124,79% | 67,18% | 76,06% |
| Neurologie | 30 | 4 | 0,331 | 20 | | | | | | 20 | | 0,268 | | | | | | | | | 34 | 5 | 34 | 5 | 34 | 5 | 0,228 | 0,246 | 0,026 | 121,25% | 98,45% | 0,00% | 83,58% |
| ARO | 5 | | 0,049 | | 5 | | | | | 4 | | 0,121 | | 6 | | | | | | 6 | 0,067 | | | | 9 | 0,053 | 0,076 | 0,076 | 64,36% | 159,91% | 88,29% | 69,62% | |
| Ortopedie | 49 | | 0,476 | | | 20 | 20 | | | 40 | 0 | 0,537 | | | 19 | 3 | 19 | 3 | 0,245 | | 31 | 5 | 31 | 5 | 31 | 5 | 0,210 | 0,248 | 0,017 | 179,95% | 202,77% | 92,37% | 79,45% |
| 278 | 31 | 3,004 | | | | | | | | 327 | 33 | 4,831 | | | | | | 238 | 32 | 3,001 | | | | | | 384 | 91 | 2,775 | 93,87% | 150,96% | 93,77% | 86,71% | |

*) do intenzivních lůžek oboru chirurgie jsou započítána také lůžka na spinálních jednotkách (v ČR, KNL)

Komentář:

Z uvedené tabulky jasně vyplývá **výrazná kumulace akutních lůžek ve východní části kraje**, o čemž je zmínka i ve strategických dokumentech kraje - „Program rozvoje Libereckého kraje 2007 – 2013“ a „Strategie rozvoje Libereckého kraje 2006 – 2020, aktualizace 2012.

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 v Libereckém kraji (KNL +pracoviště v Turnově, NsP ČL, Nemocnice Jablonec a Nemocnice s poliklinikou v Semilech – pozn. zpracovatele). „Z pohledu VZP by plně pro potřeby regionu postačovala 3 oddělení této odbornosti.“ (zdroj – dopis ředitele Regionální pobočky pro Liberecký a Ústecký kraj, VZP ČR, MUDr. Petra Veselského, ze dne 3. 10. 2013).*

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 nařídít jakoukoliv restrukturalizaci lůžek v jiných než „krajských“ nemocnicích. Dominantní postavení mají v otázce výběru poskytovaných zdravotních služeb občanům zdravotní pojišťovny, které platí péči nakoupenou v konkrétním zdravotnickém zařízení.

2.4 Přednemocniční neodkladná péče

Významnou složkou krajského zdravotnictví je Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o. (dále jen 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**

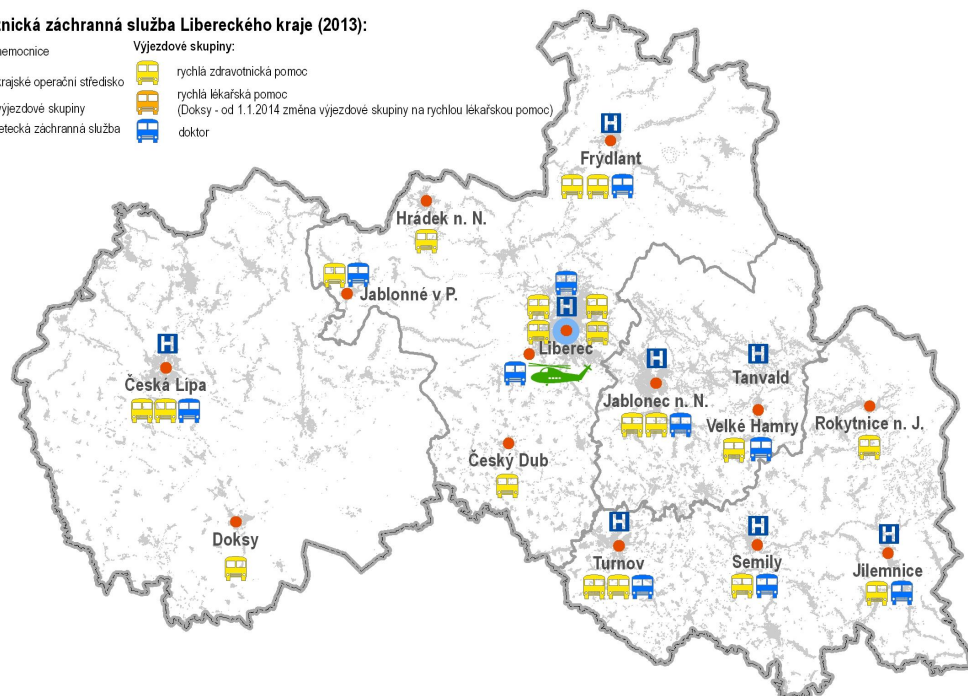
ZDRAVOTNICTVÍ

Strategie rozvoje Libereckého kraje 2006 - 2020
Mapová příloha 10



Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje (2013):

- | | | | |
|--|----------------------------|--|--|
| | nemocnice | | Výjezdové skupiny: |
| | krajské operační středisko | | rychlá zdravotnická pomoc |
| | výjezdové skupiny | | rychlá lékařská pomoc |
| | letecká záchranná služba | | (Doksy - od 1.1.2014 změna výjezdové skupiny na rychlou lékařskou pomoc) |
| | | | doktor |



0 2 4 8 12 16 km
Zdroj dat: GIS Libereckého kraje; odbor zdravotnictví
Zpracoval: odbor regionálního rozvoje a evropských projektů, Krajský úřad Libereckého kraje, prosinec 2013

Komentář:

Posádky ZZS LK pracují v tzv. setkávacím systému (rendez-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.

Posádky ZZS LK se potýkají s ne zcela plnohodnotně fungujícími tzv. „kontaktními místy“ v některých nemocnicích. Kontaktní místa jsou dle zákona o ZZS povinni zřizovat poskytovatelé akutní lůžkové péče za účelem zajištění příjmu pacienta a neodkladného pokračování v poskytování zdravotních služeb. Kontaktní místa by měla nepřetržitě spolupracovat se zdravotnickým operačním střediskem a kromě jiného zajišťovat předávání informací o počtu volných akutních lůžek.

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.

Tabulka č.: 5 Kapacitní vytiženost výjezdových skupin jednotlivých výjezdových stanovišť

| 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 | 0 | 1 |
| Český Dub RZP | 13,97% | 2353 | | |
| 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 |

Zdroj: ZZS LK

Vysvětlivky zkratk:

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – rendez-vous systém (setkávací systém lékaře s posádkou RZP)

Závěr

Jedním z ukazatelů práce ZZS LK je posuzování průměrné vytiženosti výjezdových skupin. V období 2011 – 6/2013 se vytiženost pohybovala kolem 20%, přičemž nejnižší vytiženost vykazovala výjezdová skupina RV v Jilemnici. Nejvyšší vytiženost 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.

2.5 Lidské zdroje v lůžkové péči

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

Tabulka č. 6: **Přepočtený počet lékařů na lůžkách akutní a následné péče**

| Typ lůžka | | Liberecký kraj | celá ČR |
|-----------------------------------|--|----------------|-------------|
| akutní péče | 1_1 - INTERNÍ LÉKAŘSTVÍ | 1,48 | 1,58 |
| | 1_6 – GERIATRIE | - | 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 RADIČNÍ ONKOLOGIE) | 0,14 | 0,20 |
| | 4_3 - RADIOTERAPIE A RADIČNÍ ONKOLOGIE | - | 0,06 |
| | 4_4 - DERMATOVENEROLOGIE | 0,27 | 0,14 |
| | 4_7 - NUKLEÁRNÍ MEDICINA | - | 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 MEDICINA | - | 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 - ANESTEZILOGIE A RESUSCITACE | 1,17 | 0,92 | |
| akutní péče celkem | | 9,87 | 9,92 |
| následná péče | Ošetrovatelská lůžka | 0,03 | 0,08 |
| | LDN | 0,66 | 0,61 |
| | Následná intenzivní péče | 0,06 | 0,05 |
| | Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče | 0,02 | 0,01 |
| následná péče celkem | | 0,77 | 0,75 |
| léčebné ústavy | OLÚ TRN | 0,08 | 0,05 |
| | OLÚ ostatní | 0,06 | 0,03 |
| léčebné ústavy celkem | | 0,14 | 0,08 |

Zdroj: VZP ČR

Komentář:

K 31. 12. 2012 byl v Libereckém kraji přepočtený počet lékařů na lůžkových odděleních akutní péče na 10 000 obyvatel 9,87 lékařů, což je méně 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 ve zdravotních službách 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).

2.6 Demografické ukazatele

Liberecký kraj je po Karlovarském kraji druhým nejmenším krajem ČR v počtu obyvatel. 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 (východní část kraje je starší), v dlouhodobém vývoji dochází k populačnímu stárnutí populace celého kraje

Z demografického pohledu patří Liberecký kraj spíše ke krajům s mladším obyvatelstvem (hodnoty indexu stáří 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 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 zpracovány 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 vykazuje evidence diabetiků v Libereckém kraji. V roce 2011 bylo v kraji evidováno 29 598 léčených diabetiků, v roce 2012 stoupl jejich počet na 30 979.

Závěr

Počet obyvatel v Libereckém kraji je stabilizován bez větších výkyvů. Jsou ovšem evidovány velké rozdíly ve věkové struktuře obyvatelstva.

Až na výskyt salmonelóz a planých neštovic se 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.

2.7 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.

Evropské finanční zdroje

Pro období roku 2014 se nabízí možnost spolufinancování projektů z ROP Severovýchod z dobíhajícího programového období 2007-2013, kde je možné v rámci výzev předkládat i projekty týkající se výstavby, rozšíření a modernizace zdravotnických zařízení (vč. investic do nových technologií, vybavení, zařízení a stavebních prací), a to prostřednictvím infrastrukturních projektů vedoucích ke zvýšení kvality péče o zdraví obyvatel (projekty nepodporované v rámci IOP).

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.

Krajské finanční zdroje

Také dotační fond Libereckého kraje je v rámci Programu resortu zdravotnictví, tělovýchovy a sportu zaměřen na oblast zdravotnictví, a to podprogramem č. 3.1 - Podpora ozdravných a rekondičních pobytů pro zdravotně/tělesně postižené občany, podprogramem č. 3.2 - Podpora preventivních a léčebných projektů a podprogramem č. 3.3 – Podpora osob se zdravotním postižením.

2.8 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 péčí 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 struktuře:

- 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 ošetřovací 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 VZP. Podíl pojištěnců VZP činil v roce 2012 přes 75%, což je nad celostátním průměrem.

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 ambulantní 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 překlady se v omezené četnosti vyskytly v KNL (je ovlivněno rozsahem nemocnice a poskytované péče) a v jednom případě v roce 2010 v Nemocnici Jablonec n/N. V ostatních nemocnicích se jedná většinou o maximálně dva překlady v rámci hospitalizace. Určitou výjimkou je nemocnice Turnov, kde se v roce 2011 vyskytlo 11 hospitalizací, u kterých byly tři vnitřní překlady (v roce 2010 nebyla žádná hospitalizace s překlady a v roce 2012 jedna hospitalizace se třemi překlady). U všech nemocnic tvoří naprostou převahu hospitalizace bez vnitřních překladů.

b. Závěr z analýzy efektivity případů hospitalizací:

Při posuzování ekonomické efektivity 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 velké 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 KNL. V případě KNL je však vyšší individuální základní sazba než je celostátní referenční základní sazba, tedy rozdíl je o to ponížen.

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

Z analýzy poměrného rozložení případů s komorbiditami (souběžné nemoci) a komplikacemi plyne, že žádná nemocnice nepřekročila referenční procentuální poměr. Z hlediska srovnání kraje je průměrný počet případů s komplikacemi a komorbiditami o 9, 57% (u 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.

2.9 Migrace pacientů v rámci kraje

Z podkladů dodaných Všeobecnou zdravotní pojišťovnou o migraci obyvatel Libereckého kraje za akutní péči z roku 2012 byly vytvořeny tyto závěry:

- Pacienti z okresu Liberec jsou z 80 % 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. Jedná se např. o klinickou hematologii, kardiochirurgii, nukleární medicínu, klinickou onkologii, popáleninovou medicínu 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.

Závěr

V některých oblastech se jedná 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 našem kraji (zejména v KNL). Cílem je tato nezdravá napojení eliminovat.

2.10 Zdravotnické informační systémy

Nemocnice v Libereckém kraji i zdravotnická záchraná 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. Aktivita by měla být realizována 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 záchranou službu Libereckého kraje 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. Současně by tímto způsobem mělo dojít k zlepšení spolupráce mezi ZZS LK a tzv. „kontaktními místy“ nemocnic, která záchrané službě mají předávat aktuální informace o volné lůžkové kapacitě, především pak ventilovaných intenzivních lůžek.

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. LK plánuje vybudování infrastruktury pro služby technologického centra kraje a 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. Nezanedbatelnou výhodou je i bezpečnost v uložení a tvorbě zdravotnické dokumentace z hlediska případných forezních auditů poskytnuté péče.

2.11 SWOT analýza

Silné stránky (S):

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

Slabé stránky (W):

- a. kraj není zřizovatelem všech zdravotnických zařízení v kraji, a proto nemá na „nekrajské“ nemocnice a jejich koncepční zaměření vliv,
- b. obecně nevyvážený standardní systém financování zdravotní péče v ČR vyznačující se mj. podfinancováním investičních potřeb,
- c. územní nerovnoměrnost v kapacitách pro poskytování lůžkové akutní péče,
- d. nevyužití všech možností efektivní spolupráce mezi krajskými nemocnicemi (např. společné nákupy, vzdělávání apod.),
- e. částečně nevyužitý potenciál spolupráce nemocnic a záchranné služby,
- f. nedostatek prostoru (území) pro další modernizaci a rozvoj péče v Krajské nemocnici Liberec/nedostatek prostoru pro funkční rozvoj medicíny, rozvoj specializované a superspecializované péče v KNL,
- g. migrace pacientů za péčí do sousedních krajů, a to i v péči, která je v kraji zajištěna,
- h. neexistující emergency (nejen) v KNL - kontaktní místo pro předávání pacientů,
- i. nestabilita managementu ZZS LK,
- j. nevhodné podmínky (stavební a prostorové) pro sídlo ZZS LK,
- k. nevyhovující podmínky některých výjezdových stanovišť ZZS LK,
- l. nevyvážená struktura lůžek následné péče v kraji,
- m. chybějící lůžka následné hospicové péče,
- n. nedostatek lékařů s atestací v oboru urgentní medicína,
- o. nejednotnost technologií zdravotnických informačních systémů,
- p. existující problémy s elektronickým sdílením a archivací zdravotnické dokumentace,
- q. zvyšující se průměrný věk lékařů primární péče (VPL, PLDD, ZL).

Příležitosti (O):

- a. vůle a možnost k zefektivnění celého systému zdravotnické péče v Libereckém kraji,
- b. možnost čerpání finančních prostředků z fondů EU (např. na funkční rozvoj medicíny, na specializovanou a superspecializovanou péči v KNL, přístrojové a další vybavení nemocnic včetně potřebných stavebních úprav, úspory energií na podporu výstavby nového sídla ZZS LK, na rekonstrukci či výstavbu výjezdových stanovišť ZZS LK),
- c. rozšiřování systému akreditace a řízení kvality v zařízeních zdravotní péče,
- d. zkvalitnění fungování kontaktních míst u poskytovatelů lůžkové péče (příjem pacientů od ZZS),
- e. prostor a vůle ke zlepšení spolupráce poskytovatelů akutní lůžkové péče s ZZS ve smyslu fyzické blízkosti základen a vzdělávání,
- f. realizace heliportu/dosedové plochy v KNL jako nezbytné podmínka další existence traumacentra v KNL,
- g. zavádění certifikace ZZS LK dle norem ISO 9001,
- h. poskytování lékařské pohotovostní služby jako součást tzv. „nízkoprahových příjmů“,
- i. podpora v oblasti získávání akreditací pro specializované vzdělávání,
- j. podpora rezidentských míst v oborech primární péče,
- k. možnost ovlivnit rovnoměrné rozmístění poskytovatelů VPL, PLDD, ZL při výběrových řízeních se zdravotními pojišťovnami,
- l. zvýšení efektivity poskytování zdravotních služeb v Panochově nemocnici Turnov synergii a fúzními opatřeními v rámci fúze s KNL,
- m. možnost kraje podílet se na zdravotnické legislativě prostřednictvím připomínkových řízení k zákonům a dalším právním předpisům,
- n. výchova občanů k péči o vlastní zdraví.

Ohrožení (T):

- a. nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví, zejména ve vztahu k investicím do nezbytných rekonstrukcí a nákupu nákladné přístrojové techniky,
- b. nedokončení zásadnější restrukturalizace lůžkových kapacit,
- c. zvyšování nákladů na poskytování zdravotních služeb,
- d. velmi složitá a nepřehledná zdravotnická legislativa a prováděcích předpisů vč. neznámých budoucích řešení financování (úhrady zdravotní péče),
- e. pokles počtu všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v důsledku jejich stárnutí,
- f. zvyšování disproporce v rozmístění odborných ambulantních lékařů v okresech LK.

Hlavní problémy

Na základě SWOT analýzy byly definovány problémové oblasti mající vliv na poskytování lůžkové akutní péče v kraji, ze kterých vychází řešení v rámci návrhové části. Některé z těchto problémů, které jsou řešitelné v rámci spolupráce krajské samosprávy, vedení nemocnic a jejich zřizovatelů či vlastníků, uvádíme zde:

- kraj není zřizovatelem všech zdravotnických zařízení v kraji, a proto nemá na „nekrajské“ nemocnice vliv
- existuje územní nerovnoměrnost v poskytování lůžkové akutní péče
- nevyužití všech možností efektivní spolupráce mezi krajskými nemocnicemi (např. společné nákupy, vzdělávání apod.),
- 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
- neexistující emergency (nizkoprahové urgentní příjmy jako univerzální bod pro příjem pacientů)
- neexistující kontaktní místa pro jako komunikační body pro předávání informací mezi operačním střediskem ZZS a nemocnicemi
- nejednotné a nekompatibilní informační zdravotnické systémy
- absence „Vlastnické politiky kraje“

3. NÁVRHOVÁ ČÁST

Oblast lůžkové péče a přednemocniční neodkladné péče je v současné době tou stránkou zdravotnictví v kraji, kde samospráva Libereckého kraje může uplatnit plně, částečně či pouze deklaratorně své kompetence v prosazování zájmů ve prospěch občanů kraje.

Při koordinaci činností v oblasti hospodářské, medicínské i ekonomické, efektivním a transparentním hospodařením a koordinovaným postupem při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami lze dojít k vytvoření sítě zdravotních služeb, která bude dostatečně stabilním prostředím, které neumožní vstup silných soukromých poskytovatelů zdravotních služeb.

Vizí Libereckého kraje pro období 2014 – 2020 je zajištění a udržení kvalitní dostupné péči v kraji v souladu s potřebami obyvatel kraje a s maximální efektivitou poskytovaných služeb.

Na základě analytické části a definování hlavních problémů v oblasti lůžkové péče, přednemocniční neodkladné péče a jejich vzájemných vztahů bylo definováno 5 hlavních cílů, které by měly přispět k naplnění vize:

1. Navázání intenzivnější spolupráce mezi poskytovateli lůžkové zdravotní péče v Libereckém kraji včetně vyšší míry koordinace se Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje.
2. Zajištění transparentního a efektivního hospodaření nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje.
3. Efektivní a koordinované vyjednávání všech poskytovatelů lůžkové péče na území kraje se zdravotními pojišťovnami.
4. Udržení ve veřejném vlastnictví páteřní* sítě poskytovatelů zdravotních služeb v rámci lůžkové péče.
5. Zvyšování a monitorování kvality zdravotní péče.

*páteřní sítě nemocnic se v rámci tohoto dokumentu myslí 4 nemocnice s komplexním portfoliem základních oborů (KNL, NSP ČL, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a Masarykova městská nemocnice Jilemnice)

3.1 Cíl 1 Navázání intenzivnější spolupráce mezi poskytovateli lůžkové zdravotní péče v Libereckém kraji včetně vyšší míry koordinace se Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje

Hlavním impulsem pro tvorbu Cíle1 je potřeba koordinace činností poskytovatelů akutní lůžkové péče a přednemocniční neodkladné péče, které umožní využití pozitivních efektů spolupráce, a to nejen na úrovni zdravotnické, ale i na všech ostatních úrovních – ekonomické, personální, obchodní i provozní.

Spolupráce by měla vycházet z racionálního přesvědčení zúčastněných subjektů o přínosech pro všechny organizace.

3.1.1 Vymezení vzájemné spolupráce obou nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje.

„Společný vlastník = společné cíle nemocnic“

Komentář:

Spolupráce Krajské nemocnice Liberec, a.s. s Nemocnicí s poliklinikou Česká Lípa, a.s. je tímto dokumentem předmětem politického zadání společného majoritního vlastníka.

Z pohledu managementu lze spolupracovat na bázi respektování samostatnosti obou nemocnic při poskytování základní péče ve spádových územích a respektování nadřazenosti Krajské nemocnice Liberec jako vyššího pracoviště ve většině oborů. V některých oborech je v regionu Českolipska ale vnímána dle historického regionálního členění Nemocnice Ústí nad Labem jako pracoviště vyššího typu.

S ohledem na rozdílné trendy v hospodaření obou nemocnic se ukazuje, že podstatných efektů s dopadem na změnu trendu v hospodaření NsP ČL lze dosáhnout pouze společnou koordinací a sdílením podpůrných činností.

Vedle podpůrných činností (nemedicínských) je možné využít v rámci poskytovaných zdravotních služeb společných nákupů léků či spotřebního zdravotnického materiálu apod.

Aktivita:

1. Sestavit pracovní skupiny složené z odborníků v oblastech:
 - ekonomika a finanční řízení,
 - řízení lidských zdrojů,
 - právo a veřejné zakázky,
 - controlling zdravotní péče a
 - motivovat a úkolovat obě představenstva a.s. k maximální spolupráci a veřejné komunikaci důvodů pro hledání řešení (ekonomické, personální a odborně zdravotnické).
2. Analyzovat variantní řešení právní formy „soužití“ a jejich výhody a nevýhody pro obě strany (samostatné nemocnice, holdingové řešení, společní členové orgánů společností, atp.) s detailním popsáním dopadu různých řešení. Zabývat se i variantou vstupu minoritního akcionáře/minoritních akcionářů do NsP ČL z veřejnoprávního sektoru.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: do konce roku 2014

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.1.2 Úspěšné dokončení projektu fúze KNL, a.s. a Panochovy nemocnice Turnov, s.r.o.

Komentář:

Projekt fúze KNL a Panochovy nemocnice Turnov (dále jen PNT) je sice z vnějšího pohledu „pouze“ změna vlastníka provozované nemocnice v Turnově, která ovšem synergií a fúzními opatřeními sníží náklady na podpůrné činnosti a umožní užší propojení v medicínské oblasti. Z hlediska rozsahu oborů v Panochově nemocnici Turnov lze pouze předjímat, že při splnění podmínek přílohy č. 2 ke smlouvám se zdravotními pojišťovnami dojde k prodloužení smlouvy u všech oborů na 5leté období. Teprve vlastní provozování obou nemocnic ukáže přirozenou potřebu struktury a rozsahu poskytovaných zdravotních služeb s ohledem na deklarovanou hustou síť zdravotnických zařízení v tomto regionu. Nejdůležitějším cílem do budoucna je zajištění funkčnosti akutní nemocnice se základními obory.

Aktivity:

3. Dokončit činnosti spojené s fúzí:

- připravit manažerské nadstavby pro sledování ekonomiky pro PNT (MIS ORACLE od ICZ a. s.),
- jednat s VZP o podrobných podmínkách vykazování; propojení vybrané péče a způsob nastavení limitů a úhrady, změny IČO, úprava základní smlouvy,
- schválit organizační řád sloučené nemocnice,
- sjednotit personální databáze a provést kontrolu osobních spisů,
- účetnictví PNT uzavřít do konce února 2014 (v únoru proběhne audit účetní závěrky),
- provést inventury dlouhodobého i drobného majetku a zásob v nemocnici Turnov,
- převést databáze zdravotnických prostředků,
- převést licence software z PNT na fúzovaný subjekt,
- zavést elektronický dispečink zdravotnické dopravní služby.

4. Analyzovat rozsah poskytovaných zdravotních služeb:

- zřídit odbornou pracovní skupinu s cílem definovat roli akutního lůžkového zařízení KNL, a.s. v Turnově.

Gestor: KNL

Termín: do konce roku 2014

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.1.3 Vybudování nových prostorových možností pro Krajskou nemocnici Liberec, a.s.

Komentář:

Ve zprávách primářů KNL se vyskytují opakovaně následující témata:

- centrální urgentní příjem,
- nedostatek intenzivních lůžek,
- nedostatek standardních lůžek
- nízká úroveň patientského „pohodlí“,
- nedostatek prostoru pro ambulance,
- nedostatek prostoru pro technologie,
- nedostatek operačních sálů,
- nedostatek prostoru pro nadstandardní péči,
- improvizace,
- provizorní řešení.

Z těchto důvodů nebyly zavedeny některé technologie, není umožněn rozvoj, jsou přetíženy některé provozy. Po diskuzi se více než 3/4 primářů KNL přiklonily k názoru, že je třeba zpracovat odbornou analýzu současného stavu a očekávaného vývoje jednotlivých oborů.

Z předložených analýz a komentářů vyplývá, že současný stav objektů nemocnice je pro řadu oborů omezující. Situace v mnoha oborech je dokonce na hranici hrozby pro jejich další existenci. Pro řadu problémů se v současném areálu řešení vůbec nenabízí.

Aktivity:

5. Vypracovat nezávislou studii, která posoudí vhodnost potenciálních investic v současném areálu:

- zodpovědět otázku, zda takové investice nebudou limitovány nedostatkem prostoru a zda náklady nebudou navíc zvyšovány stavebně technickými problémy,
- dokument má posloužit k tomu, aby v brzké době bylo možno rozhodnout o tom, kterou cestou se nemocnice vydá: zda bude investovat ve stávajícím areálu nebo dá přednost výstavbě zařízení nového,
- posoudit reálné možnosti výstavby,
- analyzovat dostupné finanční zdroje a finanční nástroje
- rozvoj krajské nemocnice řešit v souvislosti s provozem polikliniky a ZZS LK.

Gestor: KNL

Termín: 06/2014

Financování: vícezdrojové financování (fondy EU, příp. Norské a Švýcarské fondy, vlastní prostředky...)

3.1.4 Nastavení spolupráce s ostatními nemocnicemi (nová dělba práce, komplexní řešení restrukturalizace sítě, včetně jednodenní péče na lůžku, spojeného lůžkového fondu, následné a dlouhodobé péče).

Komentář:

Vzhledem k odlišnosti vlastníků a zodpovědnosti každého managementu všech zdravotnických zařízení na území LK nelze očekávat žádné zásadní koncepční dohody, které by byly založeny na přirozené potřebě rozsahu poskytované péče v kraji. Vždy se bude jednat o postup suverénního vedení nemocnice se zástupci zdravotních pojišťoven o případné restrukturalizaci péče v daném zařízení, většinou bez přítomnosti jiných ZZ v kraji. Návrhy řešení musí být dohodou také suverénní, nicméně koncepční a danou znalostí chodu nemocnice, potřeby ze strany pacientů a schopnosti zajistit efektivní provoz. Některá témata lze koncepčně na úrovni kraje řešit a k diskusi je třeba přizvat všechny dotčené subjekty, jako např. pro řešení protialkoholní záchytné stanice se jedná o ředitele nemocnic, ZZS LK, Policii ČR, Městskou policii atd.

Pro řešení problémů v oblasti poskytování zdravotní péče v regionu Libereckého kraje je nezbytné v rámci jednání s poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami dosáhnout úpravy naprosto nevyrovnaného množství lůžek (a tedy i poskytovaného objemu) akutní lůžkové péče mezi východní a západní polovinou kraje s logickou kumulací centrové specializované péče v Krajské nemocnici Liberec. Pro prakticky všechny odbornosti je dostupnost akutní lůžkové péče ve východní části regionu při přepočtu na obyvatele 1,5 až několikanásobně vyšší než v západní části regionu. Nicméně tato skutečnost automaticky neznamená, že je tento objem nabízené péče efektivně konzumován pacienty. Tedy zda jde vždy o péči odůvodněnou a efektivní.

Následně je pak potřeba zajistit - optimálně smluvním vztahem (dohodou o spolupráci) - zdravotnická zařízení páteřní sítě tak, aby běžná péče logicky probíhala ve spádech jednotlivých zařízení, a to včetně přípravy na specializovanou péči v centru (KNL), kam by měli být pacienti ze spádu LK primárně referováni. Další zajištění postspecializační a následné péče pak opětovně v jednotlivých spádových zařízeních krajské sítě, kam by měli být pacienti po provedení specializovaného zákroku v centru (KNL) zpět předáni. Tímto by byl zajištěn dostatečný přísun finančních prostředků ze zdravotního pojištění jak pro centrovou, tak pro spádové nemocnice. Je však nutno brát ohled na aktuální úhradový mechanismus.

Aktivity:

6. Vytvořit pracovní skupinu ze zástupců poskytovatelů všech nemocnic s cílem dopracovat následující řešení:
 - zajistit dohodu o přechodu a dělbě části činností chirurgických oborů na systém jednodenní chirurgie,
 - koordinovat zřízení společných lůžkových fondů různých odborností,
 - jednat společně (v rámci nemocnic v LK) ve věci přednemocniční neodkladné péče, využití a počtu intenzivních lůžek,
 - zajistit - optimálně smluvním vztahem (dohodou, deklarací či memorandem) – v rámci zdravotnických zařízení tzv. páteřní síť tak, aby běžná péče probíhala ve spádech jednotlivých zařízení, a to včetně přípravy na specializovanou péči v centru (KNL), kam

- by měli být pacienti ze spádu v Libereckém kraji primárně směřováni,
- zajistit postspecializační a následnou péči opětovně v jednotlivých spádových zařízeních krajské sítě, kam by měli být pacienti po provedení specializovaného zákroku v centru (KNL) zpět předáni. Tímto by byl zajištěn dostatečný přísun finančních prostředků ze zdravotního pojištění jak pro centrální (specializovanou) nemocnici, tak pro spádové nemocnice.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: 06/2015

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.1.5 Nastavení spolupráce s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby.

Komentář:

ZZS LK může být velmi autonomní organizace na nemocnicích prakticky nezávislá (jako doposud) nebo může být s nemocnicemi úzce propojena v jednotlivých oblastech a může být společně určována strategie odborných guidelineů, odměňování, přesčasové práce, nákupů SZM, léčiv atd.

S ohledem na skutečnost přímého řízení této příspěvkové organizace ze strany Libereckého kraje je míra případné dohody na efektivním „soužití“ ZZS LK a akutních nemocnic v Libereckém kraji více než možná.

Z pohledu KNL je určitě rizikovým místem neexistence jednoho emergency (urgentní příjem) - místo pro předávání pacientů, na jehož projektu se začíná pracovat. Pro zlevnění a zjednodušení práce zdravotníků ZZS LK a nemocnic je vhodné sjednotit používané materiály a léky, což se nyní připravuje.

Spolupráce mezi Nemocnicí s poliklinikou Česká Lípa, a.s. a ZZS LK probíhá bez větších provozních obtíží a to i díky funkčnímu emergency (jedinému v LK). Aktuálně je v řešení možný přesun výjezdového stanoviště ZZS LK Česká Lípa do areálu bývalé dopravy, který by po provedení částečné rekonstrukce zajistil nejen kvalitní výjezdovou základnu pro ZZS LK se snížením provozních nákladů, ale zároveň i smysluplné využití naddimenzovaného areálu NsP ČL.

Spolupráci ZZS LK a lůžkových zařízení lze dále realizovat ve sdílení systémů řízení kvality, naplňování akreditačních standardů, výchově a vzdělávání zdravotníků (stáže, kurzy, společné semináře – zavedeno s KNL), společné řešení grantových programů z oblasti neodkladné péče atd.

Aktivity:

7. Sestavit pracovní skupinu pro řešení mj. následujících úkolů:

- z pohledu zákonné dojezdové doby zdravotnické záchranné služby – (20 min.) –

přehodnotit umístění některých výjezdových základen a způsob výkonu činnosti výjezdových skupin R-V, RLP, RZP,

- zřídit v nemocnicích (zejména v těch, které patří do páteřní sítě) v souladu se zákonem fungující tzv. kontaktní místa pro zjednodušení komunikace mezi ZZS LK a nemocnicí,
- klást trvale důraz, aby ZZS LK naplňovala úkoly vyplývající z § 2 a z § 3 zákona o ZZS a nenahrazovala zdravotnickou dopravní službu anebo návštěvní službu praktických lékařů,
- zajistit úzkou spolupráci dispečinku s praktickými lékaři a jejich prostřednictvím zprostředkovávat návštěvní službu, k níž jsou zákonem určeni,
- dispečink musí zajistit vyšší podíl dopravních zdravotních služeb na dopravě nemocných a raněných,
- nastavit spolupráci s nemocnicemi tak, aby vhodní lékaři a záchranáři sloužící v nemocnici byli v případě výjezdu použiti v ZZS LK (nemocnice se stanou nástupištěm pro zahájení výjezdu); přínosem je trvalá a kontinuálně zvyšovaná erudice lékařů; podmínkou jsou smluvní ujednání mezi ZZS a nemocnicí, že se lékař po dobu výjezdu stává zaměstnancem ZZS bez nároku na refundaci mzdy,
- řešit platové zařazení lékařů ZZS LK vs. lékařů v nemocnicích, definovat pravidla,
- zajistit umístění výjezdových základen do těsné blízkosti (nebo uvnitř) zdravotnických zařízení, nemocnic, poliklinik s cílem vytvořit podmínky pro lepší spolupráci a vzájemnou pomoc (např. stravování posádek ZZS LK),
- zhodnotit možnost využití výjezdových skupin ZZS LK sídlících v areálech nemocnic pro výkon LPS, čímž by mohlo dojít k úspoře na dotacích ze strany LK na straně jedné a ke zvýšení příjmů ZZS LK od zdravotních pojišťoven na straně druhé,
- sjednotit databázi používaných materiálů a léčiv mezi ZZS LK a KNL, a.s. s cílem zlevnit a zjednodušit práci zdravotníků,
- vyhodnotit možný přesun výjezdového stanoviště ZZS LK Česká Lípa do areálu bývalé dopravy.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: do konce roku 2014

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.1.6 Koordinace spolupráce lůžkových zařízení s poskytovateli ambulantní primární a specializované péče.

Komentář:

S ohledem na zrušení subordinací ve zdravotnictví se jedná o velmi komplikovanou oblast. Spolupráce je samozřejmě možná, nicméně ze strany ambulantních poskytovatelů je velmi často zneužívána pro neodůvodněné odesílání finančně nákladných pacientů z ambulantní péče. V případě jejich odmítnutí, pak odesílání kompletního spektra pacientů do jiného zařízení. Tato praxe jistě postihuje jak NsP ČL, tak KNL, a prakticky se jedná o obtížně ovlivnitelnou záležitost. Spolupráce se tak odehrává na základě osobních styků a znalostí lékařů jednotlivých odborností.

Aktivity:

8. Postavit vztah s primárním sektorem na roli, kterou obecně hrají nemocnice v dané oblasti, jako centra zdravotní péče v regionu.
9. Založit strategii budování vztahu lůžkových odborností ke „svému“ vnějšímu ambulantnímu okolí na partnerství a spolupráci.
10. V rámci Strategie, kterou nemocnice zpracovávají (nebo by zpracovávat měly), zařadit kapitolu o partnerství s ambulantním sektorem a způsobech jeho budování.

Gestor: jednotlivé nemocnice

Termín: průběžně

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.1.7 Rozvoj zdravotnických informačních systémů (IS) v kraji.

Komentář:

Cílem podpory IS je zvýšení kvality a efektivity zdravotní péče v kraji při zásazích ZZS LK, která pomocí „emergency informací“ bude mít maximum informací o pacientovi. Výjezdová jednotka ZZS LK pak předá požadované informace do cílové nemocnice, a to ještě před příjezdem pacienta. Dalším cílem je zvýšení spolupráce mezi nemocnicemi a zvýšení efektivity léčby díky možnosti elektronického posílání žádanek/výsledků a předávání ambulantních a hospitalizačních zpráv mezi nemocnicemi, a to i v rámci péče specializovaných a superspecializovaných center v KNL.

Bezpečný archiv zdravotnické dokumentace jako služba technologického centra kraje přinese zvýšení bezpečnosti zdravotnických dat, možnost přechodu k bezpapírové nemocnici, lepší dohledatelnost zdravotnické dokumentace a EHR (elektronické zdravotní záznamy) pro zdravotnická zařízení Libereckého kraje.

Aktivity:

11. Podporovat podaný projekt do 19. kontinuální výzvy IOP pro oblast intervence 2.1. *Zavádění ICT v územní veřejné správě* za dohodnutých podmínek s nemocnicemi v Libereckém kraji.
12. Vytvořit a podporovat pracovní skupinu pro zajištění dohody a shody všech partnerů – nemocnic v LK a ZZS LK a definování potřeb LK v rámci tohoto projektu.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: 6/2015

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.2 Cíl 2 Zajištění transparentního a efektivního hospodaření nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje

Komentář:

Jednou ze základních podmínek konkurenceschopnosti ve zdravotnictví a udržení dostupnosti a rozsahu poskytované péče je nastavení podmínek, které povedou k transparentnímu, efektivnímu a hospodárnému využívání finančních prostředků.

Hlavním mottem této koncepce je koordinace činností subjektů, která umožní využití pozitivních efektů spolupráce, a to na všech úrovních – ekonomické, hospodářské i medicínské. Spolupráce by měla vycházet z dobrovolnosti pramenící z racionálního přesvědčení zúčastněných subjektů o přínosech pro všechny organizace.

Těmito subjekty jsou zejména Liberecký kraj, Krajská nemocnice v Liberci se svými dceřinými společnostmi a včetně Panochovy nemocnice Turnov, Nemocnice s poliklinikou v České Lípě, Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje.

3.2.1 Efektivní a transparentní řízení akciových společností.

KNL a NsP ČL mají formu akciových společností. Řízení akciových společností obecně, stejně jako uplatňování vůle zřizovatele v příspěvkových organizacích naráží na řadu rizik a problémů jak s transparentností, tak se samotným výkonem správy v těchto společnostech. Jednou z příčin je nedokonalost přenosu informací z jedné řídicí úrovně na druhou, kdy jedna je politická a druhá manažerská.

V obchodních společnostech ve zdravotnictví s majoritním podílem kraje nemá jít pouze o dosahování zisku, ale spíše o dosažení přiměřeného hospodářského výsledku s ohledem na dostupnost a kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče.

Vize společností a jejich cíle jsou určovány převážně ve společnostech samotných, bez aktivního zapojení kraje. O vizích a cílech nejsou informováni zastupitelé, chybí periodické vyhodnocování plnění cílů orgány Kraje. I díky tomu není jasně zřejmé, které managementy jsou úspěšné v plnění úkolů a které nikoliv. Díky tomu je proces hodnocení managementů značně politizován a profesionální přístup je spíše důsledkem individuálního přístupu jednotlivých zaangażovaných aktérů než dobře nastaveného systému řízení.

Společným jmenovatelem těchto problémů je absence vlastnické politiky Kraje. Vlastnickou politikou kraje rozumíme strategický dokument určující cíle organizace (zisk, veřejná služba...) a její roli v systému zdravotnictví Libereckého kraje. Vlastník - nikoliv firma – v něm určuje, co má společnost dělat, v jakém je stavu a kam by měla dojít v horizontu +/- 4-6 let. Vlastnická politika se stane integrální součástí těchto „Zásad řízení zdravotnictví“. Vlastnická politika nesmí sloužit k ovlivňování každodenních rozhodnutí uvnitř a.s. (tzv. obchodní řízení společnosti), nerušit jejich autonomii, pouze definovat cíle eventuálně základní principy fungování.

Prvním krokem pro vytvoření vlastnické politiky by mohl být soubor základních strategických cílů zdravotnických organizací s majoritním podílem kraje spolu se základními tezemi projektů ředitelů z výběrových řízení, se kterými se jak politická reprezentace Kraje, tak Krajského úřadu, ztotožňuje. Tyto cíle by měly získat hierarchii jak podle časového hlediska (dlouhodobých –

střednědobých - krátkodobých), tak podle stupně závažnosti (určení priorit). Na vytváření první vlastnické politiky by se měly podílet představenstva, dozorčí rady, Krajský úřad a politická reprezentace kraje.

Vlastnická politika a její vyhodnocování by měla být veřejně přístupná, nejlépe na internetu, měla by být schválena orgány Kraje. Jedná se o základní dokument, který určuje představu vlastníka o směřování firmy. Jeho pravidelné hodnocení by mělo být poskytováno zastupitelstvu LK.

3.2.2 Vytvoření pravidel pro transparentnost ve veřejných zakázkách

Zadávání zakázek ve zdravotnických organizacích (obchodních společnostech) Libereckého kraje ne vždy sleduje zásady dobré praxe podle principů hospodárnosti, efektivity a účelnosti (3E). Metodická i přímá podpora kraje by měla zahrnovat také posuzování významnějších veřejných zakázek z pohledu principů 3E tak, aby vypisované zejména nadlimitní veřejné zakázky vedly k naplňování Vlastnické politiky kraje, rozvíjely organizace a zabezpečovaly jejich provoz, a to za splnění podmínky hospodárnosti a efektivity.

Aktivity:

13. Vytvořit strategický dokument nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje („Vlastnická politika“) a v něm:

- nastavit pravidla transparentního řízení společnosti,
- popsat obsazování dozorčích rad a představenstev a pravidla odměňování,
- popsat uplatňování zákona o zadávání veřejných zakázek,
- popsat uplatňování zákona č. 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím,
- popsat podmínky uzavírání smluv s jinou osobou na zajištění činností (outsourcing),
- definovat kontrolní činnost kraje nad dodržováním „Vlastnické politiky“ a v rámci poskytnutých dotací z krajského rozpočtu (viz zákon o finanční kontrole).

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: do konce roku 2014

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.3 Cíl 3 Efektivní a koordinované vyjednávání se zdravotními pojišťovnami

Komentář:

Vzájemnou koordinaci zdravotnických zařízení při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami, vydefinováním požadavků na lékařskou péči a zastupováním většinové spádové oblasti Libereckého kraje nastavit pozici vyrovnaných partnerů, kde oboustranným zájmem je spokojený společný klient – pacient. Základem zdravotní péče je prevence a včasný záchyt onemocnění, zdravý životní styl. To je úkolem primární péče a politických reprezentací.

Jedním z cílů zdravotní péče je včasná, rychlá a správná diagnostika s navazující odpovídající požadovanou léčbou. Včasná a správná diagnostika vede k racionální léčbě a ke snižování nákladů.

Základní premisou zdravotní politiky kraje ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a poskytovateli by mělo být mimo jiné soustředění diagnostické péče (tzv. nákladné přístrojové techniky) do páteřních nemocnic.

Nákladná technika by měla být soustřeďována a obnovována v těchto nemocnicích, neboť mají největší kapacitní předpoklady pro její maximální využití. Dotační zdroje na nákupy nákladné techniky (ROP, IOP) musí podléhat supervizi kraje. Minimálně by krajská samospráva měla být informována o záměrech nemocnic či jejich vlastníků (veřejnoprávních korporací zejména) ucházet se o dotaci.

Jedná se zejména o následující druhy přístrojů: počítačový tomograf, magnetickou rezonanci, angiografické a kardioangiografické přístroje, terapeutický ozařovač, RTG simulátor pro radioterapii, RTG skiaskopicko-skiagrafický přístroj s velkou rozlišovací schopností, gamakamera, PET kamera, včetně hybridních systémů, lithotryptor (neinv. na principu rázové vlny), hyperbarická komora, mamografický rtg přístroj, hemodialyzační lůžka a hemodialyzační monitory, plánovací 3D systém pro radioterapii, rtg celotělový dvoufotonový kostní denzitometr, operační lasery, systémy pro peroperační navigaci a přístroje pro chirurgickou robotiku.

V případě, že tyto zájmy budou společnou platformou nemocnic v kraji, bude tímto hájit i zájmy jednotlivých nemocnic. Řada jednání se zdravotními pojišťovnami se nyní dějí ad hoc a pouze v rámci zájmu konkrétního poskytovatele lůžkové zdravotní péče. Dle hesla „Co si kdo vyjednává, to má“. Tato praxe vede k zásadní roztržitosti a nekonceptnosti poskytované péče, která sice mnohdy vede ke krátkodobému úspěchu a spokojenosti části obyvatel ve spádové oblasti nemocnice, nicméně z globálního pohledu na potřeby „krajského zdravotnictví“ je silně nekonceptní a vytváří značnou entropii a nesoulad.

Z provedené analýzy se jeví jako konsensuální věnovat se v rámci této politiky:

- vhodné struktury následné péče (sociální, rehabilitační) a intenzivní následné péče (NIP); Liberecký kraj netrpí absolutním nedostatkem lůžek následné péče, jedná se o jejich nevhodné zaměření a chybějí především lůžka zdravotně-sociální,
- vybudování plnohodnotného infekčního oddělení,
- zařazení KNL, a.s. mezi perinatologická centra,
- zřízení oddělení akutní geriatrické,

Aktivity:

14. Reprezentovat v rámci jednání se zástupci zdravotních pojišťoven a při výběrových řízeních vždy zájmy vycházející z provedené analýzy a tedy i potřeb kraje jako celku.

15. Vytvořit pracovní skupinu složenou z ředitelů nemocnic nebo lékařských ředitelů (lékařských náměstků) a zástupce ZZS LK pro získání odborně podloženého stanoviska kraje před výběrovým řízením a jednání na zdravotních pojišťovnách, a to nejen v rámci lůžkových oborů, ale i v případě vzniku externích ambulancí, které by se mohly dotknout činnosti nemocnice (nemocnic) s cílem:

- zaměřit se na vhodnou strukturu lůžek následné péče (následná léčebná, rehabilitační a ošetrovatelská lůžka) a lůžek NIP,
- podpořit vznik standardního infekčního oddělení včetně JIP,
- vytvořit podmínky pro vznik oddělení akutní geriatry v kraji.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: trvale

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.4 Cíl 4: Udržení ve veřejném vlastnictví páteřní síť poskytovatelů zdravotních služeb v rámci lůžkové péče.

Komentář:

Liberecký kraj považuje zdravotnictví za veřejnou službu. Zejména pak poskytování lůžkové zdravotní péče v páteřních nemocnicích by mělo zůstat pod zásadním vlivem veřejnoprávních korporací (kraje a měst). V rámci dohodnuté a odsouhlasené spolupráce nemocnic, ve kterých má kraj účast, se nepředpokládá prodej ani pronájem nemocnic a jejich částí do soukromých rukou. Je dobré dosáhnout shody na úrovni veřejnoprávních vlastníků nemocnic o zamezení případného outsourcingu některých aktuálně nevýnosných oborů do soukromých rukou. Cílem je hledat řešení ve spolupráci zejména tzv. páteřních nemocnic.

Aktivity:

16. Trvalá podpora krajské samosprávy zachování Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. a Krajské nemocnice Liberec, a.s. ve veřejném vlastnictví.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: trvale

Financování: v případě dobrého hospodaření nemocnic bez nároku na rozpočet Libereckého kraje.

3.5 Cíl 5 Zvyšování a monitorování kvality zdravotní péče

Komentář:

S efektivitou poskytované zdravotní péče jde ruku v ruce řízení a sledování kvalitní a zároveň bezpečné péče. Základním systémem řízení kvality ve zdravotnictví je proces akreditace. Jedná se o dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit shodu či neshodu s hodnotícími standardy v dané oblasti poskytování zdravotní péče.

Součástí akreditačního procesu je požadavek sledování spokojenosti pacientů a hodnocení tzv. kvality pracovního života a právě Liberecký kraj dlouhodobě podporuje tímto směrem zaměřené projekty Kvalita očima pacientů a Kvalita pracovního života ve zdravotnických zařízeních.

Liberecký kraj podporuje nejen zdravotnická zařízení, v nichž je zřizovatelem, ale podporuje i ostatní nemocnice, které poskytují zdravotní služby občanům kraje, neboť si je vědom, že podporou kvality zdravotní péče prospívá všem občanům.

Certifikace je obdobný proces jako akreditace. Zaměřuje se především na řízení procesů. Certifikace poskytuje ubezpečení, že procesy jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Nejznámější a nejpoužívanější certifikace je dle jakosti ISO, jehož základem je norma ČSN EN ISO 9001:2009. Tento model je postaven na standardizaci, sledování a hodnocení všech procesů ovlivňujících kvalitu výsledné služby.

Aktivity:

17. Podporovat (i finančně) proces implementace Strategii zavádění a udržení systému řízení a zajišťování kvality péče

18. Usilovat o navázání procesu akreditace na systém úhrad plátců péče (zdravotní pojišťovny).

19. Podpořit rozhodovací proces pacienta v závislosti na zveřejňovaných informacích o hodnocení kvality péče.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: průběžně

Financování: z rozpočtu LK (600.000,- Kč/rok)

4. Pravidla pro monitorování plnění aktivit

Z problémové analýzy bylo stanoveno celkem 5 Cílů s příslušnými aktivitami, termíny, gestory a nároky na finance. K monitorování těchto Cílů ustanovuje tento dokument jako nejvyšší autoritu pracovní skupinu, která je totožná s realizačním týmem tohoto dokumentu. Tato pracovní skupina bude vydávat cestou odboru zdravotnictví 1x za kalendářní rok „Zprávu o naplňování Zásad řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče a ve vztahu k ZZS LK „ (dále jen „Zpráva“).

Podklady pro „Zprávu“ připraví vždy jednotlivé pracovní skupiny. Zpráva bude obsahovat slovní vyhodnocení naplnění aktivit, objem finančních prostředků vynaložených na realizaci aktivit a návrh na případné nezbytné změny opatření či aktivit. Ve „Zprávě“ se bude hodnotit také práce jednotlivých pracovních skupin.

„Zpráva“ bude předložena k projednání Výboru zdravotnictví, Radě a Zastupitelstvu LK.

Dokument navrhuje vytvořit následující pracovní skupiny (souhrn):

- A. Pracovní skupiny pro řešení efektivní spolupráce mezi NsP ČL a KNL složené z odborníků v oblastech
 - a. ekonomika a finanční řízení
 - b. řízení lidských zdrojů
 - c. právo a veřejné zakázky
 - d. controlling zdravotní péče
 - e. motivovat a úkolovat obě představenstva a.s. k maximální spolupráci a veřejné komunikaci důvodů pro hledání řešení (ekonomické, personální a odborně zdravotnické).
- B. Pracovní skupina pro analýzu rozsahu poskytovaných zdravotních služeb v turnovské nemocnici s cílem definovat roli pracoviště KNL, a.s. v Turnově.
- C. Pracovní skupina pro zpracování podkladů pro možnou realizaci výstavby nového sídla KNL
- D. Pracovní skupina ze zástupců – zdravotníků všech nemocnic s cílem dopracovat následující řešení:
 - zajistit dohodu o přechodu a dělbě části činnosti chirurgických oborů na systém jednodenní chirurgie,
 - koordinovat zřízení společných lůžkových fondů různých odborností,
 - jednat společně (v rámci nemocnic v LK) ve věci přednemocniční neodkladné péče, využití a počtu intenzivních lůžek,
 - zajistit - optimálně smluvním vztahem (dohodou, deklarací či memorandem) – v rámci zdravotnických zařízení tzv. páteřní síť tak, aby běžná péče probíhala ve spádech jednotlivých zařízení, a to včetně přípravy na specializovanou péči v centru (KNL), kam by měli být pacienti ze spádu v Libereckém kraji primárně směřováni,
 - navrhnout systém postspecializační a následné péče pak opětovně v jednotlivých spádových zařízeních krajské sítě, kam by měli být pacienti po provedení specializovaného

zároku v centru (KNL) zpět předání. Tímto by byl zajištěn dostatečný přísun finančních prostředků ze zdravotního pojištění jak pro centrální (specializovanou) nemocnici, tak pro spádové nemocnice.

E. Pracovní skupina pro řešení mj. následujících úkolů v rámci přednemocniční neodkladné péče:

- z pohledu zákonné dojezdové doby zdravotnické záchranné služby – (20 min.) – přehodnotit umístění některých výjezdových základen a způsob výkonu činnosti výjezdových skupin R-V, RLP, RZP,
- zřídit v nemocnicích (zejména páteřní sítě) v souladu se zákonem fungující tzv. kontaktní místa pro zjednodušení komunikace mezi ZZS LK a nemocnicí,
- klást trvale důraz, aby ZZS LK naplňovala úkoly vyplývající z § 2 a z § 3 zákona o ZZS a nenahrazovala zdravotnickou dopravní službu anebo návštěvní službu praktických lékařů,
- zajistit úzkou spolupráci dispečinku s praktickými lékaři a jejich prostřednictvím zprostředkovávat návštěvní službu, k níž jsou zákonem určeni,
- dispečink musí zajistit vyšší podíl dopravních zdravotních služeb na dopravě nemocných a raněných,
- nastavit spolupráci s nemocnicemi tak, aby vhodní lékaři a záchranáři sloužící v nemocnici byli v případě výjezdu použiti v ZZS LK (nemocnice se stanou nástupištěm pro zahájení výjezdu); přínosem je trvalá a kontinuálně zvyšovaná erudice lékařů; podmínkou jsou smluvní ujednání mezi ZZS a nemocnicí, že se lékař po dobu výjezdu stává zaměstnancem ZZS bez nároku na refundaci mzdy,
- řešit platové zařazení lékařů ZZS LK vs. lékařů v nemocnicích, definovat pravidla,
- zajistit umístění výjezdových základen do těsné blízkosti (nebo uvnitř) zdravotnických zařízení, nemocnic, poliklinik s cílem vytvořit podmínky pro lepší spolupráci a vzájemnou pomoc (např. stravování posádek ZZS LK),
- zhodnotit možnost využití výjezdových skupin ZZS LK sídlících v areálech nemocnic pro výkon LPS, čímž by mohlo dojít k úspoře na dotacích ze strany LK na straně jedné a ke zvýšení příjmů ZZS LK od zdravotních pojišťoven na straně druhé,
- sjednotit databázi používaných materiálů a léčiv mezi ZZS LK a KNL, a.s. s cílem zlevnění a zjednodušení při práci zdravotníků,
- vyhodnotit možný přesun výjezdového stanoviště ZZS LK Česká Lípa do areálu bývalé dopravy.

F. Pracovní skupina pro zajištění dohody a shody všech partnerů – nemocnic v LK a ZZS LK a definování potřeb LK v rámci projektu *Zavádění ICT v územní veřejné správě*.

G. Pracovní skupina složená z ředitelů nemocnic nebo lékařských ředitelů (náměstků pro LPP) a zástupce ZZS LK pro získání odborně podloženého stanoviska kraje před výběrovým řízením a jednání na zdravotních pojišťovnách, a to nejen v rámci lůžkových oborů, ale i v případě vzniku externích ambulancí, které by se mohly dotknout činnosti nemocnic (nemocnice) s cílem:

- zaměřit se na vhodnou strukturu lůžek následné péče (následná léčebná, rehabilitační a ošetrovatelská lůžka) a lůžek NIP (následná intenzivní /ošetrovatelská/ péče),
- podpořit vznik standardního infekčního oddělení včetně JIP,
- vytvořit podmínky pro vznik oddělení akutní geriatry v kraji.

5. Přílohy

5.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam zkratk

Příloha č. 2: Seznam analytických podkladů

Příloha č. 1: Seznam použitých zkratk

| | |
|----------|--|
| ARO | anestezio - resuscitační oddělení |
| a.s . | akciová společnost |
| ČL | Česká Lípa |
| ČR | Česká republika |
| DIOP | dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče |
| DRG | Diagnosis Related Group, jednotný systém klasifikace |
| EHR | elektronické zdravotní záznamy |
| EU | Evropská unie |
| IOP | integrováný operační program |
| IP | intenzivní péče |
| IR – DRG | Internationally Refined Diagnosis Related Group |
| IS | informační systém |
| IZS | integrováný záchranný systém |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| KEP | klinicko – ekonomické profily |
| KNL | Krajská nemocnice Liberec |
| LDN | léčebna dlouhodobě nemocných |
| LK | Liberecký kraj |
| LPS | lékařská pohotovostní služba |
| MZ | Ministerstvo zdravotnictví |
| NIP | následná intenzivní péče |
| NNO | nestátní nezisková organizace |
| NsP ČL | Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa |
| OLÚ | odborný léčebný ústav |
| ORL | otorinolaryngologie |
| ORP | obce s rozšířenou působností |
| PLDD | praktické lékařství pro děti a dorost |
| PNT | Panochova nemocnice Turnov |
| RLP | rychlá lékařská pomoc |

| | |
|--------------|---|
| RV | rendez-vous, setkávací systém posádky rychlé zdravotnické pomoci (řidič ZZS, záchranář) s lékařem |
| RZP | rychlá zdravotnická pomoc |
| SEA | hodnocení vlivů koncepce na životní prostředí |
| TBC | tuberkulóza |
| TRN | tuberkulóza a respirační nemoci |
| TU v Liberci | Technická univerzita v Liberci |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| VPL | všeobecné praktické lékařství |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna |
| ZL | zubní lékař |
| ZP | zdravotní pojišťovna |
| ZULP | zvlášť účtovaný léčivý přípravek |
| ZUM | zvlášť účtovaný materiál |
| ZZ | zdravotnické zařízení |
| ZZS LK | Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje |

Příloha č. 2: Seznam analytických materiálů

Analýza objemu zdravotní péče v nemocnicích Libereckého kraje, zpracovaná firmou SW Lab s. r. o., říjen 2013.

Analýza VZP - kapacita lůžkových zdravotnických zařízení LK v jednotlivých oborech a formách lůžkové péče k 31. 12. 2012, září 2013.

Analýza VZP - migrace pacientů v rámci hospitalizační péče za rok 2012, říjen 2013.

Dopis ředitele Regionální pobočky pro Liberecký a Ústecký kraj, VZP ČR, MUDr. Petra Veselského, ze dne 3. 10. 2013.

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. ÚVOD | 1 |
| 2. ANALYTICKÁ ČÁST | 3 |
| 2.1 Východiska | 3 |
| 2.1.1 Legislativa | 3 |
| 2.1.2 Koncepční dokumenty kraje | 4 |
| 2.2 Popis současného stavu zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče | 5 |
| 2.3 Lůžkový fond v nemocnicích s akutní péčí v Libereckém kraji | 10 |
| 2.4 Přednemocniční neodkladná péče | 17 |
| 2.5 Lidské zdroje v lůžkové péči | 21 |
| 2.6 Demografické ukazatele | 23 |
| 2.7 Finanční zdroje | 25 |
| 2.8 Analýza poskytnuté zdravotní péče v nemocnicích v Libereckém kraji | 26 |
| 2.9 Migrace pacientů v rámci kraje | 29 |
| 2.10 Zdravotnické informační systémy | 30 |
| 2.11 SWOT analýza | 31 |
| 3. NÁVRHOVÁ ČÁST | 36 |
| 3.1 Cíl 1 Navázání intenzivnější spolupráce mezi poskytovateli lůžkové zdravotní péče v Libereckém kraji včetně vyšší míry koordinace se Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje | 37 |
| 3.1.1 Vymezení vzájemné spolupráce obou nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje | 37 |
| 3.1.2 Úspěšné dokončení projektu fúze KNL, a.s. a Panochovy nemocnice Turnov, s.r.o... .. | 38 |
| 3.1.3 Vybudování nových prostorových možností pro Krajskou nemocnici Liberec, a.s..... | 39 |
| 3.1.4 Nastavení spolupráce s ostatními nemocnicemi (nová dělba práce, komplexní řešení restrukturalizace sítě, včetně jednodenní péče na lůžku, spojeného lůžkového fondu, následně a dlouhodobé péče)..... | 40 |
| 3.1.5 Nastavení spolupráce s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby. | 41 |
| 3.1.6 Koordinace spolupráce lůžkových zařízení s poskytovateli ambulantní primární a specializované péče..... | 42 |
| 3.1.7 Rozvoj zdravotnických informačních systémů (IS) v kraji. | 43 |
| 3.2 Cíl 2 Zajištění transparentního a efektivního hospodaření nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje | 44 |
| 3.2.1 Efektivní a transparentní řízení akciových společností..... | 44 |
| 3.2.2 Vytvoření pravidel pro transparentnost ve veřejných zakázkách..... | 45 |
| 3.3 Cíl 3 Efektivní a koordinované vyjednávání se zdravotními pojišťovnami..... | 46 |
| 3.4 Cíl 4: Udržení ve veřejném vlastnictví páteřní síť poskytovatelů zdravotních služeb v rámci lůžkové péče. | 48 |
| 3.5 Cíl 5 Zvyšování a monitorování kvality zdravotní péče | 49 |
| 4. Pravidla pro monitorování plnění aktivit | 50 |
| 5. Přílohy..... | 52 |
| 5.1 Seznam příloh..... | 52 |