

**ZÁSADY ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICTVÍ V LIBERECKÉM KRAJI
V OBLASTI LŮŽKOVÉ PÉČE
VČETNĚ NÁVAZNOSTI NA ZDRAVOTNICKOU
ZÁCHRANNOU SLUŽBU
V OBDOBÍ 2014-2020**

Dokument Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče včetně návaznosti na zdravotnickou záchrannou službu v období 2014-2020 byl schválen Zastupitelstvem Libereckého kraje usnesením č. xx/15/ZK ze dne xx. xx. 2015.

OBSAH

OBSAH	2
1. ÚVOD	3
2. ANALYTICKÁ ČÁST	5
2.1 VÝCHODISKA	5
2.2 POPIS SOUČASNÉHO STAVU ZDRAVOTNICTVÍ V LIBERECKÉM KRAJI V OBLASTI LŮŽKOVÉ PÉČE ..	7
2.3 LŮŽKOVÝ FOND V NEMOCNICÍCH S AKUTNÍ PÉČÍ V LIBERECKÉM KRAJI.....	15
2.4 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE	22
2.5 LIDSKÉ ZDROJE V LŮŽKOVÉ PÉČI.....	26
2.6 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE	28
2.7 FINANČNÍ ZDROJE	30
2.8 ANALÝZA POSKYTNUTÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH V LIBERECKÉM KRAJI.....	32
2.9 MIGRACE PACIENTŮ V RÁMCI KRAJE	35
2.10 ZDRAVOTNICKÉ INFORMAČNÍ SYSTÉMY	36
2.11 SWOT ANALÝZA.....	38
3. NÁVRHOVÁ ČÁST	43
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	44
3.2 CÍL 2 ZAJIŠTĚNÍ TRANSPARENTNÍHO A EFEKTIVNÍHO HOSPODAŘENÍ NEMOCNIC S MAJETKOVOU ÚČASTÍ LIBERECKÉHO KRAJE	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
3.3 CÍL 3 EFEKTIVNÍ A KOORDINOVANÉ VYJEDNÁVÁNÍ SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI	53
3.4 CÍL 4 UDRŽENÍ VE VEŘEJNÉM VLASTNICTVÍ PÁTEŘNÍ SÍŤ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V RÁMCI LŮŽKOVÉ PÉČE.....	55
3.5 CÍL 5 ZVYŠOVÁNÍ A MONITOROVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	56
3.6 CÍL 6 PODPORA PŘI ZAJIŠTĚNÍ FINANČNÍCH ZDROJŮ, ZEJMÉNA NA INVESTICE	58
4. PRAVIDLA PRO MONITOROVÁNÍ PLNĚNÍ AKTIVIT	59
5. ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	62
SEZNAM ANALYTICKÝCH MATERIÁLŮ	64
PŘÍLOHY	65

1. ÚVOD

Pro zdravotní politiku v České republice je již delší dobu typické, že postrádá 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 ekonomických problémů zdravotnických zařízení, zajištění optimální dostupnosti, kvality a efektivity poskytované péče.

Liberecký kraj pořizuje tento koncepční materiál proto, aby existoval závazný dokument, na jehož základě se bude postupovat v oblasti řízení lůžkové péče a přednemocniční neodkladné péče.

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, p. o. - MUDr. Jiří Kalenský,
- ředitel Nemocnice Frýdlant, s. r. o. - Ing. Aleš Stránský/ Ing. Jiří Benedikt,
- ředitelka Nemocnice v Semilech, p. o. - Ing. Alena Kuželová, MBA,
- ředitel Nemocnice Tanvald, s. r. o. - Ing. Robert Poskočil,
- ředitelé Zdravotnické záchranné služby LK, p. o. - Bc. Stanislav Mackovík/
MUDr. Jan Lejsek/MUDr. Vladimír Hadač,
- zástupci Regionální pobočky VZP ČR v Ústí nad Labem - MUDr. Petr Veselský,
Ing. Giljan Dobrevová,
- specialista v oblasti zdravotnictví - Ing. Jiří Benedikt (leden, únor 2014),
- 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 Pecháčkové, Ing. Lukáše Chmele, Mgr. Zuzany Šiftové a zastupitele LK PhDr. Jaromíra Baxy, Ph.D.

Dokument projednali v první fázi zpracování členové výboru zdravotnictví, výboru hospodářského a regionálního rozvoje a výboru sociálních věcí. Dále byl veřejně projednán na semináři určeném především zastupitelům LK a starostům těch obcí LK, které mají nemocnice ve svém vlastnictví. 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.

V průběhu roku 2014 došlo k doplnění dokumentu o strategii personálního vybavení a strategii technologického a technického vybavení dle zadání výboru zdravotnictví. Zároveň byla zaktualizována analytická část. Pracovní skupina doplnila a zaktualizovala část návrhovou, byly zapracovány mnohé připomínky z první fáze přípravy dokumentu. Po tomto přepracování byl dokument opět zveřejněn na webových stránkách odboru zdravotnictví, a to v době od 6. do 21. listopadu 2014, s možností uplatnění zásadních připomínek a znovu projednán ve výše jmenovaných výborech.

K další úpravě dokumentu došlo v lednu 2015, dokument byl projednán ve výboru zdravotnictví, výboru hospodářského a regionálního rozvoje, výboru sociálních věcí a finančním výboru zastupitelstva LK.

Finální verze dokumentu je zveřejněna 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-lékařské 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 jako výchozí použity 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, 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 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 dokumentujících vývoj strategického cíle - (<http://regionalni-rozvoj.kraj-lbc.cz/>).

Program rozvoje LK 2014-2020 – rozvojové opatření B. 3, dílčí opatření B. 3a, kde se hovoří o zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče a sociálních služeb, podpora zdravého životního stylu – oblast zdravotní péče, 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 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. Oficiální verze tohoto střednědobého dokumentu byla schválena usnesením č. 359/14/ZK Zastupitelstvem LK v září 2014 - (<http://www.kraj-lbc.cz/prlk>).

Zdravotní politika Libereckého kraje – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel Libereckého kraje, výroční zprávy v letech 2003-2013 - (<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>).

Tento dokument je zpracován plně v souladu s vizí 2020 uvedenou v Programu rozvoje LK 2014-2020.

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 minulého století a na počátku prvního desetiletí tohoto století. Proti některým jiným krajům mají koncepční dokumenty Libereckého kraje ve svých závěrech a doporučeních určitá omezení daná roztříštěnou strukturou vlastnictví nemocnic. Tím jsou dány omezené pravomoci kraje.

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 dobře vystihovaly rozsah poskytované péče. Z kategorizace nemocnic vychází stále platný číselník pro vykazování ošetřovacího dne, který v sobě stále zahrnuje dělení nemocnic na typy.

Poskytovatelé akutní lůžkové péče v LK:

1. NEMOCNICE TYPU 3:

Krajská nemocnice Liberec, a.s. (dále jen KNL)

2. NEMOCNICE TYPU 2:

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. (dále jen NsP ČL)

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Masarykova městská nemocnice v Jilemnici, p.o. (dále jen MMN)

3. NEMOCNICE TYPU 1 A 0:

Nemocnice s poliklinikou v Semilech, p.o. (dále jen NsP)

Nemocnice Tanvald, s.r.o.

Nemocnice Frýdlant s.r.o.

Další poskytovatelé lůžkové péče v LK:

- **Léčebna respiračních nemocí Cvikov, p.o.**
- **Nemocnice následné péče Lomnice nad Popelkou, p.o.**
- **Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou, p.o.**
- **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.

Krajská nemocnice Liberec, a.s. (KNL)

Nemocnicí krajského významu je KNL, vlastněná majoritně Libereckým krajem (74 %), minoritně statutárním městem Liberec (16 %) a městem Turnov (10 %) – stav od 1. ledna 2014, kdy byla úspěšně dokončena fúze KNL s Panochovou nemocnicí Turnov. V KNL je soustředěna specializovaná a superspecializovaná péče s výrazně nadregionální působností v tzv. centrech jako jsou: Komplexní onkologické centrum, Kardiologické centrum, Traumatologické centrum (vč. spinální jednotky a neurochirurgie), Komplexní cerebrovaskulární centrum. Tato centra byla v období 2007-2013

dovybavována moderními přístroji, za pomoci financí čerpaných z „Integrovaného operačního programu oblast intervence 3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví“.

Nemocnice má celkem 1 135 lůžek akutní a následné péče (včetně nemocnice Turnov). Roční počet hospitalizovaných pacientů se pohybuje kolem 40 000.

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.), což znamená značné logistické problémy v provozu, jeho nehospodárnost 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 polytraumatických pacientů záchrannou službou. Celkové řešení příjmu akutních pacientů (včetně části pro pacienty s interním onemocněním) je ve stavu rozpracování návrhu řešení.

Nezbytnou součástí akutního chirurgického příjmu se stal heliport (dosedová plocha) pro vrtulník letecké záchranné služby, a to přímo v areálu nemocnice. Vznik heliportu byl jednou z nezbytných podmínek udržení statutu Traumacentra v Krajské nemocnici Liberec. Tímto se značně zrychlil a zefektivnil transport pacientů k poskytnutí urgentního zákroku vč. jejich překlادů na vyšší specializovaná pracoviště.

Celkově je nutno říci, že rozvoj nemocnice v současných prostorových podmínkách stávajících budov je omezený na minimum, či dokonce v některých případech nemožný.

Proto v roce 2012 vznikl projektový záměr KNL, a.s., který podrobně popisuje dislokaci, potřeby a stavebně technickou část prostor, ve kterých pracují jednotlivá oddělení nemocnice. Z tohoto materiálu přebírá tento dokument úvodní problémovou analýzu:

1. Výchozí situace:

- Nemocnice funguje 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 jsou v různých verzích tvořeny stále.

2. Stávající podmínky:

- Medicína se za posledních 20 let radikálně změnila: došlo ke specializaci a koncentraci péče, 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 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 – očekává se zvyšování nároků na KNL směrem ke specializované péči a přesunu části standardní péče na menší spádové nemocnice.
- Navázáním úzké spolupráce krajské nemocnice s okresními došlo k vyčerpání limitů této instituce. Již nyní jsou některé obory omezeny ve svém vývoji.
- Končí investiční cyklus některých oborů a technologií - v plánu jsou 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.

Projektový záměr se stal podkladem pro analýzu variant řešení modernizace KNL. V první fázi rozhodla pracovní skupina o modernizaci v rámci stávajícího areálu. Tento záměr získal podporu zastupitelstev všech akcionářů.

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. Spolupráce by se mohla týkat medicínských, vzdělávacích a vědeckých aktivit.

V průběhu roku 2014 došlo v souvislosti s fúzí s nemocnicí Turnov k racionalizaci léčebné péče i podpůrných služeb. Výsledkem je stabilní hospodaření s vykazováním kladných čísel obou zařízení.

Významné je i další určení rozsahu spolupráce KNL s NsP ČL.

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. (NsP ČL)

Akciová společnost 100% vlastněná Libereckým krajem plní svou významnou roli jako jediné spádové lůžkové zařízení pro obyvatele okresu Česká Lípa. Pro vybrané odbornosti jako je ortopedie, neonatologie, pediatrie, ARO, DIOP a pneumologie funguje též pro obyvatele Šluknovského výběžku, a proto je nutné věnovat rozvoji péče v tomto zařízení velkou pozornost (spád celkem 110 000 obyvatel).

Lůžkový fond nemocnice aktuálně představuje 347 akutních lůžek, 6 lůžek DIOP a 122 lůžek následné péče, kde je ročně hospitalizováno téměř 19 000 pacientů.

Tzv. „lůžkové centrum“ této nemocnice je zařazeno do sítě poskytovatelů cerebrovaskulární péče a bylo 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 v minulosti zanedbaná péče o stav areálu, v jehož důsledku je zřejmá podinvestovanost v oblasti budov a technologického zázemí. V září roku 2014 byl dokončen projekt

zateplení, při kterém byla realizována výměna oken a zateplení budovy monobloku, polikliniky a dětské nemocnice. Nyní je nutné zaměřit pozornost na projekt rekonstrukce zdroje tepla a chladu a 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 ČL.

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

Významným pozitivem je jedinečnost zařízení v dostatečné spádové oblasti. Toto zařízení je samostatné a soběstačné, v západní části kraje je nemocnicí jedinou. Pro jeho provozování by bylo vhodné využít spolupráce s místními samosprávami, které by podílem svých investic mohly vstoupit do vlastnické struktury nemocnice.

Vedení nemocnice začalo od března 2014 vykazovat pozitivní hospodářský výsledek.

Obě „krajské nemocnice“ patří dle národních standardů Spojené akreditační komise (SAK) mezi akreditované nemocnice, čímž dokazují, že poskytují bezpečnou a kvalitní péči. Dále mají akreditovány laboratorní provozy dle příslušných ČSN EN ISO.

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.

Nemocnice Jablonec nad Nisou je příspěvkovou organizací Statutárního města Jablonec nad Nisou. Nemocnice má 310 akutních lůžek a 67 lůžek následné péče provozovaných v 10 lůžkových odděleních. Každý rok je zde hospitalizováno přes 15 000 pacientů. Mezi hlavní obory patří chirurgie, interna, pediatrie, gynekologie a porodnice, ARO, ORL, urologie, rehabilitace, ortopedie, LDN. Mezi nelůžkové obory pak patří RTG, gastroenterologie, patologie a soudní lékařství, klinická biochemie a hematologie. Přirozeným spádem je bývalý okres Jablonec (cca 90 tis. obyvatel), nadregionálně působí gastroenterologie a laparoskopická chirurgie. Zásadním problémem nemocnice je nedostatek financí na průběžné obnovy budov, na financování investic do budov nových, na obnovu drahé těžké techniky. Obnovu běžného přístrojového vybavení, běžnou údržbu budov i areálu zvládá nemocnice ze svých zdrojů. Spolupráce se zřizovatelem je výborná a velmi intenzivní.

Od roku 2010 je nemocnicí akreditovanou SAK.

Masarykova městská nemocnice v Jilemnici (MMN), p. o.

MMN v Jilemnici je příspěvkovou organizací Města Jilemnice. Poskytuje akutní lůžkovou zdravotní péči v šesti oborech – interna, chirurgie, gynekologie a porodnictví, dětské a novorozenecké, neurologie a ARO. Gynekologie, porodnictví, dětské a novorozenecké lékařství poskytují péči nejen pro polovinu okresu Semily, ale i pro region Vrchlabí sousedního Královéhradeckého kraje. Neurologie poskytuje péči pro okres Semily a části okresů Jablonec nad Nisou a sousedního okresu Trutnov v Královéhradeckém kraji. ARO zajišťuje péči pro polovinu okresu Semily a pro region Vrchlabí sousedního

Královéhradeckého kraje. Dalšími významnými odděleními přesahujícími regionální význam jsou hemodialýza a nukleární medicína (jako jedno z celkem dvou oddělení v Libereckém kraji s celou šíří činností, včetně nukleární kardiologie, s výjimkou PET CT). V roce 2013 bylo v nemocnici hospitalizováno 7 723 pacientů, v roce 2014 bude atakována hranice 8 000 pacientů.

Nemocnice od roku 1992 prochází trvalou modernizací a obnovou provozů a zařízení, s výjimkou dětského pavilonu, rehabilitace a márnice. Celkové náklady přesáhly 750 milionů Kč, z nichž polovinu hradila nemocnice ze svých vlastních prostředků. Nemocnice k tomuto účelu dlouhodobě využívá cizí zdroje, úvěry a leasingy, které v roce 2009 dosáhly objemu 100 milionů Kč. Město Jilemnice se na rozvoji nemocnice podílelo objemem téměř 22 milionů Kč. Technologie budou v dohledné budoucnosti potřebovat obnovu. Je třeba dořešit dopravní obslužnost a zabezpečení areálu oplocením. V plánu je výstavba heliportu na budově nové rehabilitace.

Nemocnice v minulosti provedla restrukturalizaci nejen v oborech, ale i v počtu lůžek. Z původních 360 lůžek byl jejich počet v roce 1998 snížen na 204 a v roce 2013 na 180. Pokud by měly být naplněny záměry Královéhradeckého kraje a mělo by dojít k restrukturalizaci péče v sousedním 8 km vzdáleném Vrchlabí, nemocnice bude potřebovat cca 210 až 215 lůžek. Nemocnice je držitelem akreditace SAK, laboratoře jsou úspěšně reakreditovány, nemocnice získala druhé nejvyšší hodnocení v historii v projektu „Kvalita očima pacienta“ (dále jen KOP).

Nemocnice Frýdlant, s. r. o.

Nemocnice vlastněná od roku 2013 soukromou společností Euroclinicum, a.s.

Nemocnice Frýdlant je důležitým poskytovatelem akutní lůžkové péče a následné péče pro 25 tisíc obyvatel Frýdlantského výběžku. V rámci akutní péče provozuje nemocnice 72 lůžek (z toho 10 lůžek intenzivní péče). Na 18 lůžkách poskytuje jednodenní péči a v rámci následné péče má nemocnice 30 lůžek. Nemocnice ročně poskytne péči v rozsahu 4 000 hospitalizací akutní péče a 160 hospitalizací následné péče. Nejdůležitějšími obory v nemocnici jsou vnitřní lékařství, chirurgie a gynekologie. Gynekologické oddělení se zaměřuje na gynekologickou operativu s důrazem na laparoskopické operační techniky. Přestože v roce 2008 došlo ke zrušení porodnického oddělení, je nemocnice nadále nedílnou součástí péče o těhotné v kraji. Nemocnice se připravuje na hodnocení kvality a bude usilovat o příslušnou akreditaci (2015-2016).

Úzce spolupracuje s Krajskou nemocnicí Liberec, a.s.

Nemocnice Tanvald, s.r.o.

Nemocnice Tanvald, s.r.o. je soukromé zdravotnické zařízení s majetkovou účastí Města Tanvald.

Z hlediska krajského uspořádání je Nemocnice Tanvald řazena spíše do kategorie poskytovatele s následnou péčí, a to včetně následné intenzivní péče (jediný poskytovatel v kraji), s částečným akutním provozem pro spádovou oblast mikroregionu Tanvaldska. Nemocnice je připravena následnou péči v případě potřeby rozšířit.

Na konci roku 2011 prošla nemocnice restrukturalizací, kdy došlo ke snížení počtu akutních lůžek. Nemocnice v současné době disponuje pouze 22 lůžky akutní péče (interna, interní JIP) a 67 lůžky následné péče a dlouhodobé péče (NP, NIP, DIOP), kde je ročně hospitalizováno okolo 1 200 pacientů. Dále nemocnice provozuje celou řadu ambulantních provozů a komplement.

Nemocnice se nachází ve velmi dobrém technickém stavu, i přesto jsou plánovány další investice, jako např. zateplení objektů či instalace solárních panelů.

Nemocnici se podařilo v roce 2013 získat akreditaci SAK. Také laboratoř je akreditována NASKL II na odbornost pracoviště klinické biochemie.

Nemocnice s poliklinikou v Semilech (NsP)

NsP v Semilech je příspěvkovou organizací Města Semily. Poskytuje akutní péči v oborech ortopedie, chirurgie, interna (v počtu 75 lůžek) a péči následnou ústavní i rehabilitační (v počtu 55 lůžek). Komplementárními obory jsou ARO, RTG a oddělení klinických laboratoří. NsP ročně hospitalizuje cca 4 500 pacientů. Těmito pacienty jsou více jak z 80 % obyvatelé okresu Semily s přesahem do oblasti Jablonecka a Liberecka. Zbýlý záchyt tvoří oblast Královehradeckého kraje – Jičínsko, Trutnovsko a pacienti z Ústeckého kraje (oblasti Teplicka a Ústecka).

V devadesátých letech minulého století proběhla rozsáhlá rekonstrukce a přestavba areálu v řádu 410 mil. Kč. Stav nemovitostí je průběžně udržován, je v dobrém technickém stavu.

Od uvedené doby do roku 2014 proinvestovala NsP 85 mil. Kč, z toho 19 mil. Kč tvořila podpora zřizovatele a řádově stejnou výši činily získané dotace.

V letech 2009-2011 prošla NsP restrukturalizací lůžkového fondu, kdy 40 % akutních lůžek bylo nahrazeno lůžky následné péče. Jedenáct akutních lůžek na oddělení chirurgie bylo odsmlouváno zdravotními pojišťovnami bez náhrady k datu 1. ledna 2013. Stávající struktura oborů zdravotní péče je vyhovující.

Problémem této nemocnice zůstává dlouhodobá nedostatečnost investic do přirozené obnovy a rozvoje přístrojového vybavení. V budoucnu je nutné řešit efektivitu technických provozů, jako je prádelna, stravovací provoz, celková energetická náročnost areálu a další.

Nemocnice v Semilech je držitelem certifikátu kvality SAK a ČIA pro oddělení laboratoří.

Součástí areálu jsou nevyužité plochy a prostory. V budoucnu se nabízí možnost využití k dalšímu rozvoji zdravotní péče v návaznosti na potřebu pacientů v Libereckém kraji, tím i zdravotních pojišťoven a okolních zdravotnických zařízení.

Zařízení s nadregionální působností v LK:

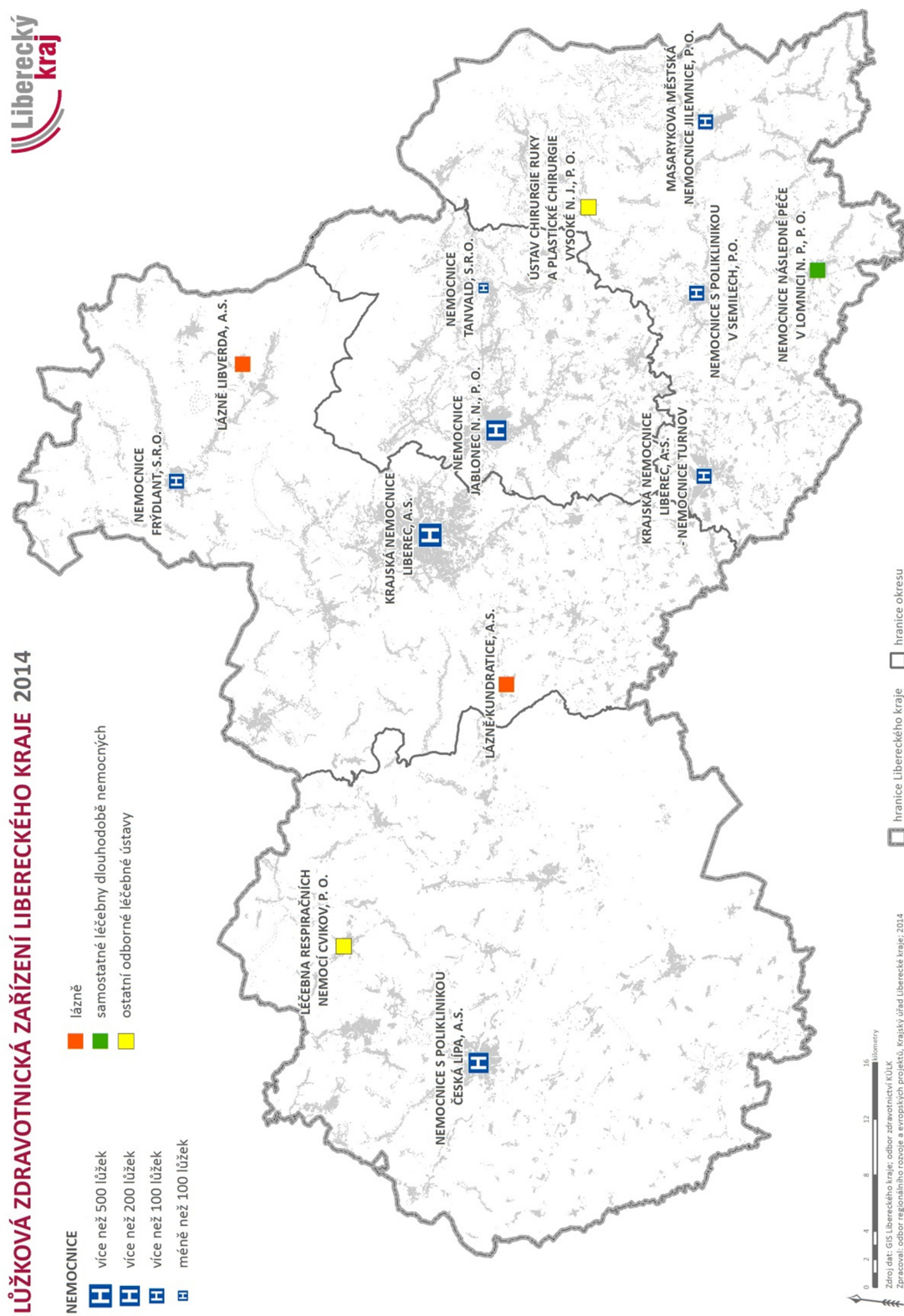
- **Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou**, příspěvková organizace města Vysoké nad Jizerou, 52 lůžek.
- **Léčebna respiračních nemocí Cvikov**, příspěvková organizace Libereckého kraje – poskytuje následnou péči v oboru pneumologie a ftizeologie, s počtem lůžek 157.
- **Nemocnice následné péče Lomnice nad Popelkou**, příspěvková organizace města Lomnice nad Popelkou – poskytuje následnou péči na 59 lůžkách.
- **Lázně Libverda, a.s.**
- **Lázně Kundratice, a.s.**

ZÁVĚR

Liberecký kraj je zakladatelem pouze dvou nemocnic poskytujících akutní péči, ostatní nemocnice jsou zřizovány obcemi, či fungují jako privátní subjekty. Z tohoto důvodu má kraj omezený vliv na „ne krajská“ ZZ. Přestože v otázce kontraktace zdravotní péče pro občany mají dominantní postavení zdravotní pojišťovny, které platí péči nakoupenou v konkrétním zdravotnickém zařízení, je snahou LK zajistit kvalitní, dostupnou a efektivní péči v Libereckém kraji v souladu s potřebami obyvatel. Kvalita poskytované péče v nemocnicích je velmi dobrá, o čemž vypovídají akreditace udělené externími hodnotiteli kvality.

Jako velmi významný se jeví nedostatek prostoru (území) pro další modernizaci a rozvoj péče v Krajské nemocnici Liberec (nedostatek prostoru pro funkční rozvoj medicíny, rozvoj specializované a superspecializované péče s nadregionální působností), dále nevyužití všech možností efektivní spolupráce mezi krajskými nemocnicemi a částečně nevyužitý potenciál spolupráce nemocnic a záchranné služby.

Obrázek č. 1 Přehled rozmístění lůžkových zdravotnických zařízení 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 1 000 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:

- lůžka akutní standardní péče,
- lůžka akutní intenzivní péče – anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotky intenzivní péče,
- lůžka následné péče, včetně následné intenzivní péče (NIP),
- 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.
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 a průměrné využití lůžkového fondu 280-300 dnů maximální kapacity.
4. Efektivní využití lůžek je dáno mimo jiné i velikostí ošetrovací stanice, v optimálním případě se jedná o 30 lůžek.

Vývoj počtu lůžek v letech 2002-2014

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 2013.

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 2013	LK 2013	doporučený index z r. 2002	ČR 2013	LK 2013	doporučený index z r. 2002	ČR 2013	LK 2013	doporučený index z r. 2002
Interna	9,1	9,05	10,3	6,9	6,4	8,1	274,0	268,0	300
Chirurgie	7,4	7,30	8,5	5,6	4,4	7,1	243,8	248,4	280
Pediatric	4,0	3,60	5,4	3,7	3,1	5,5	239,5	259,7	250
Gynekologie	4,6	4,22	5,8	3,6	3,2	5,5	217,0	201,7	250
Infekční	1,1	0,59	1,7	6,7	6,4	8,5	211,1	227,2	200
TRN	1,2	0,66	1,4	7,3	10,2	11,0	254,6	279,5	300
Neurologie	2,8	2,12	2,5	6,6	5,5	9,0	249,4	216,1	300
Ortopedie	2,8	3,35	2,0	5,3	4,7	7,5	252,1	246,9	290
Urologie	1,4	0,93	1,4	4,3	4,0	6,5	252,1	227,7	290
ORL	1,1	0,71	1,5	3,7	4,8	5,0	229,3	252,5	280
Oftalmologie	0,5	0,39	0,9	3,4	10,9	4,5	165,0	128,0	280
Kožní	0,6	0,59	1,0	9,0	11,7	13,0	237,9	199,3	280

Zdroj: ÚZIS

Komentář:

Z uvedené tabulky vyplývá:

- V oboru **ortopedie** je v LK vyšší počet lůžek na 10 000 obyvatel, než je průměr v ČR.
- Je zde výrazně nevyužitá maximální kapacita lůžek, což dokládá, že zde prostor ke snížení kapacity skutečně existuje. 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 ostatních oborech 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 geriatric**, 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

hospitalizování např. na neurologické či interní JIP. Toto není vzhledem k hygienicko-epidemiologickému režimu ideální stav.

- Výrazný nedostatek lůžek vykazuje též **obor TRN** (tuberkulóza a respirační nemoci). V LK je tento deficit kompenzován 157 lůžky následné péče v Léčebně respiračních nemocí ve Cvikově.

Uvedená analýza neodráží ani nadregionální působnost některých oborů, ani spádovost některých nemocnic přesahujících 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 2013	LK 2013	ČR 2013	LK 2013	ČR 2013	LK 2013
Kardiologie	1,0	1,19	4,1	3,7	267,4	270,7
Revmatologie	0,1	0,27	12,1	11,1	254,7	248,8
Rehabilitační lékařství	1,9	1,53	14,9	14,6	266,6	291,8
Neonatologie	0,9	0,64	6,3	5,5	297,7	323,3
Psychiatrie	1,2	1,73	19,7	22,6	280,9	257,0
Klinická onkologie	0,4	0,46	5,1	5,3	227,6	233,9
Radioterapie a radiační onkologie	0,8	0,55	7,9	20,9	237,5	189,8
Traumatologie	0,6	1,03	5,1	6,8	277,0	323,7
Neurochirurgie	0,7	0,75	6,8	8,1	275,9	284,8
Čelistní a obličejová chirurgie	0,1	0,18	4,5	3,5	200,3	212,6
Anesteziologie a resuscitace	0,9	0,66	6,8	9,7	271,0	289,4

Zdroj: ÚZIS

Komentář:

Z uvedené tabulky vyplývá:

- V oboru kardiologie, revmatologie, psychiatrie a traumatologie je v LK vyšší počet lůžek na 10 000 obyvatel, než je průměr v ČR.
- Ostatní obory disponují srovnatelným nebo nižším počtem lůžek na 10 000 obyvatel než je průměr v ČR.

Uvedená analýza neodráží ani nadregionální působnost některých oborů, ani spádovost některých nemocnic přesahujících hranice LK.

Lůžka intenzivní péče (IP):

Počet lůžek IP v LK činí 222, což představuje více jak 10 % celkové kapacity akutních lůžek v kraji. V počtu lůžek IP se odráží potřeba zajištění péče v centrech se specializovanou péčí v oboru kardiologie, traumatologie, onkologie, neurochirurgie a neurologie.

Lůžka následné péče (NP):

Skutečný počet lůžek následné péče v LK je 732 (stav k 30. 6. 2014). 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 ve Cvikově, což zkrsluje celkový pohled na tato lůžka. V LK dosud chybí lůžková hospicová péče. Přechodně je tento problém řešen provozováním tzv. hospicových pokojů v rámci oddělení následné péče nemocnic v České Lípě, Liberci, Jablonci nad Nisou a Semilech. V současné době byla zahájena výstavba kamenného hospice (finance čerpány z ROP NUTS II Severovýchod). Provoz má být zahájen v roce 2015.

Zdravotní péče poskytovaná v následné a dlouhodobé péči je z časového hlediska většinou dlouhodobá. V rámci následné péče je třeba počítat i s tzv. zdravotně-sociálními lůžky. Jediným uceleným materiálem o tomto typu zdravotní péče je „Koncepte 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 128 lůžek následné péče (počítáno včetně lůžek léčebných ústavů). 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 provozovaného v systému zdravotní péče.

Restrukturalizace lůžkového fondu v letech 2002-2014

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 2008-2014

Typ lůžka		rok						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	k 30. 6. 2014
akutní péče	standardní péče	2021	2004	1992	1901	1897	1761	1785
	intenzivní péče	219	216	215	214	214	221	222
akutní péče celkem		2240	2220	2207	2115	2111	1982	2007
následná péče	ošetřovatelská lůžka	84	59	59	45	55	60	60
	LDN	444	461	461	481	481	481	481
	následná intenzivní péče	10	10	15	15	15	15	15
	dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče	-	5	13	13	19	19	19
následná péče celkem		538	535	548	554	570	575	575
léčebné ústavy	OLÚ TRN	72	72	72	72	72	72	72
	OLÚ ostatní	95	95	85	85	85	85	85
léčebné ústavy celkem		167	167	157	157	157	157	157
CELKEM		2945	2922	2912	2826	2838	2714	2739

Zdroj: VZP (nemusí se shodovat s údaji v analytické části)

Komentář:

V letech 2010-2012 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 ze strany MZ neoficiálně doporučena 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. K 30. 6. 2014 došlo k nárůstu počtu lůžek akutní péče o 25.

Tabulka č. 4 Rozložení počtu lůžek ve vybraných oborech v jednotlivých okresech Libereckého kraje, podíl na 1 000 obyvatel (stav k 30. 6. 2014)

Území / vybrané obory		Interna	Chirurgie *)	Gynekologie	Pediatric	Neonatologie	Neurologie	ARO	Ortopedie	Celkem
okres Česká Lípa	AK	76	42	44	20	16	30	-	49	277
	IP	4	10	-	4	4	4	6	-	32
	na 1000	0,778	0,506	0,428	0,233	0,194	0,331	0,058	0,477	3,005
MMN Jilemnice	AK	35	36	35	20	20	20	-	-	166
	IP	5	4	-	-	-	-	5	-	14
Nemocnice s pol. Semily	AK	23	20	-	-	-	-	-	20	63
	IP	4	4	-	-	-	-	-	-	8
KNL-nemocnice Turnov	AK	36	34	14	-	-	-	-	20	84
	IP	4	3	-	-	-	-	4	-	11
okres Semily	AK	94	90	49	20	20	20	-	40	333
	IP	13	11	-	-	-	-	9	-	33
	na 1000	1,440	1,360	0,660	0,269	0,269	0,269	0,121	0,538	4,927
Nemocnice Tanvald	AK	18	-	-	-	-	-	-	-	18
	IP	3	-	-	-	-	-	-	-	3
Nemocnice Jablonec nad Nisou	AK	70	60	37	21	13	-	-	19	220
	IP	9	8	-	3	-	-	6	3	29
okres Jablonec nad Nisou	AK	88	60	37	21	13	-	-	19	238
	IP	12	8	-	3	-	-	6	3	32
	na 1000	1,112	0,756	0,411	0,267	0,145	-	0,067	0,245	3,002
Nemocnice Frýdlant	AK	35	21	6	-	-	-	-	-	62
	IP	10	-	-	-	-	-	-	-	10
KNL	AK	86	73	48	32	18	34	-	31	322
	IP	7	33	7	5	10	5	9	5	81
okres Liberec	AK	121	94	54	32	18	34	-	31	384
	IP	17	33	7	5	10	5	9	5	91
	na 1000	0,804	0,740	0,356	0,216	0,163	0,227	0,052	0,210	2,769
Česká republika	na 1000 ob. AK	0,811	0,636	0,417	0,227	0,168	0,245	-	0,247	2,751
	na 1000 ob. IP	0,099	0,110	0,017	0,37	0,044	0,027	0,074	0,016	0,757
Procentní porovnání s průměrem akutních lůžek v ČR (v %)	Česká Lípa	85,45	67,76	98,65	88,26	91,65	121,81	79,01	181,46	94,64
	Semily	158,19	182,18	152,06	101,81	126,85	99,18	164,05	205,04	155,17
	Jablonec n.N.	122,11	101,30	94,83	100,90	68,10	0,00	90,33	93,14	94,54
	Liberec	88,35	99,20	81,98	81,57	76,91	83,76	71,04	79,92	87,21

Zdroj: VZP

Vysvětlivky: AK – akutní lůžka, IP – lůžka intenzivní péče, na 1000 – přepočteno na 1000 obyvatel

*) 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 - „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 nad Nisou 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).

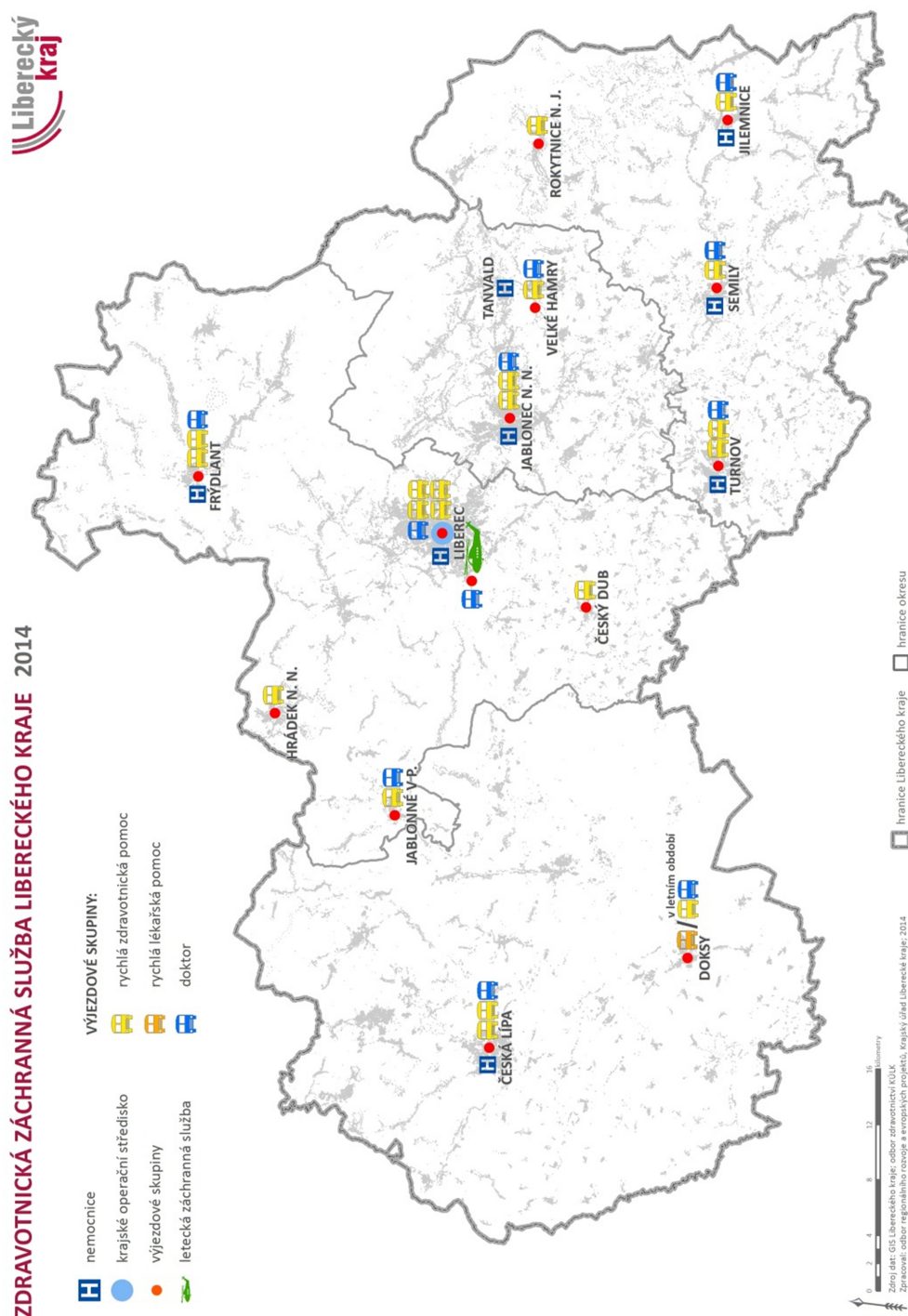
ZÁVĚR

V minulých letech proběhla v LK částečná restrukturalizace lůžkového fondu a lůžkový fond vykazuje relativně dostatečnou kapacitu (relativně dobré naplnění ukazatelů lůžkového fondu). V základních oborech (definovaných v tab. č. 1) je lůžková kapacita dokonce nižší než je průměr v ČR. V LK chybí lůžka akutní geriatric. Významný nedostatek lůžek je v oboru infekce a v následné péči. Pro kraj je velmi významným faktem, že je zde soustředěna specializovaná a superspecializovaná péče do vybraných center krajských nemocnic.

2.4 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

Významnou složkou krajského zdravotnictví je Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje (dále jen ZZS LK), příspěvková organizace, zřízená dle zákona o zdravotnické záchranné službě Libereckým krajem. Tento systém je zárukou fungování poskytování přednemocniční neodkladné péče v kraji. V minulém období prošla ZZS LK zásadními organizačními změnami a částečnou modernizací.

Obrázek č. 2 Rozmístění posádek výjezdových základen ZZS LK v kraji v návaznosti na nemocniční péči



Komentář:

Dostupnost ZZS je dána plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami, jejich rozmístěním a počtem v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí. Plán pokrytí byl zpracován ZZS LK, vydalo k němu stanovisko Ministerstvo zdravotnictví, byl schválen Bezpečnostní radou LK a byl vydán Libereckým krajem v roce 2013. K dispozici je na webových stránkách: <http://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/>.

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. V Libereckém kraji se celkem sedm výjezdových základen nachází v místě, kde je zároveň nemocnice. Součástí ZZS LK je letecká záchranná služba.

Problémem ZZS LK jsou nevyhovující prostory pro některé výjezdové základny v kraji a zároveň nedostatečná úroveň prostor pro krajské operační středisko a management organizace. Dalším velkým problémem je zastaralý vozový park bez zajištění jeho pravidelné obměny.

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 cílem 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. Za tímto účelem probíhá od roku 2014 částečná rekonstrukce 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. Na základě auditu proběhlo v únoru 2014 otevřené výběrové řízení na pozici ředitele a došlo ke stabilizaci celého managementu. Již v průběhu roku 2014 došlo k zefektivnění chodu organizace. Byl výrazně optimalizován rozpočet organizace, především pak snížením personálních nákladů.

ZZS LK se trvale potýká s nedostatkem lékařů se specializací v urgentní medicíně. Velký podíl lékařů proto činí lékaři z nemocnic, pracující na dohodu o provedení práce. Velký počet „nekmenových“ lékařů s sebou přináší svá negativa, především při organizaci práce.

Tabulka č.: 5 Kapacitní vytíženost výjezdových skupin jednotlivých výjezdových základen

Název výjezdové skupiny	za období 2011-2013		Org. struktura 2014		
	Průměrná vytíženost	Počet výjezdů	RLP/RV	RZP	LZS
Česká Lípa RV	17,53%	6 053	1	2	0
Česká Lípa RZP1	19,82%	6 511			
Česká Lípa RZP2	19,96%	6 427			
celkem		18 991			
Český Dub RZP	13,97%	2 353	0	1	0
celkem		2 353			
Doksy RV	12,15%	2 503	1	1	0
Doksy RZP	15,58%	2 548			
celkem		5 051			
Frýdlant v Č. RV	10,58%	3 510	1	1,3	0
Frýdlant v Č. RZP1	20,58%	4 391			
Frýdlant v Č. RZP2	14,63%	1 267			
celkem		9 168			
Hrádek n. N. RZP	17,42%	3 619	0	1	0
celkem		3 619			
Jablonec nad N. RV	18,52%	6 230	1	2	0
Jablonec nad N. RZP1	22,95%	6 763			
Jablonec nad N. RZP2	24,26%	6 789			
celkem		19 782			
Jablonné v P. RV	13,58%	3 221	1	1	0
Jablonné v P. RZP	20,59%	3 779			
celkem		7 000			
Jilemnice RV	9,74%	2 415	1	1	0
Jilemnice RZP	15,69%	3 335			
celkem		5 750			
Letecká D1	27,57%	8 347	1	0	1
Letecká LZS	10,57%	1 779			
celkem		10 126			
Liberec RV1	21,32%	8 258	1	4	0
Liberec RZP1	30,09%	6 265			
Liberec RZP2	26,06%	9 120			
Liberec RZP3	26,35%	9 124			
Liberec RZP4	26,09%	9 136			
celkem		41 903			

Název výjezdové skupiny	za období 2011-2013		Org. struktura 2014		
	Průměrná vytíženost	Počet výjezdů	RLP/RV	RZP	LZS
Rokytnice RZP	16,73%	2 575	0	1	0
celkem		2 575			
Semily RV	13,54%	3 602	1	1	0
Semily RZP	24,79%	5 347			
celkem		8 949			
Velké Hamry RV	13,87%	3 712	1	1	0
Velké Hamry RZP	23,33%	5 575			
celkem		9 287			
Turnov RV	12,52%	4 075	1	2	0
Turnov RZP1	16,23%	4 115			
Turnov RZP2	17,18%	4 010			
celkem		12 200			
CELKEM		156 754	11	19,3	1

Zdroj: ZZS LK

Vysvětlivky zkratk:

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RLP – rychlá lékařská pomoc

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

LZS – letecká záchranná služba

ZÁVĚR

ZZS LK zřizovaná Libereckým krajem zaručuje fungující systém poskytování přednemocniční neodkladné péče.

ZZS LK se v současné době potýká s nevhodnými prostorovými a technickými podmínkami mnoha výjezdových základen, s nevhodnými prostorovými podmínkami pro sídlo ZZS a zastaralým vozovým parkem bez pravidelné obměny.

Z hlediska provozu je nutné vyzdvihnout nedokonalé fungování kontaktního místa ze strany některých nemocnic, jako komunikačního bodu pro předávání informací mezi operačním střediskem ZZS a nemocnicemi. Dalším palčivým problémem je nedostatek lékařů s atestací v oboru urgentní medicína.

Jedním z ukazatelů práce ZZS LK je posuzování průměrné vytíženosti výjezdových skupin. V období 2011-6/2013 se vytíženost pohybovala kolem 20 %, přičemž nejnižší vytíženost vykazovala výjezdová skupina RV v Jilemnicích. Nejvyšší vytíženost logicky vykazují výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci v Liberci.

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 k 31. 12. 2013

Typ lůžka		Liberecký kraj	celá ČR
akutní péče	1_1 - INTERNÍ LÉKAŘSTVÍ	1,76	1,85
	1_6 - GERIATRIE	-	0,05
	1_7 - KARDIOLOGIE	0,37	0,26
	1_9 - REVMATOLOGIE	0,10	0,02
	2_1 - REHABILITAČNÍ LÉKAŘSTVÍ	0,26	0,22
	2_2 - KLINICKÁ HEMATOLOGIE	-	0,08
	2_3 - PŘENOSNÉ NEMOCI	0,10	0,19
	2_5 - TUBERKULÓZA A RESPIRAČNÍ NEMOCI	0,09	0,22
	2_9 - NEUROLOGIE	0,20	0,57
	3_1 - PEDIATRIE	0,84	0,74
	3_4 - NEONATOLOGIE	0,56	0,53
	3_5 - PSYCHIATRIE	0,27	0,21
	4_2 - KLINICKÁ ONKOLOGIE (BEZ RADIAČNÍ ONKOLOGIE)	0,15	0,19
	4_3 - RADIOTERAPIE A RADIAČNÍ ONKOLOGIE	0,21	0,07
	4_4 - DERMATOVENEROLOGIE	0,11	0,11
	4_7 - NUKLEÁRNÍ MEDICINA	-	0,01
	5_1 - CHIRURGIE	1,85	1,59
	5_3 - TRAUMATOLOGIE (ÚRAZOVÁ CHIRURGIE)	0,21	0,14
	5_5 - KARDIOCHIRURGIE	-	0,22
	5_6 - NEUROCHIRURGIE	0,43	0,19
	6_1 - PLASTICKÁ CHIRURGIE	0,19	0,06
	6_2 - POPÁLENINOVÁ MEDICINA	-	0,04
	6_3 - GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ	0,77	0,82
	6_5 - ČELISTNÍ A OBLIČEJOVÁ CHIRURGIE	0,07	0,05
	6_6 - ORTOPEDIE	0,67	0,53
	6_7 - ORTOPEDICKÁ PROTETIKA	-	0,00
	7_1 - OTORINOLARYNGOLOGIE	0,24	0,31
	7_2 - FONIATRIE	-	0,00
	7_5 - OFTALMOLOGIE	0,19	0,16
	7_6 - UROLOGIE	0,27	0,27
7_8 - ANESTEZIOLOGIE A RESUSCITACE	1,06	0,91	
akutní péče celkem		10,97	10,62

Typ lůžka		Liberecký kraj	celá ČR
následná péče	Ošetrovatelská lůžka	0,06	0,09
	LDN	0,57	0,52
	Následná intenzivní péče	0,11	0,06
	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče	0,03	0,01
následná péče celkem		0,77	0,68
léčebné ústavy	OLÚ TRN	0,08	0,04
	OLÚ ostatní	0,06	0,03
léčebné ústavy celkem		0,14	0,07

Zdroj: VZP ČR

Komentář:

V Libereckém kraji byl k 31. 12. 2013 přepočtený počet lékařů na 10 000 obyvatel na lůžkových odděleních akutní péče vyšší než republikový průměr. Obdobná situace je v lůžkových odděleních následné péče.

Výhodou pro Liberecký kraj je přítomnost Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, která vzdělává v oboru zdravotnický asistent a diplomovaná všeobecná sestra. Dalším plusem je možnost vysokoškolského vzdělávání sester na Ústavu zdravotnických studií TU v Liberci. Kromě oboru všeobecná sestra je zde akreditován vzdělávací program pro biomedicínské techniky, připravuje se akreditace pro zdravotnické záchranáře. Vzdělávání zdravotnických pracovníků se ovšem jeví jako deficitní v tom, že nereaguje na potřeby praxe a poměrně malé procento studentů po škole nastupuje do zaměstnání ve zdravotnických zařízeních v kraji.

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 (ZL). 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. Liberecký kraj v rámci svých možností podporuje akreditační proces praktických lékařů za účelem vzdělávání mladých lékařů formou rezidentských míst, finančně podporovaných Ministerstvem zdravotnictví.

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). Liberecký kraj aktivně akcentuje tyto problémy při jednáních Zdravotní komise při AKČR a vyvíjí tlak na jejich systémové řešení. Jedná se především o zvyšující se průměrný věk lékařů primární péče (VPL, PLDD, ZL).

2.6 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE

Liberecký kraj je po Karlovarském kraji druhým nejmenším krajem ČR v počtu obyvatel (k 30. 6. 2014 měl celkem 438 606 obyvatel). Počet obyvatel v Libereckém kraji zůstává za poslední dva roky neměnný, úbytek stěhováním (-97 osob) byl stejně jako v roce 2012 vyvážen přirozeným přírůstkem (+127 osob). Na území kraje panují velké rozdíly ve věkové struktuře obyvatel (východní část kraje je starší), v dlouhodobém vývoji dochází k stárnutí populace celého kraje. Střední délka života při narození (někdy též naděje dožití při narození) je u žen 80,8 let a u mužů 75,3 let a odpovídá tak zcela průměru v ČR.

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. Neustále se zvyšuje podíl nejstarší složky obyvatel (osoby starší 65 let), ta v současné době v kraji tvoří 17 %.

V počtu narozených dětí je situace v Libereckém kraji jen lehce nad průměrem ČR. V roce 2013 se narodilo 4 535 dětí, v roce 2012 to bylo 4 592 dětí. Úhrnná plodnost (počet dětí na jednu ženu během celého jejího reprodukčního období) po nárůstu v posledních sedmi letech nyní kolísá kolem hodnoty 1,495 dítěte. V roce 2013 dosáhla v Libereckém kraji úhrnná plodnost 1,507 dítěte na 1 ženu (v ČR to bylo 1,456 dítěte).

Úmrtnost v Libereckém kraji je dlouhodobě nižší než průměr České republiky. Naděje na dožití při narození v Libereckém kraji trvale rostla, a to rychleji než v celé ČR. V roce 2013 v případě žen tento trend pokračoval, u mužů se zastavil (muži – 75,06; ženy – 80,95). V roce 2013 zemřelo v Libereckém kraji celkem 4 423 obyvatel (v roce 2012 to bylo o 37 obyvatel méně). Těto skutečnosti odpovídá 10,1 zemřelých na 1 000 obyvatel, což je míra nižší než za ČR (10,4/1 000 obyv.). Stejně jako v České republice, zůstávají v kraji nejčastější příčinou úmrtí nemoci oběhové soustavy, které tvořily 48 % z celkového počtu úmrtí. V ČR činí podíl na celkovém počtu úmrtí 47,4 %, což je 51,7 tisíc zemřelých. Další v pořadí jsou novotvary, ty způsobují úmrtí z 26 % zemřelých v LK (v ČR 25,1 % zemřelých).

Po setrvalém úbytku smrtelných úrazů se v Libereckém kraji i celé republice stávají v roce 2013 třetí nejčastější příčinou smrti nemoci dýchací soustavy, které představovaly téměř 7 % úmrtí v LK (v ČR 6,3 % úmrtí). Vnější příčiny smrti – úrazy a otravy pak tvořily v LK 5 % (v ČR 5,1 % úmrtí).

Mezi nejčastější onemocnění ze sledovaných infekčních chorob patří v České republice dlouhodobě plané neštovice a od roku 2010 kamylobakteriíza. V roce 2013 bylo hlášeno 433 onemocnění kamylobakteriízou, tj. 98,4 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2012 to bylo 416 onemocnění, v celé ČR 18367 onemocnění, tj. 174,4 na 100 tisíc obyvatel. V Libereckém kraji bylo v roce 2013 na 100 tisíc obyvatel hlášeno 1 399 všech hlášených případů infekčních onemocnění, v roce 2012 to bylo 1294 případů onemocnění. Ve výskytu planých neštovic v roce 2013 bylo v kraji na 100 tisíc obyvatel hlášeno 492,1 případů planých neštovic, zatímco průměr v ČR byl 389,9 případů. Meziročně poklesl počet

hlášených onemocnění planými neštovicemi v ČR o 5,2 %, v Libereckém kraji naopak došlo k nárůstu o 1,2 %.

Nepříznivá byla situace u onemocnění nákazami, proti kterým je zavedeno pravidelné očkování. Byl hlášen zvýšený výskyt dávivého kašle a příušnic ve všech okresech kraje. U dávivého kašle bylo v roce 2013 hlášeno 220 případů (50,0 na 100 tisíc obyvatel), v roce 2012 bylo hlášeno 51 případů. V celé ČR 1 211 případů (11,5 na 100 tisíc obyvatel). Očkováno bylo 153 osob, tj. 69,5 % všech nemocných.

V roce 2013 bylo v LK zaznamenáno 303 případů příušnic (68,9 na 100 tisíc obyvatel), v roce 2012 to bylo 228 onemocnění. Očkováno bylo v minulosti 259 nemocných. V ČR bylo v roce 2013 zaznamenáno 1 552 případů (14,7 na 100 tisíc obyvatel).

Příznivý vývoj má výskyt TBC jak v ČR, tak i v LK. Na základě údajů z „Registru tuberkulózy“ bylo v ČR hlášeno celkem 502 případů TBC, tj. 4,8 případů na 100 tisíc obyvatel. V Libereckém kraji se v roce 2013 počet hlášených TBC snížil na 16 případů (3,6 onemocnění na 100 tisíc obyvatel), v roce 2012 to bylo 25 případů (6,68 onemocnění na 100 tisíc obyvatel). Z těchto hlášených výskytů v kraji bylo 44 % TBC dýchacího ústrojí, muži byli zastoupeni 37 %.

Dlouhodobě v ČR roste počet léčených diabetiků. Ke konci roku 2013 bylo v ČR evidováno 861,6 tisíce diabetiků, což je 8 196,5 na 100 tisíc obyvatel.

Stoupající tendenci vykazuje evidence diabetiků i v Libereckém kraji. V roce 2012 bylo v kraji evidováno 30 979 léčených diabetiků, v roce 2013 stoupl jejich počet na 31 320. Celkový počet léčených osob ve srovnání s rokem 2012 vzrostl o 1,1 %. Jedním z hlavních růstových faktorů je stárnutí populace.

Další informace lze nalézt v aktualizované Zprávě o zdraví 2013: <http://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/zdravi-prevence-zdravotni-politika-libereckeho-kraje/zdravotni-politika-lk>.

ZÁVĚR

Počet obyvatel v Libereckém kraji je stabilizován bez větších výkyvů. Velké rozdíly jsou ovšem evidovány ve věkové struktuře obyvatelstva a v dlouhodobém vývoji dochází k stárnutí populace celého kraje.

Až na výskyt planých neštovic, černého kašle a příušnic se nevyskytují žádné zásadní abnormality vzhledem k vývoji v celé ČR. Nebyla registrována žádná z nákaz, která by významně ohrožovala nebo podstatně změnila předpokládanou epidemiologickou situaci v kraji. Jmenovaná infekční onemocnění jsou plně pod kontrolou hygieniků a zatím se nemusí uplatňovat zvláštní opatření. Alarmujícím ukazatelem do budoucna může být nárůst diabetiků.

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 oborů a platů zdravotnického personálu. Bez vícezdrojového financování (vč. zapojení prostředků státního rozpočtu, ev. Evropských fondů - IOP) by nebylo možné je realizovat. Nedostatek financí je dále způsoben nesouměrným systémem financování jednotlivých oborů a jednotlivých složek zdravotnictví navzájem. Nesouměrnost financování vytváří chybný dojem nevhodné struktury lůžkových zařízení i nevhodné velikosti ošetrovacích stanic.

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, specifický cíl 2.3: 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.
- Integrovaný regionální operační program - investiční priorita 5b, specifický cíl 1.3: Zvýšení připravenosti k řešení a řízení rizik a katastrof k zajištění připravenosti k řešení rizik především přizpůsobením vybavenosti ZZS.
- 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.
- Operační program životní prostředí - investiční priorita 5: Energetické úspory: specifický cíl 5.1: Snižování energetické náročnosti veřejných budov a zvýšení využití obnovitelných zdrojů energie (snižování spotřeby energie zlepšením tepelně technických vlastností obvodových konstrukcí budov, včetně dalších opatření vedoucích ke snížení energetické náročnosti budov).

Krajské finanční zdroje

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. Další možností je podpora investičních akcí v zařízeních s majetkovou účastí LK formou spoluúčasti v daném projektu.

2.8 ANALÝZA POSKYTNUTÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH V LIBERECKÉM KRAJI

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

Analýza se zabývá poskytnutou hospitalizační a ambulantní péčí za roky 2010, 2011, 2012 a za první pololetí roku 2013 v těchto nemocnicích: Krajská nemocnice Liberec, a. s.; Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s.; Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.; Masarykova městská nemocnice Jilemnice p. o.; Panochova nemocnice Turnov s. r. o. a Nemocnice Semily p. o.

Analýza byla zpracována v této struktuře:

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

A) Závěr z analýzy objemu a struktury vykázané péče

V průběhu sledovaného období je počet hospitalizací relativně konstantní bez zásadních výkyvů. K dílčímu poklesu počtu případů dochází v letech, kdy byla úhradová vyhláška nastavena na omezenou péči (roky 2011 a 2013). Pozitivním trendem je snižování průměrné ošetrovací doby, průměrných ZUM-ZULP (zvláště účtovaný materiál a zvláště účtovaný léčivý přípravek) a průměrného počtu bodů, zejména v roce 2013. Stěžejní podíl případů je hrazen 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 Libereckého 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 efektivnosti případů hospitalizací

Při posuzování ekonomické efektivnosti vykázané akutní lůžkové péče v prostředí současných úhradových mechanismů, využíváme jednotný systém klasifikace (DRG) a přiřazení jednotných relativních výnosových parametrů - ocenění případů hospitalizací relativními váhami, které jsou jednotné pro všechna zdravotnická zařízení a všechny zdravotní pojišťovny v rámci celé ČR. Na straně skutečných výnosů je situace výrazně komplikovanější, v případě, že ocenění relativní váhy případů základní sazbou vykazuje veliké rozdíly. V důsledku toho je stejný případ hospitalizace zaplacen nemocnicím diferencovaně. Při použití celostátní referenční základní sazby z úhradové vyhlášky (29. 500,- 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 DRG je nemocnice v Jilemnici, kdy dochází mezi lety 2010 až 2012 ke zlepšování.

V rámci této analýzy byly na úrovni agregovaných dat indikovány 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 Libereckého kraje s ukazateli celostátních parametrů a 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 Libereckého kraje za tři a půl roku), jsou v „Analýze“ uvedeny agregované výstupy.

ZÁVĚR

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 Libereckého kraje došlo v roce 2012 k mírnému překročení 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 z nich překročení průměrných materiálových nákladů (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 % nižší než celostátní průměr (u případů se závažnými komplikacemi a souběžnými nemocemi o 4,75 %). 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 2013 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 62,5 %.
- 66,7 % pacientů z okresu Jablonec nad Nisou je ošetřeno v nemocnicích jabloneckého okresu.
- 59,5 % pacientů z okresu Semily je ošetřeno v nemocnicích semilského okresu.
- 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 11,7 % 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, kardiologii, 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 není v Libereckém kraji 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 Semily do Královéhradeckého kraje). Opačným směrem, tj. do Libereckého kraje, míří pacienti nejvíce v oborech neurochirurgie (KNL), plastická chirurgie (Vysoké nad Jizerou), radioterapie a radiační onkologie (KNL). Nejvíce se jedná o pacienty ze sousedících krajů: Ústeckého kraje, Královéhradeckého kraje a Středočeského kraje.

ZÁVĚR

Migrace pacientů v rámci LK a mimo kraj odpovídá struktuře poskytované péče v daných regionech. V některých oblastech se dlouhodobě vyskytuje „napojení“, zejména lékařů primární péče, na zdravotnická zařízení mimo LK (nejčastěji v Praze - např. privátní ordinace kardiologie v okr. ČL), i když je shodná péče poskytována v našem kraji (zejména v KNL). Cílem Libereckého kraje je posilování vazeb mezi ZZ v rámci LK.

2.10 ZDRAVOTNICKÉ INFORMAČNÍ SYSTÉMY

Vzájemnou interakcí mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty, mezi zdravotníky navzájem a mezi pacienty navzájem se zabývá tzv. eHealth, eZdraví či eZdravotnictví. Cílem programů elektronizace zdravotnictví je především zkvalitnění prevence, diagnostiky, léčby a dostupnosti péče, tedy tzv. managementu zdraví. Významnou složkou zavádění elektronizace je zefektivnění péče.

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

V rámci projektu „Rozvoj eHealth“ by měla být jednak zpřístupněna zdravotnická dokumentace pro všechna zdravotnická zařízení Libereckého kraje s akutní lůžkovou péčí a ZZS LK a navzájem mezi sebou. Výsledným efektem pro ZZS LK je získání „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 záchranné službě mají předávat aktuální informace o volné lůžkové kapacitě (především ventilovaná intenzivní lůžka).

Datové propojení nemocnic pak umožní i bezpečné a rychlé předávání elektronické dokumentace mezi nemocnicemi Libereckého kraje. Jedná se o 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 v KNL. 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 ZZS LK a nemocnic Libereckého kraje poskytujících akutní lůžkovou péči.

V oblasti efektivní elektronizace zdravotnictví se jeví jako podstatné, aby odpovědnost za správu systému elektronizace zdravotnictví v ČR převzal stát a zajistil vznik a přijetí národní strategie.

ZÁVĚR

Existující problémy s elektronickým sdílením a archivací zdravotnické dokumentace vyřeší projekt „eHealth“, který umožní propojit dosud decentralizované řešení v komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb na různých úrovních, včetně archivace zdravotnické 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 forenzních auditů poskytnuté péče.

2.11 SWOT ANALÝZA

Silné stránky (S):

- a) relativně dostatečná kapacita lůžkových zdravotnických zařízení – relativně dobré naplnění ukazatelů lůžkového fondu,
- b) fungující systém přednemocniční neodkladné péče formou příspěvkové organizace kraje (Zdravotnická záchranná služba LK),
- c) uskutečněná částečná restrukturalizace lůžkového fondu,
- d) specializovaná a superspecializovaná zdravotní péče soustředěná do vybraných center,
- e) poskytovatelé zdravotní péče s nadregionálním významem,
- f) kvalitativně dobrá úroveň poskytování zdravotních služeb (permanentní proces obnovy přístrojové techniky, kvalitní lidské zdroje),
- g) kladné hospodářské výsledky “krajských” nemocnic,
- h) řízení procesů managementu kvality ve ZZ,
- i) koncepční řízení oblasti veřejného zdraví v LK (Zdravotní politika Libereckého kraje - dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel LK),
- j) hodnota indexu stáří příznivější ve srovnání s ČR,
- k) 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) neexistence Koncepce zdravotnictví ČR,
- b) kraj není zřizovatelem všech zdravotnických zařízení v kraji, což znamená omezený vliv na „ne krajské“ nemocnice a jejich koncepční zaměření,
- c) podfinancování investičních potřeb,
- d) územní nerovnoměrnost v kapacitách pro poskytování lůžkové akutní péče,
- e) nevyužití všech možností efektivní spolupráce mezi krajskými nemocnicemi,
- f) částečně nevyužitý potenciál spolupráce nemocnic a záchrané služby,
- g) nedostatek prostoru (území) pro další modernizaci a rozvoj péče v Krajské nemocnici Liberec (nedostatek prostoru pro funkční rozvoj medicíny, rozvoj specializované a superspecializované péče),
- h) podinvestovanost v oblasti budov a technologického zázemí v NsP ČL,
- i) migrace pacientů za péčí do sousedních krajů, a to i v péči, která je v kraji zajištěna,
- j) nedokonalé fungování kontaktního místa ze strany většiny nemocnic jako komunikačního bodu pro předávání informací mezi operačním střediskem ZZS LK a nemocnicemi,
- k) nevhodné podmínky (stavební a prostorové) pro sídlo ZZS LK,
- l) nevyhovující podmínky některých výjezdových základen ZZS LK,
- m) zastaralý vozový park ZZS LK bez zajištění pravidelné obměny,
- n) nerovnoměrné vytížení jednotlivých posádek výjezdových základen v kraji,
- o) chybějící lůžka následné péče a následné hospicové péče,
- p) nedostatek lékařů s atestací v oboru urgentní medicína,
- q) existující problémy s elektronickým sdílením a archivací zdravotnické dokumentace,
- r) 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,
- c) rozšiřování systému akreditace a řízení kvality v nemocnicích a ZZS LK,
- d) zkvalitnění fungování kontaktních míst u poskytovatelů lůžkové péče (příjem pacientů od ZZS),
- e) prostor a vůle ke zlepšení spolupráce poskytovatelů akutní lůžkové péče se ZZS LK ve smyslu fyzické blízkosti základen a vzdělávání,
- f) další možnosti restrukturalizace zdravotní péče v návaznosti na dokončenou fúzi KNL a PNT, efektivnější využití kapacit obou zařízení,
- g) podpora v oblasti získávání akreditací pro specializované vzdělávání,
- h) podpora rezidentských míst v oborech primární péče,
- i) možnost ovlivnit rovnoměrné rozmístění poskytovatelů VPL, PLDD, ZL při výběrových řízeních se zdravotními pojišťovnami,
- j) definování optimální struktury sítě poskytovatelů zdravotních služeb,
- k) příprava akreditace pro vzdělávání zdravotnických záchranářů na Ústavu zdravotnických informací TU v Liberci,
- l) možnost kraje podílet se na zdravotnické legislativě prostřednictvím připomínkových řízení k zákonům a dalším právním předpisům,
- m) možnost zkvalitnění elektronizace zdravotních služeb,
- 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 situace ve zdravotnické legislativě a prováděcích předpisech, vč. neznámých budoucích řešení financování (úhrady zdravotní péče),
- e) pokles počtu všeobecných praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a zubních lékařů v důsledku jejich stárnutí,
- f) zvyšování disproporce v rozmístění odborných ambulantních lékařů v okresech LK,
- g) nevyvážený systém financování jednotlivých oborů a složek zdravotnictví navzájem,
- h) stoupající výskyt případů dáivého kašle a příušnic v LK,
- i) nárůst počtu zachycených diabetiků v populaci LK.

Hlavní problémy

Na základě SWOT analýzy byly definovány problémové oblasti mající vliv na poskytování lůžkové akutní péče a přednemocniční neodkladné 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, což znamená omezený vliv na „ne krajské“ nemocnice a jejich koncepční zaměření,
- neexistence definování optimální struktury sítě poskytovatelů zdravotních služeb,
- nevyužití všech možností efektivní spolupráce mezi nemocnicemi a mezi nemocnicemi a ZZS LK,
- nedostatek prostoru (území) pro další modernizaci a rozvoj péče v KNL, a.s.,
- podinvestovanost v oblasti budov a technologického zázemí v NsP ČL,
- neexistující emergency (nizkoprahové urgentní příjmy jako univerzální bod pro příjem pacientů), nedokonalé fungování kontaktního místa ze strany většiny nemocnic jako komunikačního bodu pro předávání informací mezi operačním střediskem ZZS a nemocnicemi,
- nedostatek financí na investiční činnost,
- 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 takové sítě zdravotních služeb, která bude dostatečně stabilním prostředím, které neumožní vstup silných soukromých poskytovatelů na trh zdravotních služeb v LK.

Vizí Libereckého kraje pro období 2014-2020 je zajištění a udržení kvalitní dostupné péče 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 **6 prioritních 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.
- 6.** Podpora při zajištění finančních zdrojů, zejména na investice.

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

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 poskytovatele přednemocniční neodkladné péče, která 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:

Vzájemná spolupráce Krajské nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice 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 péče ve spádových územích a respektování nadřazenosti KNL jako vyššího pracoviště ve většině oborů. V některých oborech je v regionu Českolipska vnímána z historického regionálního členění jako pracoviště vyššího typu Nemocnice Ústí nad Labem.

Jednou z možností, jak pozitivně ovlivnit hospodaření obou nemocnic, je například realizace společných nákupů léků či spotřebního zdravotnického materiálu apod.

Aktivity:

- 1. Motivovat a úkolovat obě představenstva a.s. k maximální spolupráci a veřejné komunikaci důvodů pro hledání řešení (v ekonomické, personální a odborně zdravotnické oblasti).**
- 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: Ad 1) průběžně
Ad 2) 2015-2016

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.1.2 Modernizace Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Komentář:

V KNL je třeba řešit 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. V roce 2013 byla ustanovena pracovní skupina pro posouzení variant rozvoje nemocnice (výstavba nové vs. modernizace stávajícího areálu). Ze zpracovaných analýz vyšlo jako navržené řešení modernizace ve stávajícím areálu.

Aktivity:

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

- analyzovat dostupné finanční zdroje a finanční nástroje,
- rozvoj krajské nemocnice řešit v souvislosti s provozem polikliniky a ZZS LK.

Gestor: KNL

Termín: 2015-2016

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

3.1.3 Modernizace Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.

Komentář:

V NsP ČL je třeba řešit následující témata:

- zdroj tepla a chladu,
- rozvody ZTI,
- nedostatek lůžek následné intenzivní péče,
- dokončení centrálního urgentního příjmu,
- modernizace dialyzačního střediska,
- modernizace dětského oddělení,
- přístrojová modernizace.

Aktivity:

4. Vypracovat studii, která posoudí vhodnost potenciálních investic:

- analyzovat dostupné finanční zdroje a finanční nástroje (např. EPC projekt).

Gestor: NsP ČL

Termín: 2015/2016/2017

Financování: vícezdrojové financování (fondy EU, vlastní prostředky, spolufinancování LK...)

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 managementu všech zdravotnických zařízení na území LK se bude při vyjednávání se ZP o případné restrukturalizaci péče vždy jednat o postup suverénního vedení nemocnice, většinou bez přítomnosti jiných ZZ v kraji. Návrhy řešení musí být dohodou také suverénní, nicméně koncepční, danou znalostí chodu nemocnice, potřeb ze strany pacientů a schopností zajistit efektivní provoz. Některá témata lze řešit koncepčně na úrovni kraje a k diskusi dále přizvat ostatní dotčené subjekty (jako např. přizvat ZZS LK, Policii ČR, Městskou policii atp. při řešení problematiky protialkoholní záchytné stanice).

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 v případě 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.

Následně je potřeba zajistit (optimálně smluvním vztahem, dohodou o spolupráci apod.), 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 postspecializační a následnou péči pak opětovně zajistit 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.

Proces koncentrace vysoce specializované péče na národní úrovni a vytvoření účinného návazného systému péče na regionální úrovni je cílem tzv. Koncepce návazné péče. Z hlediska organizace zdravotní péče tak bude při zachování principů koncentrace a zohlednění regionální dimenze potřeb

optimalizována dostupnost péče v návaznosti na epidemiologickou situaci na národní a regionální úrovni.

Aktivity:

5. Vytvořit pracovní skupinu ze zástupců všech nemocnic se zaměřením na následující oblasti:

- definovat optimální strukturu sítě poskytovatelů zdravotních služeb,
- 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 péči - optimálně smluvním vztahem (dohodou, deklarací či memorandem) – v rámci zdravotnických zařízení 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 či návaznou 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,
- definovat rozsah služeb poskytovaných v obecném hospodářském zájmu.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: průběžně

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:

6. Vytvořit 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,
- v souladu se zákonem zřídit v nemocnicích 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 (př. zajištění služby koronera při prohlídkách zemřelých mimo zdravotnické zařízení),
- 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) ZZ s cílem vytvořit podmínky pro lepší spolupráci a vzájemnou pomoc (např. při sestavování posádek ZZS LK),
- sjednotit databázi používaných materiálů a léčiv mezi ZZS LK a ostatními nemocnicemi, s cílem zefektivnit nákupy, zlevnit a zjednodušit práci zdravotníků,
- řešit přepravu pacientů neodkladné péče,
- vyhodnotit možný přesun výjezdové základny ZZS LK Česká Lípa do areálu bývalé dopravy.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: 2015 a dále průběžně

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. Neodůvodněně jsou odesíláni „finančně nákladní“ pacienti z privátní ambulantní péče do ambulancí nemocnic. V případě jejich odmítnutí je pak kompletní spektrum pacientů odesíláno 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:

7. Postavit vztah s primárním sektorem na roli, kterou obecně hrají nemocnice v dané oblasti - tj. centrum zdravotní péče v regionu.
8. Založit strategii budování vztahů mezi lůžkovými odbornostmi a jejich ambulantními partnery na vzájemně výhodné spolupráci.
9. 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:

Konkrétním projektem LK v rámci projektu eHealth je podpora předávání elektronické dokumentace – informací o pacientovi mezi ZZS LK a nemocnicemi s akutní péčí v LK. Výjezdová jednotka ZZS LK pak předá tzv. „emergency informace“ o pacientovi 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:

- 10.** 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.
- 11.** Vytvořit a podporovat pracovní skupinu pro zajištění dohody a shody všech partnerů – nemocnic v LK a ZZS LK - a definovat potřeby v rámci projektu elektronizace zdravotnictví.

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 úrovni 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 Liberec (včetně nemocnice Turnov) se svými dceřinými společnostmi, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa a Zdravotnická záchraná služba Libereckého kraje.

3.2.1 Efektivní a transparentní řízení akciových společností

KNL a NsP ČL mají formu akciových společností. Řízení akciových společností obecně 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 LK. I díky tomu není 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 LK. 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 tohoto

dokumentu. Vlastnická politika nesmí sloužit k ovlivňování každodenních rozhodnutí uvnitř a.s. (tzv. obchodní řízení společnosti), nesmí rušit jejich autonomii, pouze by měla definovat cíle, eventuálně základní principy fungování.

Prvním krokem pro vytvoření vlastnické politiky by mohl být soubor základních strategických cílů nemocnic s majoritním podílem kraje, včetně základních tezí ředitelů, kteří vzešli z výběrových řízení, a s kterými se politická reprezentace LK ztotožňuje. Hierarchie cílů by měla odpovídat jak časovému hledisku (cíle dlouhodobé – střednědobé - krátkodobé), tak stupni 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 mělo být veřejně přístupné, nejlépe na internetu. Vlastnická politika by měla být schválena orgány LK. Jedná se o základní dokument, který určuje představu vlastníka o směřování firmy. Jeho pravidelné hodnocení by mělo být poskytováno zastupitelstvu LK.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: 2015

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.2.2 Vytvoření pravidel pro transparentnost ve veřejných zakázkách

Metodická i přímá podpora kraje by měla zahrnovat posuzování významnějších veřejných zakázek z pohledu principů 3E (princip hospodárnosti, efektivity a účelnosti) tak, aby vypisované veřejné zakázky (zejména nadlimitní) vedly k naplňování vlastnické politiky kraje, rozvíjely organizace a zabezpečovaly jejich provoz, a to za splnění podmínky hospodárnosti a efektivity.

Aktivity:

12. Vytvořit strategický dokument nemocnic s majetkovou účastí Libereckého kraje (vlastnická politika kraje) 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 kraje a nad poskytováním dotací z krajského rozpočtu (viz zákon o finanční kontrole).

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: 2015

Financování: bez nároku na rozpočet LK

3.3 CÍL 3

EFEKTIVNÍ A KOORDINOVANÉ VYJEDNÁVÁNÍ SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

Komentář:

Základem péče o zdraví je prevence, včasný záchyt onemocnění a podpora zdravého životního stylu. To je z odborného hlediska úkolem především zdravotníků primární péče, z širšího hlediska pak úkolem politických reprezentací. Političtí reprezentanti kraje musí při vyjednávání se ZP zastupovat většinou spádovou oblast, vzájemně koordinovat ZZ, a to s ohledem na definované požadavky lékařské péče. Oboustranným zájmem (ZP i ZZ) pak musí být spokojený občan-pacient.

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 těch nemocnicích, kde existují největší kapacitní předpoklady pro její maximální využití. Dotační zdroje na nákupy nákladné techniky (ROP, IOP) musí podléhat supervizi kraje. Minimálně krajská samospráva by měla být informována o záměrech nemocnic či jejich vlastníků (veřejnoprávních korporací zejména) ucházet se o dotaci.

Jedná se zejména o následující druhy přístrojů: magnetickou rezonanci, angiografické a kardioangiografické přístroje, terapeutický ozařovač, RTG simulátor pro radioterapii, RTG skiaskopicko-skiografický 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, budou se tímto hájit i zájmy jednotlivých nemocnic. Řada jednání se zdravotními pojišťovnami se nyní děje „ad hoc“ a pouze v rámci zájmu konkrétního poskytovatele lůžkové zdravotní péče. Tato praxe vede k zásadní roztržiténosti a nekonceptnosti poskytované péče, která sice mnohdy vede ke krátkodobému úspěchu a spokojenosti části obyvatel ve spádové oblasti nemocnice, nicméně z globálního pohledu, ve vztahu k potřebám 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 lůžek akutní (standardní, intenzivní) a následné péče.

Aktivity:

- 13.** Reprezentovat v rámci jednání se zástupci zdravotních pojišťoven vždy zájmy vycházející z provedené analýzy a tedy i potřeb kraje jako celku (z definované sítě ZZ).
- 14.** Vytvořit pracovní skupinu složenou z ředitelů nemocnic nebo lékařských ředitelů (lékařských náměstků) a zástupce ZZS LK za účelem získání odborně podloženého stanoviska kraje k jednání se ZP, a to nejen v rámci lůžkových oborů, ale i v případě vzniku externích ambulancí, které by se mohly dotknout činnosti nemocnic, s cílem prosazovat definovanou síť poskytovatelů ZS.

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: průběžně

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. LK považuje definovanou síť lůžkových ZZ za nezbytnou pro poskytování dostupné, kvalitní, bezpečné a celkově efektivní péče v kraji. 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 majetkovou účast, se nepředpokládá prodej ani pronájem nemocnic a jejich částí do soukromých rukou. Je dobré dosáhnout shody na úrovni veřejnoprávních vlastníků nemocnic v zamezení případného outsourcingu některých aktuálně nevýnosných oborů do soukromých rukou. Cílem je hledat řešení ve spolupráci nemocnic.

Aktivity:

- 15. 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. Právě Liberecký kraj dlouhodobě podporuje projekty kvality, např. „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 podpora 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.

Součástí řízení kvality je personální strategie. Zdravotnické zařízení musí zajistit personální zabezpečení pro poskytování zdravotních služeb, které je dle rozhodnutí Krajského úřadu oprávněno poskytovat. Personální zabezpečení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče. Požadavky na minimální personální zabezpečení, týkající se odborné, specializované, popřípadě zvláštní odborné způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a jejich počty, stanoví vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění vyhlášky č. 287/2013 Sb. Za personální politiku zdravotnického zařízení je odpovědný management. Při vážných personálních problémech je management akciových společností povinen informovat akcionáře, v případě příspěvkových organizací musí management informovat odbor zdravotnictví KÚ LK.

Také strategie technologického a technického vybavení se významně podílí na kvalitě péče. Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb, které je dle rozhodnutí Krajského úřadu oprávněno poskytovat, technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče. Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, týkající se stavebně technického, funkčního i dispozičního uspořádání prostor pro vybavení zdravotnickými prostředky, přístroji a zařízeními, stanoví vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Tato vyhláška tedy upravuje vybavení ambulancí, lůžkových oddělení všech druhů a forem péče, včetně požadavků na vybavení zdravotnické záchranné služby. Vybavení vozidel pro poskytování přednemocniční neodkladné péče je upraveno vyhláškou č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení

poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky.

Za technické vybavení zdravotnického zařízení je odpovědný management. Managementy zdravotnických zařízení vypracovávají čtyř až pětileté investiční plány s určením priorit pro daný rok.

Aktivity:

- 16. Podporovat (i finančně) proces externího hodnocení kvality (akreditace, spokojenost pacientů, národní sada ukazatelů NRC).**
- 17. Usilovat o navázání procesu akreditace na systém úhrad plátců péče (zdravotní pojišťovny).**
- 18. Podpořit rozhodovací proces pacienta v závislosti na zveřejňovaných informacích o hodnocení kvality péče.**
- 19. Pravidelně monitorovat dodržení zákonné povinnosti přesčasových hodin zdravotnických pracovníků, především lékařů.**
- 20. Monitorovat obory, oblasti, kde je prostor v rámci personalistiky pro zlepšení stavu, monitorovat případný nedostatek zaměstnanců apod.**
- 21. Monitorovat a aktualizovat investiční potřeby nejen „krajských“ ZZ, vytipovat kritická místa a popsat způsob řešení.**

Gestor: Liberecký kraj - resort zdravotnictví

Termín: průběžně

Financování:^[RA1] z rozpočtu LK

3.6 CÍL 6

PODPORA PŘI ZAJIŠTĚNÍ FINANČNÍCH ZDROJŮ, ZEJMÉNA NA INVESTICE

Komentář:

Hospodářský výsledek i cash flow nemocnic v rámci Libereckého kraje jsou v posledních letech většinou dobré. Nemocnice nepotřebují větší provozní dotace od svých majitelů (zřizovatelů) a mají dobrou platební morálku. Zásadním problémem každé z nich je však financování investic. Žádná nemocnice není dlouhodobě schopna zajistit z vlastních prostředků a v plném rozsahu ani základní, ani rozšířenou reprodukci přístrojů a budov. Není tedy schopna rozvojových projektů.

V jiné situaci je ZZS LK, jejíž hospodaření i investiční aktivita z velké části závisí na každoročním příspěvku z rozpočtu jejího zřizovatele, tedy LK.

Mají-li lůžková zdravotnická zařízení i ZZS LK nadále dobře fungovat a poskytovat potřebnou péči, jsou nutné tyto důležité kroky:

- zpracovat plán zásadních investic včetně priorit,
- zpracovat finanční plán na jejich realizaci,
- přijmout financování investic v oblasti zdravotnictví jako jednu ze základních priorit kraje,
- jednat s MMR o možnostech financování investic z fondů EU.

Aktivity:

- 22. Zpracovat plán zásadních investic včetně priorit všech lůžkových zdravotnických zařízení LK a ZZS LK na období 2015-2018 (2020) - (v rámci pravidla 7 + 2).**
- 23. Zpracovat finanční plán na jeho realizaci.**
- 24. [RA2] Podporovat finančně investice příspěvkových organizací LK, u organizací založených LK – spolufinancování, pokud byl záměr projektu schválen orgány LK.**
- 25. Intenzivně jednat s MMR ČR a dalšími relevantními subjekty o možnostech financování plánu investic z fondů EU.**

Gestor: Liberecký kraj

Termín: průběžně

Financování: z rozpočtu LK (organizace zřizované LK, u organizací založených LK event. spoluúčast)

4. PRAVIDLA PRO MONITOROVÁNÍ PLNĚNÍ AKTIVIT

Z problémové analýzy bylo stanoveno celkem **6 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 prostřednictvím 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. 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. Bude předložena k projednání Výboru zdravotnictví, Radě a Zastupitelstvu LK.

Dokument navrhuje vytvořit následující pracovní skupiny (souhrn):

A) Pracovní skupina pro zpracování podkladů pro modernizaci KNL s cílem:

- analyzovat dostupné finanční zdroje a finanční nástroje,
- rozvoj krajské nemocnice řešit v souvislosti s provozem polikliniky a ZZS LK.

B) Pracovní skupina ze zástupců všech nemocnic s cílem dopracovat následující řešení:

- definovat optimální strukturu sítě poskytovatelů zdravotních služeb,
- zajistit dohodu o přechodu a dělbě částí 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 péči - optimálně smluvním vztahem (dohodou, deklarací či memorandem) – v rámci zdravotnických zařízení 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 či návaznou 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,
- definovat rozsah služeb poskytovaných v obecném hospodářském zájmu.

C) 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,
- v souladu se zákonem zřídit v nemocnicích 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 (př. zajištění služby koronera při prohlídkách zemřelých mimo zdravotnické zařízení),
- 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) ZZ s cílem vytvořit podmínky pro lepší spolupráci a vzájemnou pomoc (např. při sestavování posádek ZZS LK),
- sjednotit databázi používaných materiálů a léčiv mezi ZZS LK a ostatními nemocnicemi, s cílem zlevnit a zjednodušit práci zdravotníků,
- řešit přepravu pacientů neodkladné péče,
- vyhodnotit možný přesun výjezdové základny ZZS LK Česká Lípa do areálu bývalé dopravy.

D) 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*

E) Pracovní skupina složená z ředitelů nemocnic nebo lékařských ředitelů (lékařských náměstků a zástupce ZZS LK za účelem získání odborně podloženého stanoviska kraje k jednání se ZP, a to nejen v rámci lůžkových oborů, ale i v případě vzniku externích ambulancí, které by se mohly dotknout činnosti nemocnic, s cílem prosazovat definovanou síť poskytovatelů ZS.

5. ZÁVĚR

Dokument **Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče včetně návaznosti na zdravotnickou záchranou službu v období 2014-2020** je střednědobý strategický dokument, který řeší vývoj zdravotnictví v oblasti lůžkové péče ve spolupráci s poskytovatelem přednemocniční neodkladné péče v kraji. Je důležitým dokumentem pro usměrňování rozvoje v této oblasti v období do roku 2020.

Dokument pořizuje a schvaluje samospráva kraje. Povinnost zpracovat tento dokument neukládá kraji žádná legislativa, jde tedy o dobrovolné rozhodnutí samosprávy kraje.

Dokument vychází z dlouhodobého strategického dokumentu, kterým je strategie rozvoje kraje a dále navazuje na program rozvoje kraje, z kterého přebírá schválenou vizi, strategické cíle a rozvojová opatření v oblasti zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče.

Nespornou výhodou dokumentu je vyjádření shody rozhodujících subjektů, jež dokument zmiňuje.

Hlavní smysl využití tohoto dokumentu je spatřován ve využití všemi zainteresovanými stranami pro podporu jejich rozvoje. Zároveň by měl být základním vodítkem pro vyvážený rozvoj lůžkové péče a přednemocniční neodkladné péče v Libereckém kraji.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

3D	trojrozměrný
AK ČR	Asociace krajů ČR
ARO	anesteziologicko - resuscitační oddělení
a.s .	akciová společnost
CT	počítačový tomograf
ČIA	Český institut pro akreditaci
ČL	Česká Lípa
ČR	Česká republika
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DRG	Diagnosis Related Group, jednotný systém klasifikace
EHR	elektronické zdravotní záznamy
EPC	Energy Performance Contracting
ePACS	systém výměny obrazových dat
EU	Evropská unie
HW	Hardware
ICT	informační a komunikační technologie
IOP	integrovaný operační program
IP	intenzivní péče
IR – DRG	Internationally Refined Diagnosis Related Group
IS	informační systém
IZS	integrovaný záchranný systém
JIP	jednotka intenzivní péče
KEP	klinicko – ekonomické profily
KNL	Krajská nemocnice Liberec
KOP	Kvalita očima pacientů
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LK	Liberecký kraj
LPS	lékařská pohotovostní služba
MMN	Masarykova městská nemocnice
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
NIP	následná intenzivní péče
NIS	nemocniční informační systém
NNO	nestátní nezisková organizace
NP	následná péče
NRC	Národní referenční centrum
NsP ČL	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa
OLÚ	odborný léčebný ústav
ORL	otorinolaryngologie
ORP	obce s rozšířenou působností
PET CT	výpočetní tomografie (CT) s pozitronovou emisní tomografií (PET)

PLDD	praktické lékařství pro děti a dorost
PNT	Panochova nemocnice Turnov
p. o.	příspěvková organizace
ROP	regionální operační program
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	rendez-vous, setkávací systém posádky rychlé zdravotnické pomoci (řidič ZZS, záchranář) s lékařem
RTG	rentgen
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SAK	Spojená akreditační komise
SEA	hodnocení vlivů koncepce na životní prostředí
SW	software
SZM	spotřební zdravotnický materiál
TBC	tuberkulóza
TRN	tuberkulóza a respirační nemoci
TU v Liberci	Technická univerzita v Liberci
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VPL	všeobecné praktické lékařství
VZ	výjezdová základna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
VZT	vzduchotechnika
ZL	zubní lékař
ZP	zdravotní pojišťovna
ZULP	zvlášť účtovaný léčivý přípravek
ZUM	zvlášť účtovaný materiál
ZS	zdravotní služba
ZTI	zdravotně technické instalace
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS LK	Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

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. 2013 a k 30. 6. 2014, září 2014
- Analýza VZP - migrace pacientů v rámci hospitalizační péče za rok 2013, září 2014
- Dopis ředitele Regionální pobočky pro Liberecký a Ústecký kraj, VZP ČR, MUDr. Petra Veselského, ze dne 3. 10. 2013

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1a: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018
KNL – zdravotnické přístroje a technika

Příloha č. 1b: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018
KNL – stavby

Příloha č. 2: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018 NsP
Česká Lípa

Příloha č. 3: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018
Nemocnice Jablonec nad Nisou

Příloha č. 4: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018
MMN v Jilemnici

Příloha č. 5: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018 NsP
Semily

Příloha č. 6: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018
Nemocnice Tanvald

Příloha č. 7: Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok 2015-2018 ZZS
LK

PŘÍLOHA Č. 1A

Zdravotnické zařízení

Krajská nemocnice Liberec

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018

ZDRAVOTNICKÉ PŘÍSTROJE A TECHNIKA

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2014/ 2021	1	Vybavení revitalizovaných prostor ve stávajícím areálu	Nejvyšší priorita nemocnice. Vybavení nové nemocnice nebo revitalizovaných prostor zdravotnickou technikou, přístroji a vybavením. V rámci projektu bude docházet k přemístování stávajícího vybavení, ale především k obnově a instalaci nového moderního vybavení v souladu s trendy moderního zdravotnictví 21. století. U projektu se předpokládá financování z evropských projektů.	bude upřesněna (požadovaná spoluúčast vlastníků bude upřesněna)	příprava a konzultace projektu
2014		Dodávka lineárního urychlovače	Náhrada stávajícího zastaralého urychlovače.	148.000 (požadovaná spoluúčast vlastníků - 15%)	probíhá výběrové řízení
2015		Modernizace a obnova přístrojového vybavení Trauma-centra KNL, a.s.	Předmět veřejné zakázky je rozdělen do 18 následujících částí: Skigrafický přístroj s přímou digitalizací, Pojízdný RTG přístroj, Transportní lůžka, Transportní monitory, Plicní ventilátory, Mobilní ultrazvuky, Operační světlo se zabudovanou kamerou, C rameno bez 3D rekonstrukce, Vybavení operačního sálu, Navigace - rozšíření o 3D software, nástroje pro navigaci poranění páteře, Endoskopické vybavení pro končetinová poranění a poranění pánve - vrtačky, Hyperbarická komora, Přístroj pro kontinuální dialýzu, Lůžkové vybavení.	62.185,39 (požadovaná spoluúčast vlastníků - 15%)	příprava výběrové řízení
2015		Zkvalitnění zdravotní péče v oblastní chirurgii, JIP a anesteziie v KNL, a.s.	Anesteziologické přístroje, Pacientské monitory JIP, Kardiokardiografy vč. telemetrie, Plicní ventilátory, Agregometr, elektroencefalogram, Přístroj na intravazální regulaci teploty pacienta.	23.453,254 (požadovaná spoluúčast vlastníků - 15%)	příprava výběrové řízení

Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče
včetně návaznosti na zdravotnickou záchranou službu v období 2014-2020

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2015		Zlepšení kvality hospitalizační péče KNL, a.s.	Předmět veřejné zakázky je rozdělen do 2 následujících částí: Elektrická polohovatelná lůžka včetně stolků, Lůžka pro intenzivní péči.	9.679,620	příprava výběrového řízení
2014/ 2015		Upgrade kardioangiografické linky	Upgrade nutný z důvodu velké opotřebenosti stávajícího stroje.	12.000	
2015		Brachyterapie vč. plánovacího systému a C ramene	Pořízení Brachyterapeutického systému, který je podmínkou pro udržení statutu Onkologického centra.	21.000	
2015/ 2016		Počítačový tomograf pro Panochovu nemocnici Turnov	Náhrada za stávající CT.	15.000	
2016		Upgrade MRI Philips-Achieva 1,5T		13.650	
2015		Elektroanatomický mapovací systém	Stávající zapůjčený přístroj již nemá servisní podporu. Nákup nutný z důvodu zajištění stávajícího chodu kardiocentra.	5.000	
2015		SW a HW upgrade angiografického přístroje GE Innova	Upgrade nutný z důvodu nedostačujícího SW vybavení a HW opotřebenosti angiografie Neurochirurgického centra.	4.750	
2017		PET/CT	V současné době je nejbližší PET/CT v Praze a Hradci Králové.	50.000	

Poznámka:

V tabulce jsou uvedeny nejvýznamnější plánované investice pro období 2015 - 2018. Jednotlivé investice a jejich prioritita může být v průběhu let měněna v závislosti na vývoji situace kolem nejvyšší priority KNL, a.s., kterou je revitalizace stávajícího areálu. Dále může být plán měněn v závislosti na finančních možnostech nemocnice, jejích potřeb a všeobecné situaci ve zdravotnictví.

PŘÍLOHA Č. 1B

Zdravotnické zařízení

Krajská nemocnice Liberec

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018 (2020)

STAVBY

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2014/ 2021	1	Revitalizace stávajícího areálu	Nejvyšší priorita nemocnice - výstavba nové nemocnice nebo revitalizace stávajícího areálu na nemocnici 21. století. Součástí projektu budou prvotní konzultace, zpracování záměru, projektové dokumentace, výstavba a zprovoznění. U projektu se předpokládá financování z evropských fondů.	bude upřesněno	příprava a konzultace projektu
2014/ 2015		Centrální příjem interních oborů	Vznik centrálního příjmu interních a kardiologických oddělení v přízemí objektu Pavilonu interních oborů sekce D objektu. Kapacita nového příjmu bude 6-7 vyšetřovacích lůžek a 4 vyšetřovací křesla. Součástí úprav bude i zázemí pro personál.	6.500	dispoziční řešení příjmu
2014/ 2015		Stavební úpravy objektu odd. nukleární medicíny	ROP - stavební úpravy pro osazení SPECT/CT gamakamery a úprava prostor pro přípravu radiofarmak dle platné legislativy. Stavební úpravy proběhnou v 1. PP a v 1.NP objektu.	6.500	Veřejná zakázka a zpracování dokumentace
2015		Centrální příjem nemocnice	Vznik centrálního urgentního příjmu nemocnice pro nemocné z Liberce a blízkého okolí. Jako nejpravděpodobnější se jeví zřízení centrálního urgentního příjmu v přízemí Pavilonu chirurgických oborů - Součástí projektu budou i s tím vyvolané drobné přesuny některých provozů, které budou upřesněny po ukončení prvotních konzultací a zpracování dispozičního řešení.	bude upřesněno	probíhají konzultace a příprava dispozičního řešení
2015/ 2016		Zřízení NIP+DIOP	Zřízení stanice v rámci nemocnice pro pacienty, kteří vyžadují následnou intenzivní péči nebo dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči pro pacienty z Liberce a blízkého okolí.	15.000	probíhají jednání se zdravotními pojišťovnami

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2015/ 2017		Modernizace Budovy D v areálu KNL, a.s.	Modernizace technického stavu objektu - výměna výtahů, oken, zdravotně technických instalací vč. rekonstrukcí sociálních zázemí v objektu, modernizace rozvodu a elektroinstalací. Stávající instalace jsou původní, z doby výstavby objektu a jsou zastaralé, dožilé, na pokraji havarijního stavu.	30.000	je zpracovaná projektová dokumentace
2016		Modernizace objektu bývalého dětského oddělení v Panochově nemocnici v Turnově	Modernizace objektu v horším technickém stavu dle rozhodnutí o jeho dalším využití.	20.000	probíhají konzultace
2015/ 2021		Reforma psychiatrické péče	Program MZČR v nadcházejícím období. Bude financováno ze strukturálních fondů EU (85%). V KNL, a.s. se bude jednat především o modernizaci objektů - stávající objekt psychiatrického odd. + objekt bývalého plicního odd., kde bude zřízeno centrum duševního zdraví v Liberci s plánem poskytování denní stacionární péče, ambulantní péče, terénních služeb, krizové intervence, psychiatrické rehabilitace a služeb klinického psychologa. Ve stávajícím objektu dojde k rekonstrukci prostor psychiatrického oddělení pro hospitalizované s duševní poruchou.	100.000 – 150.000	konzultace s MZČR

Poznámka:

V tabulce jsou uvedeny nejvýznamnější plánované investice pro období 2015 - 2018. Jednotlivé investice a jejich priorita může být v průběhu let měněna v závislosti na vývoji situace kolem nejvyšší priority KNL, a.s., kterou je revitalizace stávajícího areálu. Dále může být plán měněn v závislosti na finančních možnostech nemocnice, jejích potřeb a všeobecné situaci ve zdravotnictví.

PŘÍLOHA Č. 2

Zdravotnické zařízení

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018

Rok	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2015	Rekonstrukce a výměna stoupaček monoblok ZTI	Výměna rozvodů ZTI, úpravy povrchů (zazděné stoupačky)	70.000	Projektová studie z r. 2012
	Rekonstrukce zdroje chladu pro vzduchotechniku EPC	Rekonstrukce a výměna agregátů (nyní Freon R22)	15.000	investiční záměr
	Stravovací provoz - stavební a technologie (celková rekonstrukce)	Celková rekonstrukce	21.000	investiční záměr
	Úprava VZT pro operační sál č. 2 (laminární proudění)		4.000	investiční záměr
	Sestěhování dětského oddělení, vytvoření ordinací pro privátní lékaře		3.000	ve fázi rozpracovanosti příprav
2016	Rekonstrukce a výměna stoupaček monoblok ZTI	Výměna rozvodů ZTI, úpravy povrchů (zazděné stoupačky)	20.000	investiční záměr
	Stravovací provoz -stavební a technologie (rekonstrukce)	Celková rekonstrukce	59.000	investiční záměr
	Přestěhování HDS (dialýza) do obj. dětské nemocnice	Přestěhování z nevyhovujících prostor	45.000	investiční záměr
	Plynovodní přípojka do kotelny (Mandant)		1.500	investiční záměr
	Rekonstrukce tepelného zdroje – kotelny EPC	Výměna kotlů a celková rekonstrukce	20.000	Odborný posudek z r. 2010
	Rekonstrukce výměňkových stanic 3 x - pára teplá voda EPC	Přechod z páry na teplou vodu - kompletní rekonstrukce	20.000	investiční záměr
2017	Chirurgická ambulance - monoblok (přestěhování + RTG)	Přestěhování do hlavního objektu - přístup pacientů	13.000	investiční záměr
	Rekonstrukce operačních sálů včetně řešení vzduchotechniky	Kompletní rekonstrukce	110.000	investiční záměr
	Rekonstrukce výtahů - monoblok, poliklinika, dětské, kuchyň	Výměna výtahů za moderní typy	18.050	investiční záměr
	MaR - VS č. 3, VZT poliklinika, VZT dětská nemocnice	Zajištění ovládní zařízení z centrálního dispečinku	12.000	investiční záměr

Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče
včetně návaznosti na zdravotnickou záchrannou službu v období 2014-2020

Rok	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2018	Rekonstrukce objektu ubytovna	Kompletní rekonstrukce vč. zateplení a vybavení	18.500	investiční záměr
	Magnetická rezonance - RDG	Doplnění zdravotnického vybavení nemocnice	25.000	investiční záměr
	Podlahové krytiny a výměna dveří - monoblok		15.000	investiční záměr
	Přístrojové vybavení - obměna			

PŘÍLOHA Č. 3

Zdravotnické zařízení

Nemocnice Jablonec nad Nisou

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018 (2020)

Rok	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2015	rekonstrukce operačních sálů ortopedie a sálu č. 1	nové povrchy, podhledy, obklady stěn, PVC, okopové lišty, malby, nátěry, slabo i silnoproud, datová síť	5 000,00	zpracována studie a nabídka
	nový klinický informační systém	SW + HW	5 000,00	podepsána smlouva
	rekonstrukce vjezdu V1 a V3	vybudování třípruhového vjezdu do areálu nemocnice, uzavření areálu závorami, rozšíření parkování pro pacienty	6 000,00	zpracována nabídka, zpracovává se dokumentace pro stavební povolení a prováděcí dokumentace
	nový spojovací krček	vybudování nového dvoupatrového spojovacího krčku mezi chirurgickým pavilonem a pavilonem ortopedie a ORL	6 500,00	vydáno stavební povolení, zpracována prováděcí dokumentace
2016	zahájení výstavby pavilonu akutní medicíny	nový pavilon pro 6 lůžek ARO, 12 lůžek JIP, zázemí pro personál a vedení nemocnice	160 000,00	podána žádost o stavební povolení, zpracována prováděcí dokumentace
	upgrade magnetické rezonance	digitalizace stávající magnetické rezonance	15 000,00	zpracována specifikace, cenová nabídka
	nová magnetická rezonance	jde o variantní řešení k upgrade magnetické rezonance, výběr z variant závisí na realizaci jednotlivých projektů v čase	30 000,00	zpracována cenová nabídka
	rekonstrukce prádelny	dokončení obměny technologií prádelny	15 000,00	zpracována nabídka
	zámkový sál	rekonstrukce sálu plastiky na operační sál pro malé výkony gynekologie a urologie	18 000,00	zpracován projekt, vydáno stavební povolení
	modernizace vybavení operačních sálů	výměna 5 operačních stolů na čtyřech centrálních operačních sálech a na ortopedii (4 stoly jsou z roku 1994)	15 000,00	zpracována cenová nabídka
	modernizace diagnostické ultrazvukové techniky	výměna zastaralých 5 ultrazvukových přístrojů pro celotělová vyšetření i se zaměřením na vyšetření břišních a malých orgánů, srdce, cév, gynekologické aplikace atd.	10 000,00	zpracována cenová nabídka
	modernizace denzitometrie	výměna zastaralého denzitometrického přístroje	2 500,00	zpracována cenová nabídka
	skiaskopie - druhé a záložní pracoviště	druhé a záložní pracoviště vedle stávajícího hlavního třídetektorového systému	4 500,00	zpracována cenová nabídka

Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče
včetně návaznosti na zdravotnickou záchranou službu v období 2014-2020

Rok	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2017	dokončení výstavby pavilonu akutní medicíny			
	modernizace přístrojového vybavení pro gastroenterologii	výměna zastaralé přístrojové techniky pro oddělení gastroenterologie (endoskopické věže, endoskopy, koagulace, ultrazvuk)	15 000,00	zpracována cenová nabídka
	modernizace přístrojového vybavení pro ARO a JIPy	výměna monitorů vitálních funkcí, ventilátorů, anesteziologických přístrojů, lůžek, diagnostického ultrazvuku	15 000,00	
	modernizace a doplnění přístrojové techniky	Obnova a doplnění přístrojového vybavení nemocnice dle plánu investic	30 000,00	
	modernizace skiaskopie	výměna skiaskopického rentgenového přístroje	10 000,00	zpracována cenová nabídka
2018	zahájení rekonstrukce centrálních operačních sálů	kompletní rekonstrukce centrálních operačních sálů po 25 letech provozu včetně změn dispozic	130 000,00	zpracována studie
2019	modernizace přístrojů RTG oddělení	výměna zastaralých diagnostických přístrojů (mamograf, skiagraf)	10 000,00	
2020 - 2022	nový počítačový tomograf (CT)	výměna zastaralého přístroje	30 000,00	

PŘÍLOHA Č. 4

Zdravotnické zařízení **Masarykova městská nemocnice v Jilemnici** Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018 (2020)

Rok	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2016 až 2018	Přístroje - obnova a doplnění	Obnova přístrojového vybavení v etapách. Doplnění nové služby - iktová jednotka. Magnetická rezonance.	98.000	Investiční záměr
2015 až 2020	Technologie provozů a energetické hospodářství	Chladicí zařízení a vnitřní úpravy márnice. Tepelné hospodářství. Vzduchotechnika: modernizace klimatizace na operačních sálech, porodnici, centrální sterilizaci, laboratoři, ONM, RDG. Vybudování klimatizace na nové poliklinice v lékárně a ordinacích na jižní straně budovy. Vlastní zdroj vody na základě hydrogeologické studie možnost 4 vrtů v areálu.	31.000	Investiční záměr
2015 až 2020	Dostavba	Rehabilitace. Podkroví hlavní budovy: půdní vestavba pro ubytovnu zaměstnanců, případně rodinné příslušníky hospitalizovaných pacientů. Rekonstrukce vnitřních prostorů dětského oddělení. Střecha hlavní budovy a stravovacího provozu. Technické zázemí správní budovy.	59.300	Dokumentace pro stavební povolení
2015 až 2020	Dopravní řešení, zeleň a bezpečnost v areálu	Dopravní řešení: komunikace v areálu, parkovací místa, obrubníky, odtokové žlábkové chodníky, pěšinky, kamerový systém, vjezdy osazeny závorami s možností řízené kontroly parkování v areálu. Lesopark. Vnitřní zabezpečení hlavní budovy: bezpečnost pacientů kamerový systém. Zlepšení transportu pacientů, stravy a materiálu, křídlové dveře s automatickým otevíráním. Vstupy do uzavřených prostor - operační sály, ARO, vyšetřovny s ionizačním zářením, laboratoře a další elektronické zámky na identifikační karty.	12.000	Investiční záměr
2015 až 2020	Informační technologie a komunikace mezi ZZ	Nemocniční informační systémy, SW, HW.	14.000	Investiční záměr

PŘÍLOHA Č. 5

Zdravotnické zařízení

Nemocnice s poliklinikou Semily

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2015	1	Rekonstrukce a modernizace operačního sálu B	Vytvoření 2 superseptických operačních sálů z jednoho stávajícího. Nově pooperační pokoje a technické vybavení.	16.000	stavební povolení, výběrové řízení, dotace ROP
2015/ 2018	2	Modernizace stávajícího přístrojového vybavení	Obnova a rozšíření přístrojového vybavení na jednotlivých odděleních dle plánu investic NsP	65.000	

PŘÍLOHA Č. 6

Zdravotnické zařízení

Nemocnice Tanvald

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018

Rok	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2016	Zateplení objektu	snížení energetické náročnosti nemocnice	19.500	příprava
2017	Instalace solárních panelů	využití sluneční energie pro ohřev teplé užitkové vody	6.000	příprava
2018	Výstavba nového centra následné rehabilitační péče nebo odkoupení Centra doléčovací rehabilitace (CEDR) od Nemocnice Jablonec n. N.	zajištění lůžek Následné péče s aktivní rehabilitací	185.000	studie
ročně	Pravidelná obměna zdravotnického přístrojového vybavení nemocnice	dle technického stavu	cca 6.000	průběžně

PŘÍLOHA Č. 7

Organizace

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

Strategické investice se zásadním vlivem na poskytovanou péči pro rok: 2015-2018

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2015	1	20 ks sanitních vozidel	20 ks sanitních vozidel - projekt IOP 23	80.363	žádost uložena v IS BENEFIT7
	2	2 ks vozidel RV	vozidlo RV 2 ks bez vybavení	2.000	žádná
	3	1 ks resuscitátor	automatický resuscitátor pro nepřímou srdeční masáž	400	žádná
	4	2 ks ventilátor	mobilní ventilátor	800	žádná
	5	Rekonstrukce NELI 2. a 3. nadzemního patra	realizace celkové přestavby	5.000	žádná
	6	4 ks ventilátor	4 ks ventilátor	1.887,60	plánovaný projekt MZČR
	7	2 ks služební vozidlo	obnova zastaralého vozového parku	1.500	žádná
	8	Přístavba objektu LZZS	dostavba areálu o garáž + zázemí lékaři ZZS LK	5.000	zpracován jedno stupňový projekt
	9	Řešení VZ Česká Lípa	rekonstrukce stávající VZ/nového objektu	5.000	žádná
2016	1	5 ks vozidel RLP	vozidlo RLP 5x bez vybavení	10.000	žádná
	2	2 ks vozidel RV	vozidlo RV 2x bez vybavení	2.000	žádná
	3	4 ks defibrilátor	mobilní defibrilátor / monitor	2.000	žádná
	4	4 ks ventilátor	mobilní ventilátor	1.600	žádná
	5	2 ks služební vozidlo	obnova zastaralého vozového parku	1.500	žádná
	6	3 fázová elektrocentrála	řešení náhradního zdroje el. energie	150	plánovaný projekt MZČR

Zásady řízení zdravotnictví v Libereckém kraji v oblasti lůžkové péče
včetně návaznosti na zdravotnickou záchrannou službu v období 2014-2020

Rok	pořadí v roce	Název investiční akce	Stručný technický popis	Předpokládaný odhad finančních nákladů/tis. Kč	Fáze rozpracovanosti
2016	7	Rekonstrukce VZ	investice do nemovitostí - rekonstrukce VZ Liberec	5.000	žádná
2017	1	5 ks vozidel RLP	vozidlo RLP x bez vybavení	10.000	žádná
	2	2 ks vozidel RV	vozidlo RV 1x bez vybavení	2.000	žádná
	3	4 ks defibrilátor	mobilní defibrilátor / monitor	2.000	žádná
	4	4 ks ventilátor	mobilní ventilátor	1.600	žádná
	5	2 ks služební vozidlo	obnova zastaralého vozového parku	1.500	žádná
	6	Rekonstrukce VZ	investice do nemovitostí - rekonstrukce VZ Rokytnice	5.000	žádná
2018	1	5 ks vozidel RLP	vozidlo RLP 5x bez vybavení	10.000	žádná
	2	2 ks vozidel RV	vozidlo RV 2x bez vybavení	2.000	žádná
	3	4 ks defibrilátor	mobilní defibrilátor / monitor	2.000	žádná
	4	2 ks resuscitátor	automatický resuscitátor pro nepřímou srdeční masáž	800	žádná
	5	4ks ventilátor	mobilní ventilátor	1.600	žádná
	6	2 ks služební vozidlo	obnova zastaralého vozového parku	1.500	žádná
	7	Rekonstrukce VZ	Investice do celkového vybavení výjezdových základen	6.000	žádná