



Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021–2025



Zpracováno:
Odborem zdravotnictví pod odborným vedením Leoše Hegera

Schváleno:
Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 03.05.2021

Obsah

Abstrakt.....	6
Abecední seznam zkratk.....	7
Úvod.....	9
Slovo radního pro oblast zdravotnictví.....	10
Právní rámec a nástroje.....	11
Formální zadání Koncepce	14
Postup tvorby Koncepce	15
SWOT analýzy a shrnutí analytických kapitol Koncepce	23
Úvod	24
Kapitola I. Zdravotnický systém ČR	26
Kapitola II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK.....	29
Kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK	33
Kapitola IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby	38
Kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK	42
Kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatry v KHK	48
Kapitola VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK.....	59
Úvod.....	59
101 Vnitřní lékařství	65
201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie	70
209 Neurologie	72
301 Dětské lékařství a neonatologie	74
305 Psychiatrie.....	76
402 Onkologie	80
501 Chirurgie.....	83
603 Gynekologie a porodnictví.....	88
606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí.....	91
701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku.....	93
706 Urologie	95
708 Anesteziologie a intenzivní medicína (ARIM)	97
801 Laboratorní obory a patologická anatomie	101
809 Radiodiagnostika a nukleární medicína.....	105
925 Domácí zdravotní péče	108
Kapitola VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK	111

Priority rozvoje zdravotnictví Královéhradeckého kraje po roce 2020 a jejich zdůvodnění....114

Rozvojový bod 1.	
<i>(Vytvoření dohody Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a Fakultní nemocnice Hradec Králové o jednotném systému specializačního vzdělávání lékařů v rámci kraje a podpora dalších opatření pro zlepšení personální situace zdravotních sester)</i>	116
Rozvojový bod 2.	
<i>(Posílení celého komplexu zdravotní péče v oblasti následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče. V oblasti sociální péče posílení pobytových sociálních služeb, včetně případné podpory péče domácí či odlehčovací).</i>	118
Rozvojový bod 3.	
<i>(Vytvoření dalších minimálně 30 akutních lůžek pro obor psychiatrie v rámci Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a podpora dalších kroků pro posílení vládní reformy psychiatrické péče v oblasti zdravotní i sociální)</i>	122
Rozvojový bod 4.	
<i>(Posílení primárních služeb, zejména v oblasti praktického lékařství pro děti a dorost a praktického lékařství pro dospělé a posilování prevence, screeningových programů a zdravého způsobu života)</i>	124
Rozvojový bod 5.	
<i>(Udržení dostatečné rezervní kapacity v Královéhradeckém kraji v oblasti porodnické a neonatologické péče a její důsledné monitorování)</i>	126
Rozvojový bod 6.	
<i>(Zajištění konformity rozvojových plánů Královéhradeckého kraje, Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a dalších zdravotnických zařízení v majetku kraje s plány Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci vládního dokumentu Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030)</i>	127
Rozvojový bod 7.	
<i>(Posílení připravenosti na další případné epidemické vlny COVID–19)</i>	129
Rozvojový bod 8.	
<i>(Přehodnocení stávající alokace finančních zdrojů Královéhradeckého kraje pro zdravotnictví ve prospěch rozvojových bodů Koncepce a postupný útlum provozních dotací pro akutní lůžkovou péči)</i> ...	130
Rozvojový bod 9.	
<i>(Výhledová projektová příprava dodatečných investic a dořešení problémů interního oddělení v Oblastní nemocnici Náchod)</i>	131
Rozvojový bod 10.	
<i>(Posílení koordinace zdravotní péče v Královéhradeckém kraji)</i>	132
Rozvojový bod 11.	
<i>(Posílení informatiky a analytických možností na půdě odboru zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje)</i>	133
Závěr	134
Seznam použité literatury a citací	136
Poděkování.....	141

(Pozn.: nedílnou součástí Koncepce je samostatná příloha „Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje“)

Abstrakt

Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021–2025 je zpracována v následující struktuře.

Úvod – pojetí Koncepce a způsob tvorby

Pojetí Koncepce zdůrazňuje především koordinační roli KHK v rámci celého krajského zdravotnického systému. Věnuje se i roli kraje jako správce svých zdravotnických zařízení, ale obě role se snaží od sebe zřetelně oddělit. Analýza systému je postavená především na rozborech uspořádání a provozu zdravotnictví a ekonomika je zmiňována jen jako podpůrný element. Z provedených analýz a pojmenování hlavních problémů vyplývají strategické priority dalšího rozvoje zdravotnictví kraje.

SWOT analýzy a shrnutí analytických kapitol Koncepce

Tato část v osmi kapitolách shrnuje argumenty pro určení priorit, vyplývající z provedených rozborů. Jednotlivé kapitoly jsou v plném rozsahu uvedené samostatně jako příloha „Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje“ (součást Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021-2025).

Priority rozvoje zdravotnictví KHK po r. 2020 a jejich zdůvodnění

Hlavní priority Koncepce jsou určeny v podobě 11 rozvojových strategických bodů v následujících odrážkách. V analýzách je však mnohem větší výčet problémů, jejichž řešení musí být ponecháno běžnému operativnímu řízení na všech úrovních zdravotnictví kraje. Jedná se o následující priority:

- Vytvoření dohody Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a Fakultní nemocnice Hradec Králové o jednotném systému specializačního vzdělávání lékařů v rámci kraje a podpora dalších opatření pro zlepšení personální situace zdravotních sester.
- Posílení celého komplexu zdravotní péče v oblasti následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče a v oblasti sociální péče.
- Vytvoření dalších minimálně 30 akutních lůžek pro obor psychiatrie v rámci Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a podpora dalších kroků pro posílení vládní reformy psychiatrické péče v oblasti zdravotní i sociální.
- Posílení primárních služeb, zejména v oblasti praktického lékařství pro děti a dorost a praktického lékařství pro dospělé a posilování zdravého způsobu života.
- Udržení dostatečné rezervní kapacity v Královéhradeckém kraji v oblasti porodnické a neonatologické péče a její důsledné monitorování.
- Zajištění konformity rozvojových plánů Královéhradeckého kraje, Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a dalších zdravotnických zařízení v majetku kraje s plány Ministerstva zdravotnictví České republiky, a to zejména s vládním dokumentem Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030.
- Posílení připravenosti na další případné epidemické vlny COVID–19.
- Přehodnocení stávající alokace finančních zdrojů Královéhradeckého kraje pro zdravotnictví ve prospěch rozvojových bodů Koncepce a postupný útlum provozních dotací pro zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči.
- Výhledová projektová příprava dodatečných investic a dořešení problémů interního oddělení v Oblastní nemocnici Náchod a.s.
- Posílení koordinace zdravotní péče v Královéhradeckém kraji.
- Posílení informatiky a analytických možností na půdě odboru zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje.

Abecední seznam zkratk

ARIM	Anesteziologie a intenzivní medicína
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DS	Domovy pro seniory
DZP	Domácí zdravotní péče
DZR	Domovy se zvláštním režimem
EHCI	Euro Health Consumer Index (Evropský index kvality zdravotnictví)
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
HMP	Hlavní město Praha
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IP	Akutní intenzivní péče
IZS	Integrovaný záchranný systém
JHČ	Jihočeský kraj
JIP	Jednotka intenzivní péče
KHK	Královéhradecký kraj
KIN	Klinika infekčních nemocí ve FN HK
KOC HK	Komplexní onkologické centrum ve FN HK
KÚ KHK	Krajský úřad Královéhradeckého kraje
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LPS	Lékařská pohotovostní služba
LZS HK	Letecká záchranná služba Hradec Králové
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MN DK	Městská nemocnice Dvůr Králové nad Labem, a.s.
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MR	Magnetická rezonance
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N1 – 4	Stupně naléhavosti výjezdů ZZS
NIP	Následná intenzivní péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OLK	Olomoucký kraj
ORL	Otorinolaryngologie
OSV KÚ KHK	Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Královéhradeckého kraje
PAK	Pardubický kraj
PL	Praktické lékařství
PLD	Praktické lékařství pro dospělé
PLDD	Praktické lékařství pro děti a dorost
PPCHC	První privátní chirurgické centrum, spol. s r.o.

STČ	Středočeský kraj
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP HK	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové
v. z. p.	všeobecné zdravotní pojištění
ZH KHK	Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.
ZLK	Zlínský kraj
ZP	Zdravotní pojišťovny
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

Úvod

Slovo radního pro oblast zdravotnictví

Koncepci zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021–2025 vám všem předkládám s lehkým zpožděním s ohledem na obrovskou zátěž, jak v přímé zdravotní péči, tak v oblastech s ní bezprostředně souvisejících, danou současně již rok probíhající pandemií. Její předložení je součástí mé práce. Na koncepci samé žádné zásluhy nemám.

Zcela vyčerpávajícím způsobem shrnuje a pracuje s demografickými daty, jak z pohledu klientů, tak z pohledu poskytovatelů zdravotní péče, včetně demografických předpokladů, pokud se budou ubírat predikovaným směrem. A to i z pohledu toho, že všichni poskytovatelé jsou klienty péče. V koncepci je výborně a zodpovědně popsána současná situace, její slabé a silné stránky a odchylky našeho kraje jak republikové, tak evropské. Velmi dobře také popisuje specifická zdravotní rizika naší populace a z nich vycházející potřeby. A to vše jak v akutní, následné, ambulantní primární i specializační péči. Dobře upozorňuje na demografický vývoj a potřebu péče ambulantní i lůžkové z něho vyplývající. Vyzdvihuje nejasnosti na pomezí s prolínáním zdravotní a sociální oblasti, upozorňuje na její zranitelnost a nabádá k velmi pečlivé mezioborové trvalé spolupráci ustanovením trvalých pracovních skupin. Podobně také rozebírá problematiku personálního zajištění péče, které musí být věnovaná trvalá mezioborová součinnost. Důraz je kladen na nezastupitelnou úlohu prevence.

Ve vlastní koncepci čisté zdravotní péče na příštích pět let predikuje racionálně všechny její druhy, pomezí sociální a zdravotní péče neumím zhodnotit. Největší rizika koncepce vidím v absentujících závěrech zdravotních pojišťoven, personální oblasti a politických korekcích.

Dovolte mi zde na závěr upřímně a velmi poděkovat všem, kteří se na její tvorbě podíleli a to zejména jejímu „otci“ Leoši Hegerovi.

MUDr. Zdeněk Fink

Člen Rady Královéhradeckého kraje s gescí pro oblast zdravotnictví

Právní rámec a nástroje

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích definuje, že kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Do této oblasti lze mj. zařadit i oblast ochrany zdraví a podpory zdraví obyvatel a vlivy, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva jako zdravotní služby, vrozené vloh/genetická zátěž, vliv životního prostředí, celková socioekonomická situace nebo chování jednotlivce vůči svému zdraví. Kraj však v péči o své občany (a to i v oblasti zdravotnictví) plní dvojedinou roli, a to dokonce ve dvou odlišných dimenzích. V první dimenzi *de iure* dochází k prolínání samostatné působnosti a přenesené působnosti. V dimenzi druhé je kraj, podobně jako Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen „MZ ČR“), jak správcem systému, tak zároveň i vlastníkem a provozovatelem některých poskytovatelů péče, kde má působit jako „dobrý hospodář“ a ocitá se částečně ve střetu zájmů.

V rámci přenesené působnosti kraj:

- zajišťuje výkon agendy rozhodování o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro poskytovatele zdravotních služeb a o jeho změně, zániku, odejmutí, pozastavení a přerušení, a to dle správního obvodu, v němž jsou zdravotní služby poskytovány,
- vyhláše a administruje výběrová řízení konaná před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou,
- zajišťuje agendu spojenou s preventivními opatřeními proti tuberkulóze,
- zajišťuje agendu spojenou se zneškodňováním nepoužitelných léčiv,
- kontroluje dodržování podmínek stanovených rozhodnutím o oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- metodicky vede a kontroluje výkon přenesené působnosti obcí na úseku zdravotní správy,
- zajišťuje výkon agendy na úseku správy zdravotnické dokumentace zaniklého nebo zrušeného poskytovatele zdravotních služeb,
- zajišťuje předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, Národního registru poskytovatelů a Registru osob,
- organizuje a zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, lékárenskou pohotovostní službu a pohotovostní službu v oboru zubní lékařství,
- zajišťuje činnost lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků při odvodném řízení,
- zajišťuje výkon agendy vyřizování stížností proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami,
- zajišťuje výkon agendy rozhodování o návrzích na přezkoumání lékařských posudků o zdravotním stavu ve věcech dočasné pracovní neschopnosti,

- zajišťuje výkon agendy rozhodování o návrzích na přezkoumání lékařských posudků o zdravotní způsobilosti,
- přezkoumává správní rozhodnutí orgánů I. stupně ve věcech ukládání pokut na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a kontroluje výkon státní správy na tomto úseku,
- ukládá pokuty za správní delikty poskytovatelů zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- kontroluje výkon agendy vydávání tiskopisů receptů a žádanek s modrým pruhem obecními úřady s rozšířenou působností,
- kontroluje zacházení s návykovými látkami a ukládá pokuty za porušení povinností stanovených zákonem o návykových látkách,
- je povinen prostřednictvím poskytovatelů zdravotní péče smluvně zajistit provedení prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení na území kraje.

V rámci samostatné působnosti se kraj:

- podílí na zajišťování a koordinaci tvorby koncepčních a strategických materiálů v oblasti zdravotnictví,
- plní povinnosti odvětvového odboru dle jednotlivých pravidel rady kraje a zásad zastupitelstva kraje,
- koordinuje zdravotnickou soustavu v daném území a usměrňuje její vytváření, zabezpečuje v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, podávání návrhů na zápis do Ústředního věstníku ČR a do obchodního rejstříku organizací zřízovaných krajem,
- provádí veřejnosprávní finanční kontrolu dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů, a dle příslušné prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu,
- zajišťuje na svém území záchytnou službu (dle zákona č. 374/2011 Sb.). KHK je zřizovatelem příspěvkové organizace Protialkoholní záchytná stanice Královéhradeckého kraje,
- Královéhradecký kraj se v samostatné působnosti také podílí na vytváření sítě poskytované zdravotní péče na svém území,
- Královéhradecký kraj také v samostatné působnosti zřizuje dětský domov pro děti do 3 let věku (dle zákona č. 372/2011 Sb.), konkrétně Dětské centrum ve Dvoře Králové nad Labem, které je provozováno Sdružením ozdravoven a léčeben okresu Trutnov (příspěvková organizace KHK).

Struktura zdravotní péče zajišťovaná Královéhradeckým krajem je následující:

1. Kraj je zřizovatelem příspěvkových organizací: Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje, Protialkoholní záchytné stanice Královéhradeckého kraje, Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov, Léčebny pro dlouhodobě nemocné (Hradec Králové), Léčebny dlouhodobě nemocných (Opočno).

2. Kraj je zakladatelem akciové společnosti Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s., která je jediným zakladatelem nemocnic: Oblastní nemocnice Náchod a.s., Oblastní nemocnice Trutnov a.s., Oblastní nemocnice Jičín a.s., Městské nemocnice a.s. (Dvůr Králové nad Labem) a je také jediným zakladatelem společnosti Královéhradecká lékárna a.s.

Kraj je zároveň 99 % vlastníkem obchodního podílu ve společnosti Centrální zdravotnická zadavatelská s.r.o.

Formální zadání Koncepce

Královéhradecký kraj vzal usnesením Rady Královéhradeckého kraje RK/16/977/2018 ze dne 11. 6. 2018 na vědomí informace o záměru aktualizovat Koncepti zdravotnictví Královéhradeckého kraje na další období.

Cílem Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021–2025 (dále jen „Koncepce“) je popsat aktuální stav poskytovaných zdravotních služeb v kraji a vyhodnotit potřeby rozvoje z pohledu pacientů, především pokud jde o:

- kapacity pro poskytování služeb (v oblasti personálního i technického zabezpečení včetně investic do nemovitého majetku),
- dostupnost, rovnost a kvalitu služeb,
- návaznost služeb, jejich proporce a výkonnost a efektivitu celého krajského zdravotnictví.

Koncepce zároveň zohlední potřeby pracovníků ve zdravotnictví a podmínky pro jejich práci a má ambici optimalizovat ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami poskytování zdravotních služeb v Královéhradeckém kraji a bude brát v potaz činnost všech poskytovatelů, kteří poskytují zdravotní služby na území Královéhradeckého kraje, bez ohledu na zakladatele, zřizovatele nebo vlastníka. Bude tedy zahrnovat oblast ambulantní péče, přednemocniční neodkladné péče, akutní lůžkové péče i následné péče.

Postup tvorby Koncepce

Samostatnou součástí Koncepce je příloha s názvem „Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje“ (součást Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021-2025) (dále jen „Analýza“).

Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje, s osmi kapitolami:

- I. Zdravotnický systém ČR
- II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK
- III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK
- IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby
- V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK
- VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatry v KHK
- VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK
- VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK

Koncepce obsahuje pasáž „SWOT analýzy a shrnutí analytických kapitol Koncepce“, kde jsou shrnuté argumenty pro stanovené priority, vyplývající z rozborů provedených v Analýze.

Postup tvorby Koncepce je popsán v následující struktuře.

- Základní pojetí koncepce krajského zdravotnictví
- Předchozí Koncepce 2016-2020 a rozvoj zdravotnictví v kraji
- Aktuální Koncepce a podmínky pro její úspěšnost
- Metodika vytvoření rozvojových strategických bodů (konceptních priorit)
- Provádění analýz
- Limitace ekonomických pohledů
- Dostupnost statistických informací

Základní pojetí koncepce krajského zdravotnictví

Jak již bylo zmíněno výše, jsou kraje v určitém střetu zájmů ve své roli koordinátora krajského zdravotnictví a v roli správce či vlastníka zdravotnických zařízení, zřizovaných nebo vlastněných krajem. Při tvorbě aktuální Koncepce bylo snahou přípravného týmu změnit vnímání zdravotnictví Královéhradeckého kraje z pohledu „zdravotnictví organizované a provozované krajem“ na pohled „zdravotnictví fungující v kraji“. Tato idea se stala hlavním důvodem, proč je v Koncepti pohled na krajské zdravotnictví široký a liší se od předchozích přístupů, a to i při vědomí, že legislativa nedává krajům pro řízení celého zdravotnického systému žádné direktivní nástroje. Zejména tam, kde kraj není ve funkci zřizovatele či poskytovatele péče v majoritě, což není případ KHK ani ve sféře samostatných ambulancí, kde převládají privátní subjekty, ani ve sféře lůžkové, kde hraje silnou roli státem zřizovaná FN HK.

Předchozí Koncepce 2016-2020 a rozvoj zdravotnictví v kraji

Aktuálně předkládaná Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021–2025 navázala na předchozí Koncepci zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016–2020.^{1,2,3} S doprovodnými materiály dřívější Koncepce popisovala hlavní problémy zdravotnického systému, které úzce souvisely se stavem v celé České republice (dále jen „ČR“) a které bohužel v současnosti vesměs přetrvávají. Detailně navrhla stav a potřeby dvanácti hlavních medicínských oborů v kraji v oblasti akutní lůžkové péče a v některých dalších základních segmentech zdravotnických služeb jako Zdravotnická záchranná služba, ambulantní služby aj. Zahrnula též hlavní projekty zdravotnictví v KHK v rozsahu nad 100 mil. Kč, avšak u žádných problémů, záměrů a potřeb výrazněji nezdůraznila priority, které by měly formovat směřování celého krajského zdravotnictví.

V průběhu období, pro které byla minulá koncepce připravena, řešil KHK koncepční záměry obvykle ad hoc, zejména podle stavu přípravy, financí a aktuálních potřeb. Zároveň je však možno konstatovat, že pro řadu problémů bylo řešení přínosem (např. došlo k mírnému posílení dlouhodobé lůžkové péče nebo zřízení dvou Center duševního zdraví v rámci reformy psychiatrické péče). Nutno však též uvést, že pro některé závažné problémy řešení zatím nalezeno nebylo, a to ani v KHK, ani v celé ČR. V tomto směru ohrožuje zdravotnictví zejména rostoucí problém s nedostatkem zdravotnického personálu, obzvláště pak zdravotních sester.

Úspěšně se naopak řešily investiční záměry. Po dlouhých odkladech se na základě dřívějších představ podařilo dokončit 1. etapu dostavby Oblastní nemocnice Náchod a.s. Stav dalších investic nebo příprav je následující:

- Oblastní nemocnice Jičín:
 - Před kolaudací je změna vstupu s lékárnou do areálu nemocnice.
 - Projektuje se výstavba klinických laboratoří a onkologie – Novostavba PAVILON „A“.
- Oblastní nemocnice Trutnov:
 - Probíhá výstavba konsolidovaných laboratoří a transfúzního oddělení.
- Městská nemocnice Dvůr Králové nad Labem:
 - Byl vystavěn dvorní trakt laboratoří.
 - Vyprojektována se Nástavba operačních sálů a sterilizace na dvorním traktu laboratoří a připravil se i projekt případné rekonstrukce stávajících sálů.

¹ *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2015. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Koncepce_zdravotnictvi_khk_2016_2020.pdf

² *Analytický podklad pro Koncepci Královéhradeckého kraje 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2015 Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Analytický_podklad_koncepce_zdravotnictvi_khk.pdf

³ *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2015–2020* (přípravný analytický materiál P. Marešová, Univerzita Hradec Králové, říjen 2015), k dispozici pouze na Odboru zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje

- Nemocnice Rychnov nad Kněžnou:
 - Projekt Multioborového pavilonu operačních oborů a intenzivní péče s urgentním příjmem je připraven k realizaci.
- Nemocnice Broumov:
 - Byla provedena rekonstrukce hlavní budovy s vybudováním lůžek NIP a DIOP.
- Nemocnice Náchod:
 - Byl zahájen provoz magnetické rezonance.

Nemocnice ZH KHK byly úspěšné i při obnově další zdravotnické techniky, kde cestou dotačního programu IROP (Integrovaný regionální operační program) získaly přístrojové vybavení za 349,4 mil. Kč. Probíhá projekt pořízení nového Nemocničního informačního systému pro všechny nemocnice ZH KHK.

Jako referenční nemocnice funguje pro složitá a vzácná onemocnění pro celý KHK státem zřizovaná Fakultní nemocnice Hradec Králové (dále jen „FN HK“). Kromě této funkce funguje zároveň jako okresní a městská nemocnice, zajišťující větší část svého okresu (Novobydžovsko a Chlumecko sdílí s Oblastní nemocnicí Jičín, a.s.), kde poskytuje i zcela základní zdravotní péči pro město a okres Hradec Králové. Ze všech hospitalizací pacientů z KHK ve FN HK tvoří pacienti z okresu HK 60 %, zatímco 40 % tvoří náročnější pacienti ze zbývajících okresů. FN HK má celokrajský význam a i zde došlo v období let 2016-2020 k podstatnému pozitivnímu investičnímu rozvoji. Byl mj. plně zaveden program robotické chirurgie, sloužící všem občanům kraje, byl instalován třetí přístroj pro magnetickou rezonanci, sloužící i pro plánování radioterapie, počet lineárních urychlovačů byl zvýšen o 3. přístroj v přístavbě onkologického pavilonu a v roce 2021 byl uveden do provozu nový pavilon transfusní služby. FN HK je se svým schváleným projektem Modernizace chirurgických oborů zařazena mezi sedm strategických zdravotnických projektů realizovaných v ČR. Projekt mj. přinese potřebná lůžka návazné rehabilitační péče, dojde k navýšení interních lůžek vytvořením nového multioborového septického oddělení a společného cévního a angiologického oddělení.

Připraven je projekt Kliniky infekčních nemocí zahrnující i přemístění Kliniky nemocí kožních a pohlavních a připraven je projekt modernizace laboratoří, který přinese zásadní rozšíření molekulárně biologických technik. V přípravě je projekt rozšíření Plicní kliniky a Hemodialyzačního střediska, projekt nového Perinatologického centra v návaznosti na Porodnicko-gynekologickou kliniku, projekt Modernizace akutní péče dětské kliniky. Průběžně se řeší problém parkování v nemocnici.

Výše uvedené akce FN HK jsou v souladu se záměry kraje a jsou krajem podporovány. Očekává se, že financování bude zajištěno ze strany evropských fondů a MZ ČR. Vzhledem k potřebě racionálního rozvoje zdravotnictví kraje je potřeba, aby další významnější investiční aktivity byly konzultovány mezi vedením FN HK, ZH KHK a orgány kraje.

Aktuální Koncepce a podmínky pro její úspěšnost

Uvedený investiční přehled demonstruje dualitu zdravotnictví v KHK, která je reprezentovaná dvěma samostatnými klíčovými subjekty, ZH KHK a FN HK, a i koordinace jejich budoucích investičních záměrů byly důvodem zaměření nové Koncepce tak, aby se stala skutečně materiálem celokrajským.

Aktuální Koncepce je zpracována jako koncepční materiál (v souladu s Metodickým doporučením Ministerstva pro místní rozvoj ČR). Jedná se o strategický dokument, který řeší konkrétní problematiku (tj. zdravotnictví v Královéhradeckém kraji) a má vyšší míru obecnosti a nižší míru podrobnosti. Koncepce stanovuje hlavní priority Královéhradeckého kraje v 11 rozvojových strategických bodech, avšak v Analýze je uveden větší výčet problémů, jejichž řešení však musí být ponecháno běžnému operativnímu řízení na všech úrovních zdravotnictví kraje (od vedení Královéhradeckého kraje až po nejmenší zdravotnická zařízení v Královéhradeckém kraji).

Koncepce obsahuje základní východiska, vizi a základní strategická směřování. Implementace Koncepce bude řešena v samostatném implementačním plánu, který by měl vycházet z konečných priorit, které budou schváleny orgány kraje.

Při tvorbě aktuální Koncepce bylo veřejně k dispozici pouze několik koncepcí zdravotnictví jiných krajů ČR a větší část z nich se soustřeďovala buď jen na lůžkovou péči, anebo na zdravotnická zařízení vlastněná kraji.^{4,5,6,7} Takto byla koncipována nejen minulá, ale i předminulá Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2011–2015, kterou vytvořil Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.⁸ a týkala se převážně organizací zřizovaných a řízených KHK.

Jak bylo uvedeno, aktuální Koncepce nakonec řeší problematiku v rozsahu celého krajského zdravotnictví, a zmapovala i problematiku FN HK, která reprezentuje téměř

⁴ *Vstupní analýza lůžkové zdravotní péče v nemocnicích zřizovaných a založených MSK a návrh dalšího postupu* [online]. Odbor zdravotnictví Moravskoslezského kraje, ©2017. Dostupné z: <https://www.msk.cz/assets/temata/zdravotnictvi/vstupni-analyza-luzkove-zdravotni-pece.pdf>

⁵ *Střednědobá koncepce zdravotnictví Pardubického kraje* [online]. Krajský úřad Pardubického kraje, ©2010. Dostupné z: <https://www.pardubickykraj.cz/koncepce-oz>

⁶ *Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015–2020 /Aktualizované znění únor 2017/* [online]. Krajský úřad Jihočeského kraje, ©2017. Dostupné z: <https://www.kraj-jihocesky.cz/krajsky-urad/odbor-zdravotnictvi#koncepce-zdravotnictvi-jihoceskeho-kraje-na-obdobi-2015---2020>

⁷ *Optimalizace struktury poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních zřizovaných a založených moravskoslezským krajem* [online]. Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor zdravotnictví, ©2018. Dostupné z: <https://docplayer.cz/105014373-Optimalizace-struktury-poskytovane-zdravotni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-zrizovanych-a-zalozenych-moravskoslezskym-krajem.html>

⁸ *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2011–2015* [online]. Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s., Hradec Králové, ©2011. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/kraj-volene-organy/volene-organy/info-zastupitele/Koncepce-zdravotnictvi-KHK.pdf>

polovinu akutních hospitalizací, což je ve finančním vyjádření výrazně nadpoloviční část nákladů na akutní lůžkovou péči v kraji. Přestože situace v KHK přináší určité konkurenční prostředí, přináší pro KHK i výhody a prestiž nejen díky FN HK, ale i díky Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. Potenciál, který v sobě uvedená konfigurace má, stojí za stálé hledání oboustranně výhodných řešení problémů zdravotnictví celého kraje.

Kraj je politicky velmi silný element a má dobrou šanci připravovat vhodnou půdu pro vsřícnou spolupráci všech zdravotnických subjektů a podílet se tak na využití mimořádné příležitosti ke zlepšování uspokojování potřeb občanů jak v oblastech základní, tak vysoce náročné léčby v případech, kde to je namístě. Kraj však na to musí mít vedle politické síly i dobrou vůli ostatní poskytovatele péče včetně soukromých respektovat a hledat pozitivní řešení pro všechny. Nemůže to samozřejmě narušovat roli Kraje jako dobrého správce svých nemocnic a dalších zdravotnických zařízení, ale neměla by to být ve zdravotnictví jeho role prioritní.

Metodika vytvoření rozvojových strategických bodů (koncepčních priorit)

Tvorbě Koncepce předcházelo vytváření řady analýz zdravotnictví v KHK, které jsou soustředěné do osmi kapitol, hledajících klíčová negativa a pozitiva současného stavu, trendy demografického vývoje, zdraví populace a poskytování zdravotní péče. Shrnutí kapitol doplněné o SWOT analýzy se nachází v následujícím bloku tohoto materiálu, kde tvoří hlavní argumentační podklady, na jejichž základě byly definovány strategické priority ve formě jedenácti rozvojových bodů, které jsou jakožto hlavní část Koncepce prezentované v dalším bloku za analytickými závěry. Definují klíčové potřeby řešení problémů a podpory rozvoje tam, kde má nejlepší šance přispět ke zlepšování aktuálního zdravotního stavu obyvatel a usnadnit řízení systému.

Ve SWOT analýzách i v detailech jednotlivých dílčích analýz je zmiňováno veliké množství dalších problémů než jen ty, které se ocitly v hlavním výběru priorit, na které je nutno se soustředit a řešit je jako systémové problémy pomocí dlouhodobých strategií. Mnohem rozsáhlejší je výčet dalších dílčích problémů, jejichž řešení musí být ponecháno běžnému operativnímu řízení v rámci provozních rozpočtů na personál, provoz, údržbu, opravy a havárie a do kterých se musí invenčně zapojit i prostředky na lokální rozvojové kroky. Všichni, kdo budou oponovat zde vybrané strategické body a hledat, co do nich ještě vložit, si musí uvědomit, že mezi nimi může být obsaženo jen to nejdůležitější. U méně rozsáhlých problémů je vedle hledání zdrojů potřeba přinášet i chytrá řešení na všech úrovních, ať se na nich podílejí nejvyšší manažeři či zdravotníci pracovníci v provozu. Zároveň se musí hledat i způsoby, jak s problémy vydržet nebo se jim s co nejnižšími škodami i přizpůsobit, alespoň do té doby, než se řešení najdou. Jakmile se mezi strategické priority vtěsná úplně všechno, co nefunguje dobře, znamená to, že v takové koncepci bude uvedeno vše a žádné priority tudíž nebudou.

Provádění analýz

Všechny dílčí analýzy vycházely z provedené rešerše a studia jednotlivých materiálů, kterými byly zejména data

- Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen „ÚZIS ČR“),
- Českého statistického úřadu (dále jen „ČSÚ“),
- Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen „MZ ČR“),
- Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (dále jen „MPSV ČR“),
- odboru zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje,
- odboru sociálních věcí Krajského úřadu Královéhradeckého kraje a
- data vyžádaná ad hoc a poskytnutá Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, Regionální pobočkou Hradec Králové (dále jen „VZP HK“).

Dalším zdrojem pro tvorbu Koncepce byla rešerše domácí i zahraniční odborné literatury. Velkou váhu ve sběru informací získalo i systematické projednávání stavu krajského zdravotnictví se zástupci všech významných medicínských oborů, segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zástupců sociální sféry. Pro projednávání jednotlivých témat byly vytvořené 2–5členné přípravné týmy odborníků z kraje, které připravily standardizovaný přehled stavu příslušného oboru / segmentu a představu o jeho budoucím vývoji a odbor zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje (dále jen „KÚ KHK“) ho doplnil předběžnou datovou analýzou se svými pohledy. Na základě těchto vstupních podkladů byly organizovány řízené diskuze na půdě KÚ KHK za podpory Centra investic, rozvoje a inovací (CIRI).

Celkem proběhlo 18 půldenních debat od května 2019 do konce února 2020, které byly uzavřeny těsně před začátkem epidemie COVID–19. Projednávání se zúčastňovalo podle šíře tématu vždy okolo 20–30 odborníků a byl kladen důraz na přítomnost všech důležitých aktérů příslušné oblasti, tj. lékařských zástupců, zástupců České lékařské komory, manažerů větších i malých zdravotnických zařízení, zástupců VZP a dalších ZP a vždy byli přítomni zástupci odboru zdravotnictví a případně odboru sociálních věcí KÚ KHK. Byla snaha, aby mezi zúčastněnými byli zástupci ambulantní i lůžkové sféry a zástupci FN HK, ZH KHK a zástupci privátního zdravotnictví (zástupci z Nemocnice Vrchlabí, s.r.o. a ze společnosti PRVNÍ PRIVÁTNÍ CHIRURGICKÉ CENTRUM, spol. s r.o.). Účast a aktivita jednotlivých pracovních skupin byla různá a podněty vyžádané při projednávání byly naplňovány v každém oboru jinak, ale soubor získaných informací byl rozsáhlý, díky konfrontaci různých subjektů validní a přinesl mnoho nových cenných pohledů.

Na konci uvedeného řetězce jednání byl uspořádán otevřený seminář o stavu zdravotnictví v KHK (21. 2. 2020) a široká debata s ředitelem ÚZIS ČR prof. RNDr. Ladislavem Duškem, Ph.D., na kterou byli pozváni všichni významní aktéři ve zdravotnictví z KHK. Během ní byla zveřejněna celá řada dat, které nebyly do té doby v ÚZIS ČR k dispozici a která mohla být použita v dalších analýzách.

Limitace ekonomických pohledů

Při tvorbě Koncepce se původně nepočítalo s podrobnějšími ekonomickými analýzami celého krajského zdravotnického systému ani z pohledu jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, ani plátců (tj. zdravotních pojišťoven). V některých případech, zejména u soukromých subjektů (např. stovky soukromých ambulancí), nejsou pro potřeby Koncepce použitelné údaje o hospodaření veřejně k dispozici.

U veřejnoprávních organizací, kde lze data získávat, je hospodaření vyrovnané. Tam, kde není, je vesměs podporováno zřizovateli ve formě dotačních programů investičního charakteru či úhradami na úrovni běžných (provozních) prostředků za plnění závazku veřejné služby. Přes občasná politická či manažerská vyjádření či varování některých poskytovatelů tak nehrozilo žádnému poskytovatelskému subjektu v době přípravy analýzy v r. 2019-2021 insolvenční řízení a hospodaření bylo spíše vyrovnané či jen únosně ztrátové.

Pro podrobnější hospodářské analýzy největších zdravotnických subjektů v kraji, tj. FN HK a ZH KHK, nebyla pracovní skupina pro Koncepti autorizována a pro detailní analýzy neměla dostatečnou kapacitu ani vnitropodniková data.

Z uvedených důvodů se analýzy primárně finanční stránkou zdravotnictví v kraji nezabývaly a soustředily se na věci zdravotnického a organizačního charakteru. Především na demografický a zdravotní vývoj v kraji, na kapacity a výkony poskytovatelů zdravotních služeb a jejich vztahy a na rostoucí problematiku dostupnosti zdravotnického personálu na trhu práce a částečně i na jeho vzdělávání. Slabiny a silné stránky byly prostřednictvím analýz hledány spíše z pohledu zdravotnického provozu krajského systému, populačního zdraví v kraji a stavu uspokojování zdravotnických potřeb jednotlivých občanů, nežli z pohledu jednotlivých poskytovatelů a jejich hospodářských činností.

Nakonec však byl určitý ekonomický pohled do analýzy zařazen. Krátká ekonomická pasáž (kapitola VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK) se však zabývá převážně jen toky peněz od zdravotních pojišťoven do KHK a dalších krajů a také porovnáním krajů v oblasti vlastních rozpočtů a jejich využitím pro svůj krajský zdravotnický segment. Jinak zůstalo u rozhodnutí, že hospodaření jednotlivých subjektů analyzováno nebude. Pokud se někde v rámci SWOT analýz objevuje, jde jen o doplňkové a orientační konstatování na základě všeobecně známých faktů, nikoliv o systematické posuzování hospodářských výsledků a trendů.

Dostupnost statistických informací

Tvorbu Koncepce výrazně ovlivnil fakt, že v rámci změn ve vedení a fungování ÚZIS ČR v r. 2014 začalo docházet k výrazné změně v získání dat a i ke změnám ve zdravotnické

analytice⁹. Byly přerušeny některé dlouho vytvářené časové řady a výstupy připravované pro kraje, ale změnil se a zjednodušil sběr dat, podařilo se částečně sladit vlastní data ÚZIS ČR včetně dat z centrálních registrů a sladit je s daty zdravotních pojišťoven. Vše začalo směřovat ke zlepšení zobrazení dějů ve zdravotnictví a pro systémové řízení na úrovni ČR i krajů tento proces znamená více relevantních informací pro klíčová rozhodování. Proces však není ještě ukončen, ale došlo k očekávané modernizaci metodik a statistických pohledů a na přelomu let 2019/2020 začal po ročních opakovaných pracovních jednáních přípravný tým Koncepce získávat inovované materiály ÚZIS ČR, které pohled na provoz zdravotnického systému v kraji výrazně posunuly.

Důležité bylo i zveřejnění vládního dokumentu Strategický rámec Zdraví 2030 v r. 2019 a jeho podkladových materiálů,^{10,11} které z inovovaných dat ÚZIS ČR již též vycházely a staly se tak další výraznou podporou přípravy Koncepce, i když pro její přípravu znamenaly velkou časovou ztrátu.

Díky spolupráci přípravného týmu Koncepce s ÚZIS ČR a s VZP ČR – Regionální pobočkou Hradec Králové se podařilo doplnit řadu chybějících údajů a vytvořit další analytické pohledy na zdravotnický systém a jeho fungování. Tento proces není na úrovni krajů zdaleka ukončen a už jen proto, že dosud stále neexistuje standardní data-set pro řízení zdravotnictví, se otevírá prostor pro možné zjednodušování dalšího doplňování a tvorbu analýz zdravotnictví ČR i krajů, podobně jako pro budoucí revize zde předkládané Koncepce.

⁹ NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

SWOT analýzy a shrnutí analytických kapitol Koncepce

Úvod

Jak bylo popsáno v předchozí metodické části, souhrny jednotlivých analytických kapitol ve formě SWOT analýz jsou přímou součástí této části Koncepce. Jednotlivé analytické kapitoly in extenso pak tvoří přílohu „Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje“ (součást Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021-2025) (dále jen „Analýza“), kde je každá kapitola rozdělena na část textovou a část obrazovou.

Kapitoly Analýzy jsou následující:

- I. Zdravotnický systém ČR
- II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK
- III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK
- IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby
- V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK
- VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatry v KHK
- VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK
 - 101 Vnitřní lékařství (včetně pneumologie a infekční lékařství)
 - 201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie
 - 209 Neurologie
 - 301 Dětské lékařství a neonatologie
 - 305 Psychiatrie
 - 402 Onkologie
 - 501 Chirurgie
 - 603 Gynekologie a porodnictví
 - 606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
 - 701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
 - 706 Urologie
 - 708 Anesteziologie a intenzivní medicína
 - 801 Laboratorní obory a patologická anatomie
 - 809 Radiodiagnostika a nukleární medicína
 - 925 Domácí zdravotní péče
 - *** Další oblasti (oftalmologie, specializovaná centra, lékařská péče)
- pouze v Analýze
- VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK

Jak je ještě podrobněji zmíněno v souhrnu kapitoly VII., má tato kapitola v plné verzi Analýzy v příloze dodatek, kde jsou ve zjednodušené podobě přehledy oborů oční lékařství, specializovaných center a lékařské péče v KHK.

Klasický formát SWOT analýzy má podobu dvourozměrné matice, která přiřazuje zkoumanému (podřazenému) systému i vyššímu (nadřazenému) systému pozitiva a negativa, jak ukazuje schéma:¹²

Zkoumaný systém (zdravotnictví KHK)

- Silné stránky (Strengths)
- Slabé stránky (Weaknesses)

Nadřazený systém (zdravotnictví ČR)

- Příležitosti (Opportunities)
- Hrozby (Threats)

Formát SWOT analýzy je však pro účely Koncepce použit volněji a negativa, která převažují, i pozitiva zdravotnického systému KHK a ČR jsou obvykle spojená. Je-li to nutné, jsou záležitosti, týkající se jen KHK nebo ČR, výslovně pojmenované. Všechna tvrzení, která jsou v těchto shrnutích, vycházejí z přílohy Analýza a z jejich příslušných kapitol, kde jsou doložené odkazy na literaturu, zdroji prezentovaných grafů a tabulek a zkušenostmi z jednotlivých projednávaných témat. Souhrny a SWOT analýzy zde jsou číslovány stejně jako kapitoly v Analýze.

¹² SWOT analýza. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT>

Kapitola I.

Zdravotnický systém ČR

Hrozby

Délka života v ČR se od začátku 90. let plynule prodlužuje (u žen cca o 6 let, u mužů o více než 8 let), stále však zůstává pod úrovní vyspělých evropských zemí o 1,5 roku (ženy) a 2,2 roku (muži). Vzhledem k míře kouření, konzumace alkoholu a nízké fyzické aktivity se to přičítá především nezdravému způsobu života v ČR. Naopak ve stejném období výrazně poklesla novorozenecká a kojenecká úmrtnost, která je na úrovni nejvyspělejších zemí díky tomu, že je na životním stylu méně závislá a rozhoduje o ní více technologická a organizační vyspělost zdravotnictví, která je v ČR na dobré úrovni.

Na zdravotnický systém budou mít nepochybně výrazný dopad demografické prognózy. K podstatné změně dojde ve struktuře populace, která začala stárnout již po r. 2000. V období let 2020-2030 se dále zvýší počet obyvatel ČR ve věku 65 let a více, a to o cca 328 tis. Stárnutí populace se bude kombinovat s faktem, že rozložení zdravotních nákladů na pojištěnce v různých věkových kategoriích je velmi nerovnoměrné a rozdíl mezi nejnižšími náklady v mladistvých věkových kategoriích a náklady na starší seniory je cca 7,7násobný. Jak je medicína stále úspěšnější, přibývá přitom seniorů, kteří jsou schopni podstoupit náročné léčebné zákroky, které dříve nebyly u starých lidí bezpečné a vytváří se tak cyklus stárnutí jedinců, kterým je možno poskytovat stále náročnější a dražší péči jak akutní, tak dlouhodobou. Uvedený trend bude proto pokračovat dlouhodobě, ale lze ho alespoň z části kompenzovat preventivními opatřeními tak, aby část nabyté délky života probíhala déle ve zdraví, jako se to daří ve vyspělých zemích tím, že principy zdravého chování včetně přiměřené fyzické aktivity mají pozitivní dopad i na zdraví seniorů.¹³

Vzhledem k nižší zdravotní gramotnosti a slabší motivaci populace ke zdravému způsobu života a důležitosti preventivních opatření a screeningu se nejen zbytečně zkracuje délka života, ale zkracuje se navíc i doba zdravého stáří a prodlužuje se doba stáří, prožívaného v nemoci. To nejen zhoršuje kvalitu života seniorů, ale zvyšuje zároveň i náklady na zdravotní služby.^{10,11}

¹³ *Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje 2030* [online]. Centrum investic, rozvoje a inovací, ©2019. Dostupné z: https://ciri.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/1770_01770/koncepce-zdravi-khk-2020-final-verze-10-2019.pdf

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/ upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Jak ukázala studie Státního zdravotního ústavu v Praze u sociálně vyloučeného romského obyvatelstva, nedostatek prevence a rizikové chování zkracuje dobu života o 10–15 let a vede ke dvojnásobné kojenecké úmrtnosti. Rizikové skupiny obyvatel se tak negativně projevují na zhoršování průměrného zdraví populace ČR.

Vedle nízkého financování a zdravotně populačních hrozeb je zdravotnictví ČR zatíženo řadou dalších neefektivit jako je špatná proporce lůžkového fondu, kde chybí kapacity pro následnou, ošetrovatelskou, paliativní a sociální péči. Je nedocenená role primární péče, což vede k vysokému počtu kontaktů pacientů s lékaři. Je nedostatečná koordinace jednotlivých segmentů zdravotních služeb, chybí solidní infrastruktura zdravotnictví v oblastech elektronické zdravotní dokumentace a měření kvality péče, není dobudovaná férová zdravotnická cenotvorba, a pomalu se doladuje zdravotnická informatika. Tuto problematiku má řešit vládní program Strategický rámec Zdraví 2030^{10,11}, jak již bylo výše uvedeno.

OECD analýzy uvádějí nerovnoměrné pokrytí země praktickými lékaři, praktickými lékaři pro děti a dorost a zubními lékaři, pokrytí pohotovostních služeb v některých oborech (zejména pediatrie) a špatnou dostupnost dlouhodobé péče a obtížný přechod chronických pacientů do paliativní, popřípadě sociální péče.¹⁴

Ve zdravotnictví dominuje dlouhodobá nespokojenost zdravotníků, kteří dlouhodobě požadují zvýšení výdajů na zdravotnictví, nápravu nespravedlností v úhradách zdravotních služeb, zvýšení příjmů zdravotníků a zlepšení jejich pracovních podmínek. Pracovní podmínky se markantně zhoršují tam, kde se začíná projevovat výraznější nedostatek lékařů, sester a dalších zdravotníků.¹⁵

Příležitosti

ČR se dlouhodobě pohybuje na žebříčku EHCI (Euro Health Consumer Index)¹⁶ na 13. až 15. místě z 35 evropských zemí, těsně za nejvyspělejšími evropskými zeměmi. Finanční a časová dostupnost péče, dostupnost technologií a výsledky zdravotní péče v ČR

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygpaha.cz/Admin/upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

¹⁴ *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*. Paříž: OECD Publishing a Brusel: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/058290e9-en>

¹⁵ *Zdravotnictví volá o pomoc*, Tempus Medicorum – Časopis České lékařské komory 7–8/2017, ROČNÍK 26, s. 8-12. Dostupné online z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-07_08_17-130.pdf

¹⁶ *Euro Health Consumer Index 2018*, Report. Marseille: Health Consumer Powerhouse Ltd., 2019. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné online z: <https://healthpowerhouse.com/publications/>

jsou dobré. Kvalitu našeho systému nejvíce poškozují parametry, související se zdravým životním stylem, jejichž zlepšení by nás v žebříčku výrazně posunulo. Ve slabinách je explicitně uváděná špatná dostupnost dětské psychiatrie a moderní léčba v revmatologii. Výše je uváděná řada problémů našeho zdravotnictví, ale vyhlášení Vládního programu Zdraví 2030 v r. 2019^{10,11}, které souzní se všemi dlouhodobě navrhovanými prvky reformou mnoha předchozích vlád, by je v případě prosazení mohlo řešit.

Objevují se v něm záměry zlepšení zdravotního stavu populace (primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví a reforma primární péče) a optimalizace zdravotnického systému (implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví, personální stabilizace resortu zdravotnictví, digitalizace zdravotnictví a optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví).

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Kapitola II.

Demografie a zdravotní stav populace v KHK

Slabé stránky a Hrozby

Z pohledu demografie a zdravotnických statistik^{17,18} má obyvatelstvo KHK oproti celé ČR starší věkovou strukturu, tj. vyšší podíl osob ve věku nad 60 let a menší podíl osob v produktivních věkových kategoriích 30-39 let. V následujících 30 letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než 65 let. Modely morbidity ukazují v souvislosti s celorepublikovým vývojem nárůst počtu pacientů se zhoubnými nádory, nemocemi oběhové soustavy a s diabetem. Podstatný bude rovněž růst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (demence, Alzheimerova choroba). Dojde i k výraznější zátěži pro ekonomicky aktivní populaci díky nutné péči o stárnoucí rodinné příslušníky. Nemocná část populace bude vytvářet tlak na posilování zdravotních služeb, zejména segmentů geriatrické, paliativní medicíny a na rozvoj zdravotně sociálních služeb a služeb v závěru života. Podrobněji je to dokladováno na datech v Analýze.

- Od začátku tisíciletí počet obyvatel v KHK mírně kolísal v rozmezí asi 8 tis. obyvatel, ale celkový objem populace se výrazněji nezměnil. Podstatné ovšem je, že v období let 2002-2017 se v KHK zvýšil počet obyvatel ve věku 65+, a to o 35 tisíc.
- Do r. 2035 dále vzroste počet starších lidí (ve věkových skupinách 65+ až o 15 tis., ve věkové skupině 70-79 let až o 25 tis.).
- Vzhledem k nižšímu růstu mladších populačních ročníků poroste index stáří i index závislosti, ale ne dramaticky rychleji nežli v celé ČR.
- Věk matek je v KHK v průměru o 2 roky vyšší než v ČR. Počet vrozených vad je lehce nad průměrem v ČR a více se na tom podílí okres Rychnov nad Kněžnou.
- Střední délka života v KHK je u žen o 0,6 roku a u mužů o 1,1 roku lepší, než je průměr ČR, ale i tak je v KHK o 2 roky horší než v EU.
- U střední délky života je určitá diverzita mezi okresy. Nejlepší stav je zaznamenán v okrese Hradec Králové, nejhorší v okrese Trutnov, s rozdíly 1,1 let (ženy) a 1,9 let (muži). Je to však jen polovina rozptylu hodnot mezi nejlepším a nejhorším krajem ČR – dlouhodobě se spíše snižuje.
- I když má KHK po Praze druhou nejlepší míru předčasných (zbytných) úmrtí v ČR, je i tak horší než nejhorší vyspělé země EU (Rakousko, Belgie, Německo) a je těsně za Německem a Rakouskem. Paradoxem je, že u ukazatele předčasná úmrtí patří v EU

¹⁷ Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje 2018. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje ve spolupráci s Centrem investic, rozvoje a inovací KHK, Materiál pro 23. ZASEDÁNÍ ZASTUPITELSTVA 14. 10. 2019, bod č. 13, usnesení č. 23/10

¹⁸ BURCIN Boris, KUČERA Tomáš a KURANDA Jan. *Prognózy vývoje obyvatelstva Královéhradeckého kraje a jeho vybraných územních součástí na období 2018–2050*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta Katedra demografie a geodemografie, 2019. Prezentace východisek, předpokladů a výsledků prognóz, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 13. února 2019

k nejlepším zemím i řada zemí s relativně chudým zdravotnictvím jako Itálie, Portugalsko, Španělsko, Řecko, Kypr nebo Island. Je to zdůrazněno jako upozornění, že nejen finance na zdravotní péči, ale i zdravý způsob života může hrát ve zdraví celé populace výraznou roli.

- Na rozdíl od mortality je v KHK výrazně vyšší morbidita (nemocnost) oproti ČR, a to u následujících chorob, stavů a situací:
 - více než o 10 % u pracovních neschopností celkem (zejména u respiračních onemocnění a pracovních úrazů), léčby zubního kazu a dásní (zde spíše díky vyššímu počtu preventivních prohlídek), ale i u zhoubných nádorů, roztroušené sklerózy či u postižení zraku,
 - mezi 4–10 % u astmatu, lehčích úrazů dětí, mladistvých i dospělých, diabetu, dlouhodobých omezení či Alzheimerovy choroby,
 - dopad na zdravotnictví může být vážný v případech, kde morbidita výrazně narůstá. V posledním desetiletí tomu v KHK bylo podobně jako v ČR. Nárůst morbidity o více než 20 % byl zaznamenán v pořadí od nejvyššího u Alzheimerovy choroby (o 127 %!), u roztroušené sklerózy, zhoubných nádorů, Crohnovy choroby, akutních respiračních onemocnění, léčby onemocnění dásní, neurotických poruch, ulcerózní kolitidy, astmatu a celkového počtu psychiatrických pacientů.
- Další růst morbidity byl prognózován pro období 2018–2030 v prognózách prakticky identicky pro KHK jako pro ČR (diabetes o 27 %, roztroušená skleróza o 45 %, Crohnova choroba o 43 %, ulcerózní kolitida o 35 % a Alzheimerova choroba o 169 %). Ať je nárůst způsoben objektivně vyšší nemocností anebo jen lepší diagnostikou a dostupností péče, nehraje to velkou roli v tom, že takovýto růst vyvolá zvýšení nároků na personál a zatíží rozpočet zdravotnictví.
- I přes dobré vnímání subjektivního zdraví, kde je KHK jeden z nejlepších v ČR, je z evropské perspektivy tento parametr stále ještě mírně podprůměrný.
- Pokus vytvořit komplexní index morbidity v ČR v letech 2010-2018 ukazuje lepší zdravotní stav populace KHK oproti celé ČR, na kterém se výrazně podílí obyvatelé ve věku 65+.
- Dosud nelze přesně vyhodnotit dopad epidemie Covid-19 na mortalitu v ČR, avšak první zprávy dokladují fakt, že období 12. až 44. týdne roku 2020 přineslo nárůst mortality (úmrtí) cca o 10 % oproti průměru stejného období v letech 2015-2019. Z toho asi polovina úmrtí byla v souvislosti s Covid-19, druhá polovina z necovidových příčin.¹⁹ Jsou to závažná a vysoká čísla, která však zatím čekají na validaci, další analýzy a mezinárodní posouzení.

¹⁹ DZÚROVÁ DAGMAR, HULÍKOVÁ Klára. *Covid nám už sebral 85 000 let*. Tempus Medicorum, Roč. 29, č. 12/2020, str. 5-7. Česká lékařská komora, Olomouc, ISSN 1214-7524. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_12_2020_web-170.pdf

Silné stránky a Příležitosti

Demografickými změnami, zejména nižší porodností, prodlužováním délky života a přibýváním starších lidí v populaci prochází řada zemí a dopady do zdravotnictví jsou podobné jako u nás. Přesto jsou ukazatele populačního zdraví ve vyspělých zemích, ale i v některých zemích, které nepatří mezi nejbohatší v Evropě, lepší. KHK za nimi podobně jako celá ČR rovněž zaostává, ale je v řadě parametrů lepší než jiné kraje ČR, zejména v modernějších parametrech populačního zdraví (předčasná úmrtí, délka života ve zdraví, subjektivně vnímané zdraví). Ukazuje to, že nejen finance, organizace poskytování zdravotních služeb a poskytování péče na nejvyspělejší technologické úrovni hrají zásadní roli, ale že stále je potřeba dbát i na prevenci, na podporu zdravého způsobu života a na občanskou odpovědnost za ně. Připomněl to Program MZ ČR Zdraví 2030^{10,11}, a řada pozitivních jevů v KHK dokladovaných v Analýze též souvisí s prevencí a zdravým způsobem života:

- V KHK je střední doba života u mužů i žen zřetelně lepší než průměr ČR a v posledních dvou desetiletích se plynule lepší.
- Průměrný věk zemřelých v KHK je 76 let, tj. o 1 rok vyšší než v celé ČR. Medián průměrného věku je v KHK a v ČR přibližně stejný. Úmrtnost v KHK se dlouhodobě snižuje podobně jako v celé ČR, v KHK je ale absolutně nižší a blíží se průměrné úmrtnosti v EU.
- Ze sledování morbidit je lepší stav v KHK, než je průměr za celou ČR:
 - o více než o 10 % u afektivní poruchy, selhání srdce, TBC dýchacího ústrojí, postižení sluchu, CHOPN, infarktu myokardu a schizofrenie,
 - mezi 4-10 % u mozkové mrtvice, ulcerózní kolitidy, abúzu alkoholu a návykových látek, těžších úrazů dětí a mládeže s hospitalizací.
- Mortalita (úmrtnost) v KHK oproti průměru ČR je:
 - nižší, než je průměr ČR téměř ve všech důležitých skupinách a taktéž u posuzovaných užších skupin diagnóz,
 - stejný stav jako v ČR je u cerebrovaskulárních úmrtí,
 - horší stav je u sebevražd, i když zde může jít o náhodnou chybu malých čísel.
- V seznamu předčasné úmrtnosti (léčitelné nebo preventabilní choroby a příčiny smrti) je v 80 % položek takto definovaných stavů KHK lepší než průměr krajů ČR.

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

- Přes evropsky podprůměrné subjektivní posuzování zdraví v ČR je KHK v rámci celé populace na druhém nejlepším místě po Praze a z pohledu populace 65+ je spolu s Prahou výrazně nejlepší v celé republice.
- Počet obyvatel v ČR bude až do r. 2030 stoupat (+ 250 tis.), ale následující pokles až do r. 2050 bude již jen minimální (-40 tis obyvatel).
- Stárnutí populace bude v KHK pokračovat, ale ne rychleji než v posledních dvaceti letech, a ne více než v celé ČR, což usnadní politické prosazování potřebných změn, které bude muset probíhat celorepublikově, a ne pouze v jednom kraji.
- Přes zvyšování průměrného věku populace a prodlužování doby dožití by nemuselo docházet k výraznému zvyšování nákladů na léčbu seniorů, pokud se spolu se zlepšením zdravého způsobu života a lepším využíváním preventivních opatření, která jsou efektivní i ve stáří, podaří prodloužit dobu života ve zdraví.
- Včasná prenatální péče ovlivňuje zdraví dětí i v pozdějším životě. V KHK je počet návštěv rodiček již v prvním trimestru těhotenství zřetelně vyšší než průměr ČR. Vzhledem k lehce vyššímu počtu vrozených vad v KHK a kvalitně vedeným celostátním statistikám se nabízí možnost podrobněji zkoumat efektivitu prenatální diagnostiky v kraji.

Kapitola III.

Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK

Personální problémy dnes reprezentují nejvyšší ohrožení zdravotnictví a téměř ve stejném rozsahu dopadly na celou ČR i KHK.^{20,21,22,23,24} SWOT analýza se proto redukuje na společnou kapitolu Slabých stránek a Hrozeb a některá specifika kraje jsou zvýrazněna dále. Kapitola Silné stránky a Příležitosti k řešení se naopak týká hlavně KHK.

Slabé stránky a Hrozby

Po éře 90. let, kdy se ve zdravotnictví kritizoval vysoký počet lékařů, nastalo několik výkyvů v personálních potřebách zdravotnictví, které se týkaly spíše sester, zatímco početní stav lékařů nějakým dramatickým problémem nebyl. V dalším desetiletí probíhal proces racionalizace nákladů a nemocnice růst počtu lékařů ze začátku spíše brzdily. Teprve od protestní akce lékařů „Děkujeme, odcházíme“, která kulminovala v r. 2010–2011 začalo být celostátně jasné, že lékaři v rámci požadavků na zvýšení financování systému lobují nejen za zvyšování platů, ale že i plošný nedostatek personálu a vysoká pracovní zátěž se stávají vážnou hrozbou, ohrožující sociální smír. Během minulých deseti let se tato situace dále vyhroutil tak, že i při využití veškerých politických, manažerských a racionalizačních kroků na centrálních i lokálních úrovních již některé segmenty zdravotnictví a medicínské obory nejsou schopné garantovat dostatečné počty zdravotnického personálu. Začíná tak být ohrožena bezpečnost a udržitelnost poskytování zdravotních služeb. Nejvážnější situace je v oblasti stavu zdravotních sester v nepřetržitém lůžkovém provozu, a pokud jde o lékaře, tak zjevná krize již vypukla u praktických lékařů pro děti a dorost a v dětské psychiatrii, ale i v dalších oborech, zejména nemocničních je situace na hraně.

²⁰ HROBONĚ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020

²¹ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

²² ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>
<https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/vystupy-projektu>

²³ *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

²⁴ *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.

Ve všech vyspělých zemích přibývá lékařů a v ČR se jejich stav za 10 let navýšil o 13,8 %. Celkový počet lékařů v přepočtu na počet obyvatel v ČR mírně překračuje průměr zemí OECD, ale dynamika růstu byla v zahraničí dvojnásobná. Nárůst počtu sester za stejné období byl u nás pouze 3 %. Nárůst lékařů byl nejvyšší na nejtěžších lůžkových odděleních nemocnic, sester zde však ubývá.

Vyšší potřeba personálu ve zdravotnictví souvisí s prodlužováním průměrné délky života a s větším podílem seniorů v populaci, což vede k vyšším nákladům poskytovatelů a k přibývání práce. Druhým důvodem je technologický rozvoj medicíny, který přináší její lepší výsledky, ale také potřebu vyššího počtu zdravotníků. Nové technologie a stále těžší pacienti se soustřeďují více do nemocnic, a tak růst počtu lékařů a sester je zde prioritní, aby byl zajištěn provoz intenzivní medicíny, péče o nedonošené novorozence, náročná diagnostika typu magnetické rezonance aj. Roste i počet přežívajících pacientů a potřeba delšího doléčování, rehabilitace a dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Personální napětí roste též díky nízké mzdové úrovni ve zdravotnictví. Mzdy lékařů a sester v ČR od r. 2010 stoupají, ale ani tento nárůst však pracovníky neuspokojuje a ve srovnání se zahraničím je stále ještě přinejmenším u lékařů horší. Prohlubují se nároky mladších generací na volný čas a na sladění náročného profesního života s životem osobním a rodinným. Akceptování extrémních pracovních nároků se týká spíše jen mimořádných okolností a ve standardní práci je požadována práce s přiměřenou zátěží a dodržováním pracovní doby. Ochota zapojovat se do trojsměnných provozů a do pohotovostních služeb klesla. Dalšími příčinami nespokojenosti jsou pracovní podmínky a přetížení v práci. U lékařů hraje dále významnou roli špatné specializační vzdělávání a nedostatek absolventů, které vedou k nespokojenosti a k odchodům pracovníků do zahraničí.

V aktuální situaci a dopadech epidemie COVID-19 hrozí riziko nové vlny nespokojenosti mezi zdravotníky, kteří na jednu stranu byli chváleni za vysoké nasazení a obětavost během epidemie, ale na druhou stranu byli roztrpčeni ze zmatků okolo a z nenaplněných slibů vlády v rámci řešení nedostatků v zásobování a chaotické dostupnosti ochranných prostředků.

Pokud jde o vývoj počtu lékařů primární sféry, je nejvyšší ohrožení u PLDD, kterých do r. 2025 ubude přes 10 % a do r. 2050 celkem 23 %. Zde je potřeba zajistit maximální podporu oboru pediatrie, kde chybí i lékaři v nemocnicích. Naopak menší procentuální deficit bude u PLD, kde je třeba podpořit i rekvalifikaci již zkušených lékařů internistů a dalších širokých oborů. Celostátní vývoj a vývoj v KHK bude prakticky identický. U gynekologů poskytujících primární ambulantní péči je prognózován rovněž pokles, ale podpoří-li se hlavní obor gynekologie a porodnictví, pak se z nich gynekologové pro primární ambulantní péči doplní snadno. Optimistický vývoj je u zubních lékařů, kde se předpokládá plynulý nárůst počtu lékařů do r. 2050 až o 30 %.²²

²² ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf> <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/vystupy-projektu>

U lékařů jsou ještě další specifika. Nepochybně hraje roli jejich demografické stárnutí, které ohrožuje primární péči a projevuje se zejména u praktických lékařů pro děti a dorost (zde nejvíce), i u praktických lékařů pro dospělé. Nedostatek lékařů je hlášen ze všech oborů a bez ohledu na věkový profil chybí v nemocnicích i v ambulantním terénu nejvíce dětské psychiatry, dětské neurologové, psychiatry, dětské a ORL lékaři, porodníci a všeobecní internisté. Často citovaná vysoká feminizace českého zdravotnictví, ani počet absolventů lékařských fakult se podle statistik ÚZIS ani OECD nijak dramaticky neliší od stavu v zahraničí a ani se výrazněji nevyvíjí k horšímu. K celkovému počtu lékařů absolventů přispěje během cca 5 let i zvýšení počtu mediků o 15 %, prosazené ve volebním období let 2017-2021.

U sester dominuje náročnost trojzměnného provozu, která se potvrzuje zkušeností, že jejich největší nedostatek je v nemocnicích, zatímco v ambulantní sféře tak velký nedostatek není. Problém u sester je, že absolventky škol často do zdravotnictví nenastoupí a odcházejí do jiných hospodářských sfér, popřípadě i do zahraničí. Pro prostou reprodukci počtu sester by bylo potřeba, aby do zdravotnictví nastupoval 2–4x vyšší počet absolventek, zatímco srovnání s OECD (r. 2017) ukázalo, že absolventek je u nás 3x méně, než je průměr OECD a v žebříčku zaujímáme beznadějně poslední místo za Tureckem, Řeckem a Mexikem.

Specifika Královéhradeckého kraje

Situace v KHK principiálně kopíruje situaci v ČR, ale nějaké rozdíly se objevují. Do dosažení průměrného počtu lékařů v ČR chybělo v r. 2018 v KHK asi 36 úvazků lékařů. V období 2012-2018 přibýlo v kraji 51 lékařů u lůžek a ubylo 25 lékařů v ambulantní sféře, přičemž absolutní nárůst o 26 lékařů byl 5 x nižší (!), než by odpovídalo růstu počtu úvazků v celé ČR. Negativní je i informace, že zatímco v ČR bylo v r. 2018 v nemocnicích 33 % lékařů bez specializace, bylo v KHK stejných lékařů jen 28 %. Znamená to, že do nemocnic v KHK nastupuje méně absolventů, než je průměr v ČR (hrubým odhadem ročně asi o 8 lékařů). Aktuálně nejvyšší ohrožení v KHK je u PLDD na Náchodsku.

Přes růst počtu lékařů počet sester v KHK ve stejném období 2012-2018 naopak klesl, a to o 19 sester, tj. na 99,56 % (v ČR pokles o 1372, tj. na 98,36 %). Je to v mírné diskrepanci se statistikami OECD, které ukazují nárůst sester v ČR v podobném období okolo 6 %, ale vzhledem k obecně horší bilanci sester v ČR to nic nemění na faktu, že sester je kriticky málo, a je to v souladu s tím, že jich dramaticky ubývá zejména v akutních nemocnicích, což vede až k uzavírání lůžkových oddělení. Na špatné situaci je jediným pozitivním faktem, že počet sester na počet obyvatel je tradičně v KHK o něco vyšší, než je průměr ČR (celkem cca přes 250), což se ve sledovaném období nezhoršilo a souvisí to pravděpodobně s lepší personální politikou (což bohužel není vidět u lékařů).

Silné stránky a Příležitosti

Oproti deficitu zdravotních sester je deficit lékařů v nemocnicích až na výše citované obory méně dramatický a absolutní počet lékařů na 1 000 obyvatel je v ČR oproti stavu v zemích OECD lehce nadprůměrný. Deficit lékařů zejména v menších nemocnicích je velký,

ale i když to není v některých případech plnohodnotná náhrada, je z části kompenzován lékaři ze zahraničí. Ovšem fakt, že na evropské poměry není v ČR lékařů tak málo, vyvolává potřebu zkoumat i rezervy v potřebě jejich efektivního pracovního využití. Řada významných zdravotnických systémů má sice lékařů více než ČR (Rakousko, Německo, Švédsko aj.), ale existuje také řada zemí se skvělým zdravotnictvím, které mají lékařů zřetelně méně (Finsko, Izrael, Francie, Belgie aj.), takže je u nich možno hledat cesty ke zlepšení situace. Zcela jistě mají lékaři v těchto zemích nejen vyšší mzdy a také lepší pracovní zázemí, ale i více pomocného personálu a prostředků, který umožňuje bez vyššího pracovního úsilí dosahovat vyšší efektivity práce. Patří sem vyšší počty dalších zdravotnických profesí a administrativních pracovníků, redukce administrativy, dokonalejší systémy elektronické dokumentace aj. Je-li dostatek sester, což bohužel není náš případ, je možné zvyšovat jejich kompetence, které nahrazují část lékařské práce. Je možno ovlivňovat i pacienty, a to směrem k vyšší odpovědnosti za své zdraví a k racionálnímu čerpání péče, kde mohou sehrávat lepší roli i lékaři v primární medicíně. Vládní program Zdraví 2030 pod hlavičkou dílčího cíle Optimalizace zdravotnického systému v tomto směru slibuje podporu.

Vedle mzdových podmínek existuje ještě jedna oblast, která je pro počty lékařů klíčová a často se u nás spojuje i s únikem mladých lékařů do zahraničí. Jedná se o kultivaci mimořádně narušeného specializačního vzdělávání, které je permanentním a oprávněným zdrojem kritiky České lékařské komory a mladých lékařů. Zahraniční zkušenosti z Německa, Velké Británie či USA dokládají, že toto vzdělávání je v uvedených zemích mnohem efektivnější a navázání spolupráce mezi FN HK a ZH KHK a koordinace ze strany kraje je velkou rezervou pro zdravotnictví v Královéhradeckém kraji. Pro tuto spolupráci je však potřeba dodat ještě řadu detailů z této oblasti. Problematika je řešena v rozvojovém bodu 1. (str. 116) a možnosti, jako postupovat při řešení tohoto problému jsou popsány ve SWOT analýze kapitoly VII. v úvodní části, str. 59-62).

Velké výpadky ambulantních lékařů, které se zatím ukazují hlavně u lékařů primární péče, budou přecházet i na ambulantní specialisty, ale nemá smysl řešit tyto problémy *ad hoc* jen u jednotlivých případů, ale je potřeba začít razantně zvyšovat počty nemocničních rezidentů podle demografických parametrů jednotlivých oborů a segmentů lůžkového i nelůžkového, sektoru. Je to dáno tím, že s výjimkou oboru PLD (dříve i PLDD) musí lékař absolvent své specializační vzdělávání absolvovat v akreditované nemocnici, což jsou v naprosté většině nemocnice akutní péče. Centralizovaný vzdělávací systém byl v dobré vůli v r. 2004 modifikován podle amerického a anglosaského vzoru a dřívější systém dvou atestací, který již zastaral byl nahrazen celoevropským systémem jedné atestace po 4-5 letech rezidentury, která umožní lékaři pracovat samostatně. Inovace však nebyla v ČR nikdy dovedena k dokonalosti a nedošlo tudíž k očekávanému zvýšení efektivity vzdělávání, kvůli které byla prosazena. Důvodem selhání je podfinancování akreditovaných primariátů, kde se má odehrávat hlavní část výuky a nabírání praktických zkušeností absolventů.

Z menších pracovišť musí dnes odcházet mladí lékaři na dlouhodobé stáže na externí pracoviště bez navázání nového zaměstnaneckého poměru, a tento systém se v našem prostředí absolutně neosvědčil. Mateřská pracoviště platí lékařům mzdy, musí hradit náklady jejich stáží a stážisté se na vyšších pracovištích často cítí zanedbávání. Školící pracoviště také

nikdy nepřijala princip, že jsou určena jen pro dočasný pobyt rezidentů a že musí produkovat dostatek specialistů nejen pro potřeby vlastních nemocnic, ale i pro zbytek systému, zejména pro ambulantní terén a malé nemocnice, kde vzdělávání neprobíhá. Představa, že nemocnice, akreditované pro vzdělávání budou vzdělávat lékaře hlavně pro sebe, je špatná a celý systém musí být nastaven tak, aby absolventi byli připraveni z pracovišť, kde získali specializaci, odejít do dalších oblastí, kde budou potřeba.

Není třeba připravovat rezidenty prioritně v oborech, kde budou brzy chybět ambulantní lékaři. Samostatné ambulance jsou pro lékaře populární, a jakmile se někde uvolní místo, lékaři rádi z hektické práce v nemocnici a z povinnosti sloužit noční služby odejdou. Místa je potřeba plánovat podle potřeb každého oboru jako celku v celém kraji a počítat s tím, že lékařů v akreditovaných nemocnicích musí být na rezidenčních místech zapláceno více, než kolik jich budou nemocnice potřebovat. Jen tak budou vytvářet rezervu pro další součásti systému a jako specialisté po ukončení rezidentury doplňovat místa, kde jsou zapotřebí.

Poslední, co je k uvedenému potřeba dodat, je fakt, že stávající legislativa ke vzdělávání lékařů není tak špatná a i když její realizace (tvorba vyhlášek MZ ČR) dost vážne, není legislativě nic, co by bránilo velkým poskytovatelům v dohodě o společném systému vzdělávání a rotace mladých lékařů tak, aby mohli rotovat po menších i větších nemocnicích s akreditací tak, aby se v různých fázích svého studia vzdělávali a odváděli užitečnou práci tam, kde je to pro všechny zúčastněné maximálně efektivní.

Kritický nedostatek sester je možno měnit jedině řadou provázaných opatření, která by zajistila posilování atraktivity této profese, posílení školských základen pro výuku sester, snížení pracovních nároků prostřednictvím zapojení (nižších) praktických sester, posílení dalšího pomocného personálu a podstatně vyšším mzdovým zvýhodněním trojsměnného provozu. Situace je tak závažnou, že by potřebovala založit pod patronací kraje expertní pracovní skupinu, která by v tomto směru hledala praktické možnosti řešení.

Dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních

Vznik dobrovolnických center a rozvoj dobrovolnických aktivit ve zdravotnictví podporuje MZ ČR finančními dotacemi již od roku 2002, a to prostřednictvím dotačního programu: Vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Jen pro rok 2020 byla z tohoto dotačního programu na podporu dobrovolnictví vyplacena částka v celkové výši 1 445 224 Kč.

Význam dobrovolnických aktivit se velmi osvědčil i v době pandemie nemoci COVID-19, kdy vyvstala zvýšená potřeba zapojení občanské společnosti do pomoci druhým, kteří jsou touto nemocí či její hrozbou a souvisejícími opatřeními zasaženi a neumí se s těmito dopady jednoduše vypořádat (zejména lidé nemocní, osamocení, senioři, ale i další). Tato pomoc k potřebným směřuje buď napřímo, nebo cestou zařízení, v nichž pobývají, zejména zařízení zdravotních a sociálních služeb. Tato zařízení se vlivem nemoci a karanténních opatření personálu potýkají s problémy, jak zajistit poskytování svých služeb. Dobrovolníci se pak k pomoci hlásí individuálně, nebo cestou specializovaných profesionálních organizací.⁴⁶

⁴⁶ *Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace únor 2021.* Vláda České republiky 19.02.2021. Dostupné z: [Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace | Vláda ČR \(vlada.cz\)](#)

Kapitola IV.

Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby

Přednemocniční neodkladnou péči zajišťuje v ČR i v KHK především zdravotnická záchranná služba. ZZS KHK poskytuje dvě základní zdravotní služby, a to zdravotnickou záchrannou službu a převoz pacientů neodkladné péče. ZZS KHK zajišťuje péči pro trvalé obyvatele kraje a velký počet sezónních návštěvníků. Pro tyto služby disponuje ZZS KHK 32 výjezdovými skupinami. Pozemních výjezdových skupin je 31 a 1 výjezdová skupina je letecká záchranná služba. Výjezdové skupiny jsou umístěny na 15 výjezdových základnách ve 13 městech. Lékař je součástí 9 pozemních výjezdových skupin a též je ve výjezdové skupině letecké záchranné služby.

Činnost LPS jakožto součásti akutní medicíny je dnes spíše minoritní. Je zmiňována zde, ale pokud je to potřeba, pak i v jiných kapitolách u jednotlivých specializovaných oborů nebo celých segmentů služeb jako je např. primární medicína. Dle představy MZ ČR se počítá s koncentrací LPS pod urgentní příjmy, které by se měly, tam kde zatím nejsou, postupně dobudovat v centrálních akutních nemocnicích ve všech okresech.²⁵ V srpnu 2020 vydalo MZ ČR metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů.²⁶

Slabé stránky a Hrozby

Z 15 výjezdových základen, kde sídlí výjezdové skupiny ZZS KHK, jsou 4 v majetku kraje (svěřené do hospodaření ZZS KHK). Zbývajících 11 výjezdových základen je v majetku jiných subjektů a ZZS KHK je využívá na základě nájemní smlouvy. Deset základen vzniklo úpravou prostor, které primárně nebyly určeny pro potřeby ZZS KHK a na jejich dispozici je to výrazně znát, jejich koncepce neodpovídá potřebám výjezdového střediska zdravotnické záchranné služby. Např. v nich není možnost pracovat v odděleném režimu, což se plně projeví v souvislosti epidemie COVID-19.

Kapacitně je počet výjezdových skupin v průměru dostačující (dle počtu pacientů v přepočtu na výjezdovou skupinu), ale jsou výrazné lokální rozdíly. Velmi zatížené větším počtem výjezdů jsou výjezdové skupiny ve 3 výjezdových střediscích v Hradci Králové. Sezónně pak jsou přetížené výjezdové skupiny v horských oblastech, zejména v Trutnově.

Dojezdové doby. Dislokace výjezdových středisek je v průměru dostačující (dle průměrných dojezdových časů), ale opět i zde jsou výrazné lokální nerovnosti. Delší dojezdové časy

²⁵ Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů, tisková zpráva z 20. 12. 2019 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

²⁶ Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR, Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ročník 2020, částka 9, vydáno dne 31.08.2020, Dostupné z: https://zachrannasluzba.cz/wp-content/uploads/2020/09/Vestnik-MZ_9-2020_UP.pdf

vykazují střediska v horských a podhorských oblastech, a to v Trutnově, a především v okrese Rychnov nad Kněžnou (výjezdová střediska Rychnov n. Kn. a Opočno). Zde, zejména v zimních měsících a v souvislosti s rozvojem zimních sportovních středisek v odlehlých lokalitách jako je např. Orlické Záhoří, nelze pozemními posádkami docílit vždy dojezdového času 20 minut.

Komunikační technologie. Technologie Krajského zdravotnického operačního střediska byly pořízeny před pěti lety, pozvolna končí jejich životní cyklus a je již omezena schopnost provádět potřebné inovace. Komunikační krajská síť ZZS KHK (analog pro hlasovou komunikaci, pagerová síť) je průběžně udržována.

Příležitosti a Silné stránky

V posledních letech uskuteční ZZS KHK cca 50-52 tis. výjezdů ročně. Výjezdové skupiny zasahují průměrně cca 140krát denně. Dojezdový čas do 20 minut od přidělení výzvy výjezdové skupině ZZS KHK u primárních zásahů v naléhavosti N1 a N2 (nejnaléhavější případy) bývá dosažen ve více jak 95 % případů. Průměrný čas od výjezdu po dosažení místa zásahu je dlouhodobě od 9 do 11 minut.

Spolupráce s Integrovaným záchranným systémem a s veřejností. Do fungování zdravotnického záchranného systému jsou dlouhodobě systematicky zapojovány také další instituce a dobrovolníci. Na vysoké úrovni je spolupráce se složkami Integrovaného záchranného systému (dále jen „IZS“). Jsou uzavírány v rámci spolupráce Dohody o plánované pomoci na vyžádání, kdy touto formou si ZZS KHK zavazuje vybrané jednotky IZS (včetně Horské služby ČR) zejména v odlehlých lokalitách k poskytnutí první pomoci ještě před příjezdem výjezdových skupin ZZS KHK z důvodu zkrácení doby od počátku obtíží do poskytnutí první pomoci. Složky IZS i laickou veřejnost zapojuje ZZS KHK také do systému First responderů (poskytovatel první pomoci na vyžádání).

Letecká záchranná služba Hradec Králové. Vrtulník letecké záchranné služby Hradec Králové (dále jen „LZS HK“) uskutečnil v roce 2019 celkem 601 zásahů, během kterých strávil ve vzduchu 381 hodin a 21 letových minut hrazených z prostředků Ministerstva zdravotnictví ČR. Počet zásahů LZS HK se oproti roku 2018 zvýšil o 5,8 %. 95,3 % (573 případů) byly primární zásahy přímo do terénu. V posledních deseti letech mají primární zásahy v činnosti LZS HK dominantní postavení. Od 1.1.2021 je zahájen celodenní provoz LZS HK a zároveň došlo k rozšíření spádového území, kde bude vrtulník LZS HK zasahovat jako nejbližší letecká posádka (trojúhelníková oblast Liberec – Jihlava – Jeseník).

Kvalita práce. Počet výjezdů a ošetřených pacientů a počet řešených událostí je nižší než průměr ČR a v počtu výjezdů na 1 000 obyvatel je ZZS KHK třetí nejnižší v celé ČR. Může to souviset i s velkým urgentním příjmem ve FN HK, který funguje v nepřetržitém režimu 24 hod. denně, 7 dnů v týdnu, má dostatek observačních lůžek a přijímá i nízkoprahové pacienty. V každém případě se však na relativně nízkém počtu výjezdů výrazně podílí vedením organizace podporovaná vysoká kvalita a usměrňované chování dispečinku ZZS, který je

operativně schopen řešit problémy pacientů tak, aby jejich zdravotní potřeby byly optimálně vyřešené a je schopen zprostředkovat i zdravotnickou dopravní službu pro pacienty, kteří se nejsou schopni sami do místa, kde funguje LPS, dopravit.

ZZS KHK patří nejen v rámci ČR, ale i v mezinárodním porovnání, k systémům s nejlepšími výsledky v oblasti přednemocniční neodkladné péče. Měřitelné jsou zejména nadstandardní výsledky v oblasti úspěšnosti kardiopulmonálních resuscitací. Výsledky jsou dány nejen dostatečnou kapacitou a vhodnou dislokací prostředků ZZS KHK, ale také vysokou odbornou kvalitou pracovníků ZZS KHK, která je výsledkem dlouhodobě systematické práce v odborném vzdělávání.

Personální ekonomické a technické zázemí. Personálu má ZZS KHK i v současné personální krizi ve zdravotnictví dostatek a je oproti ČR lehce nadprůměrný, převážně v počtu nelékařských pracovníků. Lékařů je naopak méně, ale provoz služby není ohrožen. Příspěvek zřizovatele na provoz je podprůměrný jak v rámci srovnatelnosti ČR, tak v rozpočtu KHK, který je určen pro zdravotnictví, ale hospodářská situace ZZS KHK je dlouhodobě stabilní (blíže viz kapitola VIII. Analýzy – Ekonomika zdravotnictví v KHK).

V rámci digitalizace je ZZS KHK na čele aktivit v rámci zdravotnických záchranných služeb. Aktuálně je ZZS KHK jedinou ZZS, která vede zdravotnickou dokumentaci v digitální podobě a také ji takto předává do nemocnic.

Sanitní vozidla se daří obměňovat v pravidelném cyklu cca po 7 letech a po ujetí cca 200–250 tis. km.

Vize rozvoje ze strany vedení ZZS KHK pro období let 2021–2025. V rámci standardního investičního rozpočtu KHK pro své organizace, který má aktuálně šanci dosáhnout na připravovaný fond EU po epidemii COVID-19, bude prioritou ZZS KHK potřeba zahájit modernizaci výjezdových základen, které jsou pro situaci v epidemii zastaralé. Rozvojovou prioritou je dále posilovat rozvoj eHealth v rámci ZZS KHK. Z běžného rozpočtu je potřebné udržet cyklus obměny vozového parku, zprovoznit nové výjezdové středisko v Temném Dole a zvážit řešení situace v okrese Rychnov nad Kněžnou ve vztahu k Orlickým horám novou výjezdovou základnou umístěnou blíže do hor.

Stav poskytování LPS v KHK

Zajištění LPS je jednou z povinností kraje, která je vymezena ustanovením § 110 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb.²⁷ Dle uvedeného ustanovení odpovídá kraj za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

²⁷ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=z%C3%A1kon+%C4%8D.+372%2F2011>

V rámci KHK je LPS zajištěna následujícími způsoby. LPS pro dospělé funguje ve FN HK, v nemocnicích v Náchodě, Rychnově n. Kn., v Jičíně, v Trutnově a v Novém Bydžově. LPS pro děti je poskytována ve FN HK a dále v nemocnicích Náchod, Rychnov n. Kn., Jičín, Trutnov a v nemocnici ve Dvoře Králové n. L. Lékařská pohotovostní služba funguje ve FN HK. Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství je zajištěna ve FN HK a od února roku 2021 bude LPS poskytovat několik zubních lékařů místo ve FN HK (ta bude v daných termínech uzavřena), a to ve vlastních ordinacích na území ORP Hradec Králové. Dále je v rámci našeho kraje stomatologická pohotovost zajištěna privátními zubními lékaři přímo v jejich ordinacích, a to o víkendech a svátcích v dalších 9 oblastech KHK (Jičínsko, Broumovsko, Jaroměřsko, Náchodsko, Rychnovsko, Královédvorsk, Vrchlabsko, Trutnovsko a Novobydžovsko).

KHK o místech a časech poskytování LPS podrobně informuje na svých webových stránkách.²⁸ Pohotovosti zubních lékařů jsou též zveřejněny na webových stránkách České stomatologické komory.²⁹ Problémem LPS je až na výjimky nízká ochota lékařů z ambulantního terénu se na LPS účastnit, ale přesto výpadky těchto služeb jsou velmi ojedinělé.

LPS je i přes svoji minoritní pozici v přednemocniční neodkladné péči jednou z oblastí finančně podporovanou KHK. Smlouvy o poskytnutí vyrovnávací platby za plnění závazku veřejné služby KHK uzavřel se svými nemocnicemi v roce 2016 na období 10 let. V okrese Hradec Králové má KHK uzavřenou smlouvu na zabezpečení LPS formou závazku veřejné služby i s FN HK. Celkem za rok 2019 vydal KHK na podporu LPS (FN HK, ZH KHK, soukromí zubní lékaři sloužící LPS ve svých ordinacích) částku cca 17 mil. Kč. Žádat mohou i další nemocnice a subjekty. Nejčastější LPS tam, kde není v nemocnici zajištěna činnost urgentního centrálního příjmu, fungují na nemocničních ambulancích interních a dětských oddělení.

Ve FN HK nepřetržitě funguje dobře organizovaný urgentní příjem, který řeší i nízkoprahové pacienty a děti jsou zabezpečeny Dětskou klinikou FN HK. Na spokojenosti obyvatel se službami LPS se výrazně podílí nepřímo i ZZS KHK. Při dobrém fungování dispečinku ZZS KHK je možno řadu akutních potřeb pacientů řešit nejen výjezdem posádky k pacientovi, ale i zdravotní radou nebo obstaráním dopravy cestou zdravotnické dopravní služby, pokud se pacient do místa poskytování LPS nemůže dopravit sám.

Od začátku r. 2020 prostřednictvím úhradové vyhlášky MZ ČR navýšilo úhrady za poskytování LPS těm poskytovatelům, kteří danou službu poskytují v těsné blízkosti urgentního příjmu v akutních nemocnicích. LPS je takto podporována z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „v.z.p.“). a zdá se, že v celé ČR by se úhrady mohly stát dobrým motivačním nástrojem na podporu této zdravotní služby.

²⁸ Lékařská pohotovostní služba Královéhradeckého kraje – přehled [online]. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?id=314631>

²⁹ Webové stránky České stomatologické komory / Pohotovosti [online]. Dostupné z: <https://www.dent.cz/pohotovosti/>

Kapitola V.

Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK

Slabé stránky a Hrozby

Kapacita poskytování ambulantní péče

Struktura ambulantních lékařů v základních datových zdrojích není jednoduše k dispozici a jednotlivé zdroje nejsou konzistentní. Celkový počet je složen z lékařů primární sféry, tj. ze 4 odborností (PLD, PLDD, ambulantní gynekologové a zubní lékaři) a při používání pojmu praktický lékař není vždy úplně jasno, zda se myslí všichni lékaři primární péče, zda jsou počty se zubními lékaři nebo bez nich nebo zda se mluví jen o kategoriích PLD a PLDD. Historicky i aktuálně tak vznikají nejasnosti typu, kdy se do celkových počtů započítávají zubní lékaři a kdy ne, popřípadě kdy se hovoří o ambulantních gynekologech jako o praktických lékařích a kdy jsou bráni jako ambulantní specialisté.

Požadavek dostupnosti u primární péče podle Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, není naplněn v uvedených procentech příslušného území KHK: PLD 0,17 %, PLDD 0,35 %, zubní lékařství 0,31 % a ambulantní gynekologie 0,54 %. Celostátně je to zejména v pohraničí, v KHK potom v oblasti Krkonoš, Orlických hor a Broumovského výběžku. V oblasti ambulantní gynekologie pak ještě v oblasti Jičínska a Novobydžovska. Jakýkoliv výpadek lékařů v těchto lokalitách vzbuzuje napětí a má-li se kraj ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami snažit zajišťovat poskytování péče i v těchto rizikových zónách, je potřeba spolupráci posílit. Zcela pravidelný argument ZP v těchto situacích je tvrzení, že přes zákonem určenou povinnost zajistit svým pojištěncům potřebnou péči toto nemohou dělat, protože na to nemají příslušné nástroje. Platí to jistě v případech, kde je potřeba zasahovat operativně, z hlediska dlouhodobého je to však neobhájitelné a kraj by zde měl přinejmenším na problémy ZP upozorňovat.

Počty úvazků PLD a PLDD v Královéhradeckém kraji v r. 2018 byly mírně nad průměrem ČR. V případě obou oborů je však vysoké ohrožení lékařské kapacity díky nerovnoměrné věkové distribuci lékařů, která se ale plynule přesouvá do vyššího věku a bude hrozit odchod lékařů. Prognóza na jejich náhradu z pohledu počtu mladých lékařů v atestační vzdělávací přípravě je špatná, zejména u oboru PLDD.

U ambulantních specialistů není problémem jen vysoký věk lékařů, ale nedostatek mladších odborníků, kteří by je mohli nahradit. Nejohroženější specializace v KHK jsou obory psychiatrie, ORL, rehabilitace a fyzioterapie, vnitřní lékařství (zde minimálně u všeobecných internistů), chirurgie a radiologie a zobrazovací metody (zde nedostatečné pokrytí magnetické rezonance, kde není plně využita potřeba dvousměnného provozu přístrojů).

V období let 2016-2018 již úbytek počtu ambulancí nastal a byl celorepublikově relativně nejvyšší u PLDD 11,4 %, u PLD 4,8 % a u zubních lékařů 4,0 %. Ve sféře ambulantních

specialistů byl úbytek nejnižší, 0,2 %. KHK byl postižen relativně méně než jiné kraje a pohyboval se okolo průměru ČR. V absolutních číslech to znamenalo úbytky 8 ambulancí u PLD, PLDD i u ambulantních specialistů a 5 ambulancí u zubních lékařů.

Při celostátním pohledu na roli ZP v rámci tvorby sítě poskytovatelů ambulantní péče v celé ČR je na místě poznamenat, že nástroj, kterým je pro ZP smluvní politika, je při nedostatku lékařů prakticky nemožné legislativně otevírat, protože ani v době lepšího personálního vybavení se nikdy (alespoň ve sféře ambulantních specialistů) nepodařilo najít oboustranně férový konsenzus mezi povinnostmi ZP garantovat racionální síť poskytovatelů a na druhou stranu uspokojit lékaře tak, aby měli ve svých privátních ambulancích jistotu férových úhrad a stabilitu podnikání pro své dlouhodobé investice.

Počty výkonů v primární péči

Mezi r. 2014 a 2015 došlo u praktických lékařů (PLD a PLDD) v souvislosti se zrušením regulačních poplatků u lékařů ke skokovému navýšení počtu pacientů v cele ČR o cca 4,85 mil. pacientů (29,6 %) a v období 2015–2018 dále stoupal o další 2,0 mil. pacientů. Podobný nárůst nastal i u pacientů v KHK. Podle některých expertů to je dobře, protože přístup pacienta k primární péči by neměl být omezován, druhý názor říká, že vzhledem k nadprůměrnému počtu kontaktů pacientů se zdravotnictvím není u nás péče čerpána racionálně. U ambulantních specialistů podobný skokový nárůst nenastal a vzestup výkonů v celém období let 2010–2018 byl pouze 7,6 % a v KHK došlo dokonce ke snížení o 4,2 %.

V ČR je počet praktických lékařů oproti větší části vyspělých evropských zemí a průměru OECD nižší min. o 15 %, a to i za situace, kdy celkový počet lékařů je u nás nadprůměrný. Navíc praktičtí lékaři ve vyspělých zemích mají širší spektrum práce a formálně přidělených kompetencí než u nás. Segment primárního lékařství tak zůstává ve své funkci v ČR nedoceněn a oproti specialistům poddimenzován. Systémový problém se chystá řešit vláda, ale v situaci, kdy ve slabě dimenzovaných primárních službách ještě roste pracovní zatížení a současně je ohroženo i personální zajištění této péče, je to pro kraj jasným signálem, že je nutno tento druh služeb podpořit, a to nejen co do jejich počtu, ale také v oblasti systému jejich postgraduálního vzdělávání. Zejména to platí pro obor PLDD, který je tč. paralyzován kvůli legislativním sporům o vzdělávání, ale i kvůli výraznému úbytku pediatrů celkově (tj. i nemocničních), ze kterých by se PLDD mohli kvalifikovat.

Primární ambulantní péče v oboru gynekologie a porodnictví je i přes nedostatek porodníků v nemocnicích celkem stabilizována díky faktu, že řada nemocničních gynekologů souběžně provozuje i vlastní ambulanci primární gynekologické péče. I když byl tento souběh v minulosti často u jiných oborů kritizován, v gynekologii a porodnictví má kladné dopady.

Primární ambulantní péče v oboru zubní lékařství je oblast, která je pro analyzování poměrně obtížná. Pravidelné statistiky zveřejňoval ÚZIS ČR do r. 2013 a od té doby jsou

k dispozici pouze personální data od VZP za r. 2019 a jednorázová přehledná studie ÚZIS z r. 2018, týkající se personálního a výkonového vývoje.^{18,21,30} Prakticky všechna uváděná data (počty lékařů na obyvatele, počty obyvatel na 1 ambulanci, počty ošetření na obyvatele, procento preventivních vyšetření aj.) jsou mírně příznivější, než je průměr v ČR a počty ošetření jsou dlouhodobě stabilizovány. V ČR byl v letech 2016-2017 zaznamenán úbytek 215 ambulančních zubních lékařů, z čehož bylo 5 v KHK, tedy jen 1/2 průměru ČR, což se jeví jako příznivé číslo, ale faktem je, že každé místo, kde k úbytku dojde, má problém nového zubního lékaře najít. Nejintenzivnější stížnosti na špatnou dostupnost se ozývaly z Jičínska a Trutnovska, ale v současnosti lze registrovat již ze všech okresů kraje. Výhledově je však demografická prognóza dobrá a v nejbližších letech již lze v ČR očekávat nárůst počtů zubních lékařů do r. 2050 až 30 % a od r. 2020 do r. 2030 v KHK nárůst minimálně 20 zubních lékařů.²²

Zubní lékaři mají nejvyšší šanci ze všech lékařských oborů provozovat ambulanci bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami a hospodářsky prosperovat, ale mají tuto možnost jen ve větších a bohatších městech a neatraktivní chudší lokality tak o zubní lékaře přicházejí. Zubní lékařství je jediný obor, který má oproti ostatním praktickým oborům registrován velmi nízký počet pacientů ze své cílové populace (cca 50 %) a ztrácí tak příležitost motivovat pacienty k potřebné prevenci. Výsledkem je vysoká potřeba pohotovostních služeb, které podle seriózních údajů sloužících lékařů navštěvují převážně pacienti bez registrace u stomatologa a se špatnou osobní péčí o chrup. Pohotovostní služby v KHK fungují ve všech okresech (2x okres Hradec Králové, okres Jičín, 3x okres Náchod, okres Rychnov nad Kněžnou, 3x okres Trutnov). V 9 lokalitách dopoledne převážně v sobotu, v neděli a ve svátek. Ve FN HK ve všední dny do 21 hodin a o víkendech a svátcích do 19 hodin.^{28,29}

¹⁸ BURCIN Boris, KUČERA Tomáš a KURANDA Jan. *Prognózy vývoje obyvatelstva královéhradeckého kraje a jeho vybraných územních součástí na období 2018–2050*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta Katedra demografie a geodemografie, 2019

Prezentace východisek, předpokladů a výsledků prognóz, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 13. února 2019

²¹ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci z přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

³⁰ *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. kapitola 5 Činnost praktických zubních lékařů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, str. 53–55. ISBN 978-80-7472-134-2- Dostupné online: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/cinzdrz2013.pdf>

²² ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>
<https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/vystupy-projektu>

²⁸ Lékařská pohotovostní služba Královéhradeckého kraje – přehled [online]. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?id=314631>

²⁹ Webové stránky České stomatologické komory / Pohotovosti [online]. Dostupné z: <https://www.dent.cz/pohotovosti/>

Tyto dotované pohotovostní služby fungují v KHK lépe než v okolních krajích a paradoxně na to kraj doplácí, protože v důsledku toho přichází vyšší počet pacientů z jiných krajů a pohotovostní služby v KHK jsou přetížené.

Stomatologická problematika má celostátní charakter, i když přes veškeré stížnosti v ní KHK funguje lépe než jiné kraje. Nespokojenost obyvatel s dostupností primární stomatologické péče včetně LPS zatím hrozí neustále a musí být pod monitoringem kraje, zejména v odlehlejších oblastech.

Specializované ambulantní služby a role praktických a specializovaných lékařů

Počty produkovaných výkonů v ambulantní sféře (měřeno počty kontaktů pacienta s lékařem) jsou v mezinárodním sledování nadprůměrné. ČR je v počtu kontaktů občana se zdravotnictvím stále na předních místech žebříčku (11 kontaktů ročně na obyvatele, průměr zemí 7,2 kontaktů). Tento fakt je nejčastěji interpretován jako důsledek slabé pozice praktických lékařů v usměrňování péče. Jsme na 5. místě z 31 zemí a z evropských zemí jsou před námi jen Maďarsko a Slovensko. Počet kontaktů však dosahoval ještě po r. 2000 hodnoty 16 kontaktů na obyvatele, takže došlo ke zřetelnému zlepšení. Pokud by tento zlepšující se stav dále pokračoval, mohl by pro úbytek lékařů a s tím spojený zánik některých ambulancí znamenat určitou kompenzaci.

Oproti praktickým lékařům nenastal u specializovaných lékařů skokový nárůst výkonů v období zrušení regulačních poplatků. Vzestup jejich výkonů byl v celém období let 2010–2018 spíše plynulý, ale oproti praktickým lékařům v rámci celé ČR jen asi třetinový (7,6 %) a v KHK došlo dokonce ke snížení o 4,2 %.

Byla získána a analyzována data, která ÚZIS ČR dříve nepublikoval a která ukazují poměr ambulantních činností v terénní sféře a v nemocnicích. Ukazují, že přes 40 % ambulantních pacientů navštěvuje ambulance v nemocnicích a pro všechny ambulantní pacienty dohromady zajišťují nemocnice komplementární služby v objemu 81 % všech kontaktů. Protože tato data nebyla podrobněji zkoumána, zdá se, že v oblasti odborností pohotovostní služby neodpovídají úplně realitě. Např. ve stomatologických terénních ambulancích je vykázáno jen minimum pohotovostních kontaktů, přestože se tam provádějí a ani objem LPS praktických lékařů mimo nemocnice neodpovídá skutečnosti. Tato fakta jsou poměrně málo známá, nebyla zevrubněji hodnocena z pohledu efektivity (např. jaká je v nemocnicích reálná potřeba lékařů pro specializovanou ambulantní sféru) a není k dispozici spektrum výkonů, popřípadě i bodová produkce pro porovnání obou sfér.

Zdravý způsob života, prevence, a screeningové programy

Preventivní prohlídku u praktického lékaře absolvovalo v letech 2017/2018 64 % populace ČR, v KHK pouze 62,5 %. V letech 2012/2013 absolvovalo preventivní prohlídku pouze 59 % populace, v průměru jde tedy o mírně rostoucí trend. Tento průměr však není vypovídající a poučné je hlavně rozdělení parametru na věkové skupiny. U dětí

do 18 let i přes velké problémy oboru PLDD je preventivní péče vzorová, jak okolo očkování, tak při preventivních prohlídkách. V letech 2017/2018 byla preventivní prohlídka u PLDD zaznamenána ve více než 95 % případů a u populace Královéhradeckého kraje je účast na preventivních prohlídkách u dětí ještě o něco vyšší než průměr ČR. Prevence u PLD je v KHK naopak lehce pod průměrem.

V rámci potlačování celoplošných populačních rizik musí mít veřejné zdravotnictví, za které by měl nést odpovědnost i kraj, vysoký zájem na propagaci prevence. Uvedené výsledky ukazují, jak důležitá je motivace všech občanů. Rodičům nedělá problém do preventivních programů zapojit své děti, protože jim na zdraví jejich dětí velmi záleží, ale pokud jde o dospělé samotné, je jejich motivace podstatně horší.

Procento preventivních prohlídek bylo v rámci oboru zubní lékařství v r. 2018 v celé ČR (58,2 %) a v KHK bylo ještě vyšší (62,1 %), i když i toto má stále do dokonalého systému prevence daleko. Dlouhodobě klesá zejména výskyt zubního kazu, který je nejdůležitějším ukazatelem kvality výchovy dětí, prevence i vlastní péče pacienta o svůj chrup. Naopak vyšší výskyt zubního kazu v jednorázovém šetření může být ukazatelem kvality preventivních prohlídek, protože identifikace malých kazů a jejich odstranění zabraňuje větší devastaci zubu.

MZ ČR celostátně organizuje a průběžně vyhodnocuje tři hrazené screeningové programy (screening karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu a karcinomu děložního hrdla). Od r. 2001 v nich účast občanů v nepravidelných vlnách stoupá a období stagnace tohoto vývoje jsou povzbuzovány propagačními akcemi a cíleným zvaním k vyšetření. Všechny tři screeniny provází v posledních dvaceti letech pokles mortality příslušných chorob, a u karcinomu děložního hrdla se objevují expertní prognózy, že by nemoc mohla být v Evropě úplně eradikována. Přesto byl pouze screening karcinomu prsu v průměru ČR využit cílenou populací těsně nad 60 % a ostatní dva se pohybují pod 60 %. Proto stále existuje rezerva na další snižování výskytu tohoto preventabilního onemocnění.

V pořadí krajů je KHK v účasti příslušné populace screeningů zřetelně nad průměrem u cervikálního screeningu a těsně nad průměrem je u kolorektálního karcinomu. Podprůměrný (třetí od konce) je kraj u mamografického screeningu, kde je přitom vytvořeno dostatek center, rovnoměrně rozložených v kraji (2x Hradec Králové, po jednom okresy Jičín, Trutnov, Náchod a Rychnov nad Kněžnou), jejichž kapacita by měla být dostačující. Nadprůměrné pokrytí populace je v okresech Hradec Králové, Náchod a Rychnov n. Kn., podprůměrné v okrese Trutnov (údaje za r. 2017). Vytížení center v KHK je nejnižší v celé ČR.

Očkování v ČR bylo tradičně v minulosti velmi rozšířené a ještě začátkem tisíciletí byla ČR dávana za příklad země, kde je proočkovanost vysoká a výskyt příslušných chorob nízký. V posledních letech však v souvislosti s různými nepodloženými desinformacemi odpůrců očkování přibývá. Propagace očkování ze strany PLDD je přitom chvályhodně vysoká. Situace v KHK je alespoň z části lepší, než jsou průměry proočkovanosti dětí v celé ČR.

Naopak u dospělých je situace špatná. U očkování proti chřipce je proočkovanost starších lidí násobně horší než ve vyspělých evropských zemích (15,5 % ČR oproti 45,9 % EU, populace 65+, r. 2014), a to přesto že se jedná o očkování hrazené z v.z.p. U chřipky byla v KHK situace lehce nad průměrem ČR, ale objemově stále nevyhovující.

U seniorů v dlouhodobé lůžkové zdravotní či sociální péči bylo procento proočkovanosti proti chřipce v r. 2018 o něco lepší než u celé populace 65+ (ČR 31,0 %, KHK méně! 27,8 %), ale na to, že jsou v takovýchto komunitách pacienti vystaveni nákaze daleko více, než lidé v domácí péči je to výsledek žalostný. Zkušenosti s COVID–19 z posledních měsíců jasně ukazují, že pobytová dlouhodobá péče je rizikovou zónou, kde je potřeba protiepidemické zabezpečení podpořit. Celý problém může souviset i s nedostatečným lékařským dohledem v sociálních lůžkových zařízeních, kde je často zapojení praktických lékařů nízké a může to sociálním zařízením dlouhodobé péče dělat ve zdravotním zabezpečování svých klientů i značné organizační obtíže.

Pokud jde o zdravý způsob života, lze shrnout situaci v ČR i v KHK následovně. Čtyři vybrané parametry, které signalizují nezdravý způsob života (nadváha, nízký rozsah pohybové aktivity, kouření a zvýšený krevní tlak), jsou v ČR zřetelně horší než ve vyspělých evropských zemích a KHK je vždy v mírně lepší pozici než zbytek ČR. Nikde se ovšem neblíží příznivějšímu stavu v zahraničí.

Příležitosti a Silné stránky

- Mohlo by dojít k navýšení financí do celého zdravotnického systému ČR v rámci navýšení plateb státu za státní pojištěnce, event. i kompenzací epidemie COVID–19.
- Včasná prenatální péče ovlivňuje zdraví dětí i v pozdějším životě, takže stav v KHK, kdy je zřetelně vyšší počet preventivních návštěv rodiček u gynekologa již v prvním trimestru těhotenství oproti průměru v ČR, je velmi pozitivní.
- Vzhledem k lehce vyššímu počtu vrozených vad v KHK a kvalitně vedeným celostátním statistikám se nabízí možnost podrobněji zkoumat efektivitu prenatální diagnostiky v kraji.
- Přes ubývání lékařů v primární sféře je prognóza vývoje počtu zubních lékařů sice dobrá, záleží ale na tom, zda budou motivováni uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami a zajišťovat bazální péči. Pokud by zubní lékaři neodmítali registraci pacientů, která je poloviční oproti ostatním primárním oborům, mohli by poskytovat alespoň základní hrazenou a preventivní péči pro méně movité pacienty. Preventivní stomatologická péče vede k lepší péči o chrup samotným pacientem a drobné nálezy na chrupu jsou během preventivních prohlídek snadno odstranitelné. Náročnějších výkonů by tak ubylo a výrazně by se snížila potřeba pohotovostních služeb zubních lékařů.

Kapitola VI.

Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK

Slabé stránky a Hrozby

Počet všech zdravotnických lůžek v ČR za 20 let (1997–2017) poklesl o 19 %. Přesto však zůstává vysoko nad mezinárodním průměrem (na 10 tis. obyvatel ČR 7,3 lůžka, OECD 6,6 lůžka). Potřeby počtu lůžek byly ve zdravotnictví vždy předmětem diskuzí kvůli zdravotním potřebám a nákladům. V posledních desetiletích se vyvinulo poznání, že důležitý je nejen celkový počet lůžek, ale i jejich struktura. Zájem se tak obrátil k následným lůžkům, zejména s ohledem na stárnutí populace, nárůst chronických onemocnění a delší přežívání osob s vážnějšími onemocněními. Vývoj počtu lůžek je však možno spolehlivě v údajích ÚZIS ČR sledovat rozděleně na akutní a následnou sféru až od r. 2014.

Pro orientační pochopení struktury lůžkového fondu v KHK jsou zde uvedené absolutní počty lůžek v KHK podle základního členění, a to jen ve velmi přibližné podobě s jistou mírou nejistoty tam, kde nejsou spolehlivá data:

- akutní lůžka 2 800
- neakutní lůžka 1 300
- lůžka v pobytových zařízeních sociálních služeb 3 200

Zjednodušeně lze uvést, že do neakutních zdravotnických lůžek patří následná a dlouhodobá péče (typu LDN aj.), rehabilitační ústavy a různé léčebny. Do lůžek pobytových zařízení sociálních služeb jsou zde započtena jen lůžka v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem (počet lůžek je zde i s lůžky v soukromých zařízeních, v síti soc. služeb KHK je to jen cca 2 500 lůžek).

V dalších diskuzích jsou uváděny již hlavně relativní hodnoty (obvykle na 100 000 obyvatel nebo procenta), které umožňují srovnání s jinými kraji ČR, a též pohled na časový vývoj. Orientační absolutní počty potom dovolují vnímat proporce studovaných změn.

Problematika akutních lůžek

KHK má jeden z nejvyšších počtů akutních lůžek v ČR. Ve vyjádření na 1 000 obyvatel je to 5,1 lůžka (průměr ČR 4,5 lůžka). Pro okres Hradec Králové je to 8,3 lůžka, což je dáno vysokou koncentrací náročných a superspecializovaných pacientů do FN HK a tato diskrepance se vyskytuje ve všech krajích, kde jsou fakultní nemocnice. Využití akutních lůžek je nízké. Standard je 70-80 %, stav (r. 2018) v ČR je však 64 % a v KHK 63 %. Od r. 2014 došlo v KHK k poklesu o 2,9 %, což souvisí mj. i s uzavíráním lůžek díky výpadku personálu. Nízká obloženost obecně dnes již ovšem není považována za významný ukazatel pro plátce (ZP), protože náklady generují především lůžka obsazená. Je jí ovšem nutno brát v potaz při plánování investiční výstavby a samozřejmě i při hodnocení efektivity

poskytovatelů péče, zejména v takových případech, kdy personál není dostatečně využit, což však v aktuální situaci zaručeně nehrozí.

Podle OECD³¹ byl v r. 2017 počet akutně hospitalizovaných v ČR 198/1000 obyvatel, tj. orientačně něco pod 20 % hospitalizovaných z celé populace. Průměr OECD 154/1000. Hospitalizovanost ovlivňuje ve velké míře tradice v praktikování medicíny, která je v ČR poměrně konzervativní, ale také dostupnost a kvalita praktických lékařů, ambulantních služeb, ambulantních stacionářů, domácí péče a v neposlední řadě i kapacitní a dopravní lůžková dostupnost. Počet akutně hospitalizovaných obyvatel v KHK mezi roky 2007 a 2018 klesl o 12 %. Počty hospitalizovaných jsou v KHK cca o 10 % nižší, než je průměr ČR a ze všech 21 diagnostických skupin MKN-10 má kraj více hospitalizací jen u neurologických a duševních poruch. Jako příčiny dominují na prvním místě nemoci oběhové soustavy a na druhém skupina poranění, otrav a jiných vnějších příčin, přičemž je nutno znovu podotknout, že to jsou právě ty skupiny, kde je velký prostor pro prevenci a snížení počtu hospitalizací.

Vyšší počty hospitalizací však nesouvisí jen s preventabilními chorobami, ale také s celkovou organizací péče o pacienta napříč segmenty poskytovatelů. Ve světě se sleduje parametr odvrátitelné hospitalizace, což jsou případy, kde lze hospitalizaci předejít tzv. disease managementem (plánování terapeutického postupu) a zapojením praktických lékařů, ambulantních specialistů a domácí zdravotní péče do tohoto procesu.²⁰ V ČR je např. vyšší počet hospitalizovaných diabetiků a kardiaků, a to jsou diagnózy, které se ve Velké Británii užívají jako parametry kvalitní péče pro praktické lékaře či ambulantní sektor. Patří sem i astma a CHOPN, u kterých je u nás naopak hospitalizovaných méně. Disease management patří též do sféry vládního projektu posílení praktického lékařství a nic nebrání, aby se praktičtí lékaři či ambulantní specialisté těmito tématy odvrátitelných hospitalizací zabývali již nyní, pokud takovéto pacienty dispenzarizují a dlouhodobě sledují.

Snižovat počty hospitalizací může i posilování ambulantní či jednodenní chirurgie, které je u nás stále odkládáno. V tomto směru došlo na přelomu let 2008–2011 k výraznému (4–5 ti násobnému) skokovému snížení počtu hospitalizací v oblasti onemocnění oka v KHK, které pozvolněji následovala celá ČR. Ne všechny hospitalizace se ale dají snadno redukovat a jako příklad oblasti, kde se to zatím nedaří, jsou duševní choroby, kde počet hospitalizací stoupá.

Negativním fenoménem v KHK je nejdelší doba akutních hospitalizací v celé ČR. KHK je za to dlouhodobě kritizován, ale pro hledání důvodů nejsou k dispozici jednoznačná data. Příčina může být v historických zvyklostech, v nízkém počtu doléčovacích lůžek nebo

³¹ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

²⁰ HROBONĚ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (Připraveno k vydání)

v obtížnějších pacientech. Transformace části dražších akutních lůžek na úspornější lůžka následná by s velkou pravděpodobností problém snížila a zkušenosti lékařů u lůžka z různých oborů potvrzují, že najít v praxi vhodné doléčovací lůžko pro pacienta je organizačně značně obtěžující. Podobně by včasnějšímu propouštění pacientů z akutního lůžka pomohlo i posílení domácí zdravotní péče a zapojení praktických lékařů do tohoto procesu. K posouzení příčin dlouhých hospitalizací by pomohly i analýzy spektra pacientů, aby bylo možné lépe srovnávat jednotlivé nemocnice.

Migrace za akutní lůžkovou péčí do KHK a z KHK do jiných krajů probíhá z části spontánně, z části organizovaně přes MZ ČR a z části na základě tradičních vazeb a spolupráce mezi jednotlivými nemocničními odděleními. KHK má část ze své lůžkové kapacity navíc vázanou díky centřům specializované péče ve FN HK (např. traumatologické centrum má smluvní závazek zajišťovat péči pro těžká polytraumata z Pardubického kraje), ale centrová péče je vázaná i na nemocnice ZH KHK (centra pro cévní mozkové příhody v nemocnicích Trutnov a Náchod, centrum pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy v nemocnici Náchod). Za některou vysoce specializovanou péčí cestují pacienti do Prahy (např. dětská kardiochirurgie, řešení některých dalších vrozených vad, složitější transplantace, dětská onkologie aj.). Tradičně se odehrává asi polovina akutních psychiatrických hospitalizací v Psychiatrických nemocnicích Havlíčkův Brod a Kosmonosy a dle Reformy psychiatrické péče se plánují tyto hospitalizace přesunout do KHK, a to kvůli nevyhovujícímu stavu práv pacientů na místní a časovou dostupnost.

Migrace pacientů se v KHK systematicky nesleduje, i když může výrazně ovlivňovat potřeby kapacit lůžkové péče v jednotlivých okresech i potřebu spolupráce poskytovatelů péče. Týká se to zejména FN HK, kde je pouze 45,6 % pacientů z okresu Hradec Králové (v tomto spektru FN HK funguje jako městská a okresní nemocnice) a ve zbytku (54,4 %) jsou pacienti, přicházející do FN HK jako do referenční nemocnice z jiných okresů než Hradec Králové (30,7 % pacientů je z mimohradeckých okresů KHK a 23,7 % z jiných krajů) a toto spektrum se dlouhodobě výrazněji nemění.³²

Migrace pacientů za péčí má vedle medicínských konotací i velký ekonomický dopad. Do center přicházejí obvykle těžcí pacienti, kteří jsou mimořádně nákladní. Studie, prováděné ve velkých referenčních nemocnicích ukázaly, že spektrum jejich pacientů je extrémně diverzifikováno, a pokud se seřadí podle nákladů na hospitalizaci, ukáže se, že prvních 5 % nejdražších pacientů konzumuje 50 % celého hospitalizačního rozpočtu. Proto je při jakýchkoli nákladových studiích vždy potřeba brát migraci a počty drahých pacientů v úvahu a nepracovat pouze s průměry, které jsou v případech širokého rozložení spektra pacientů zavádějící. Je proto potřeba využívat nástroje na stanovení náročnosti hospitalizace typu case mix index (CMI) dle DRG či jiné parametry jako počet TISS bodů v intenzivní péči apod., ale ty se v otevřených údajích statistik zatím příliš neobjevují a tuto praxi je potřeba změnit.

³² Výroční zprávy Fakultní nemocnice Hradec Králové 2004–2018 [online]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2005–2019. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

KHK se přihlásil k reformě psychiatrické péče a podpořil vznik dvou Center duševního zdraví (okresy Trutnov a Hradec Králové). Přes nadprůměrný počet akutních lůžek (průměr ze všech oborů) zůstává v kraji výrazným problémem nedostatek akutních psychiatrických lůžek. Na Psychiatrické klinice FN HK je k dispozici 63 lůžek. Zbývající dvě psychiatrická oddělení v rámci Oblastní nemocnice Jičín (21 lůžek) a Oblastní nemocnice Náchod (s místem poskytování zdravotních služeb v Novém městě n. Metují, 30 lůžek) jsou vybavena pouze na plánovanou akutní péči a tč. v nich je pro nedostatek personálu uzavřeno celkem 16 lůžek.

V KHK je proto potřeba postupně vytvořit dalších 30–60 akutních lůžek pro akutní hospitalizace, které jsou nahrazovány psychiatrickými nemocnicemi mimo kraj. Dostupnost této péče by měla redukovat nadbytečné dlouhodobé pobyty v psychiatrických léčebnách a v KHK by to mělo odstranit dramatické situace při akutních příjmech, které jsou tč. možné jen na Psychiatrické klinice ve FN HK. Virtuální počet akutních lůžek, která využívají pacienti KHK v psychiatrických nemocnicích v sousedních krajích, je cca 40 lůžek (cca 20 lůžek Kosmonosy a cca 20 lůžek Havlíčkův Brod). Záměr převést akutní pacienty do každého kraje jako součást akutních nemocnic a zajistit tak práva pacientů na řádnou geografickou dostupnost potřebné péče je součástí vládní reformy psychiatrické péče.^{33,34,35,36}

Postupná racionalizace akutních hospitalizací půjde spíše cestou redukce akutního lůžkového fondu, ale v kraji jsou potřebná ještě dvě opatření spíše organizační povahy, na která se musí KHK v předstihu připravit. Jedná se o rozvojové body V. a IX. v kapitole Priority rozvoje zdravotnictví KHK po r. 2020 (č. V. Udržení dostatečné rezervní kapacity v Královéhradeckém kraji v oblasti porodnické a neonatologické péče a její důsledné monitorování a č. IX. Výhledová projektová příprava dodatečných investic a vnitřní reorganizace nedořešených problémů interního oddělení v Oblastní nemocnici Náchod a.s.). Řeší se zde nedostatečná rezervní kapacita v KHK pro případ kolapsu porodnické situace a stav interního oddělení nemocnice Náchod a oba případy jsou podrobně popsány ve výše uvedených rozvojových bodech.

³³ *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

³⁴ *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK-2_.pdf

³⁵ *Psychiatrická péče 2017 Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-178-6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>

³⁶ *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část*. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

Problematika následných (doléčovacích) a dlouhodobých zdravotnických lůžek

Orientační počet zdravotnických neakutních lůžek v KHK je cca 1300. Mezinárodní srovnání dokumentují podprůměrný počet neakutních (následných a dlouhodobých) zdravotních lůžek a dlouhodobých sociálních lůžek, podprůměrné výdaje na tuto sféru a zejména obrovský deficit v personálním obsazení dlouhodobé péče.^{14,31} V ČR jsou lůžka rozložená nerovnoměrně a rozdíly mezi prvními a posledními kraji v jejich počtu jsou více než dvojnásobné. KHK je mezi kraji v počtu zdravotních neakutních lůžek čtvrtý nejhorší a je o 17 % lůžek pod průměrem ČR. Celkově je v kraji následných a dlouhodobých lůžek dle ÚZIS ČR 1267.^{9,21,23,37,38,39,40}

Nejhorší stav je ve městě Hradec Králové, kde chybí 100 lůžek. Na rozdíl od lůžek akutních, které se spíše centralizují, je přítom u následných a doléčovacích lůžek potřeba, aby byla co nejbližší rodině a blízkým dlouhodobého pacienta. Nedostatek neakutních lůžek ve městě Hradec Králové je sice z části kompenzován lůžky v okruhu 20 km (Nový Bydžov, Hořice a Jaroměř), tato lůžka jsou však pro rodiny pacientů poměrně daleko a navíc slouží i pro okresy Jičín a Náchod.

V přepočtu na celou populaci kraje chybí v KHK cca 250 lůžek a téměř 1 400 hospitalizací, a to je vyčísleno bez věkové standardizace populace, takže reálný deficit

¹⁴ *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*. Paříž: OECD Publishing a Brusel: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/058290e9-en>

³¹ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

⁹ NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

²¹ *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

²³ *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

³⁷ *Metodické doporučení pro dlouhodobou a následnou péči*. Věstník MZ ČR, Částka 12/2019, s.116-125. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-12-2019/>

³⁸ *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, ©2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

³⁹ WIJA Petr, BAREŠ Pavel a ŽOFKA Jan. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s., 2019. ISBN 978-80-907662-2-8. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodob-pece-v-CR.pdf>

⁴⁰ *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026*. Revize č. 2 schválená Zastupitelstvem kraje dne 8. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019 [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, ©2019. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>

je ještě vyšší vzhledem k faktu, že populace 65+ i 80+, která vyžaduje nejvíce dlouhodobé péče, je v KHK ve srovnání s jinými kraji ČR nejpočetnější.

Sociální služby

Kapacitu i výkony neakutní zdravotní péče významně doplňují i pobytové sociální služby. Část z nich plní převážně sociální službu (azylové domy, zařízení pro krizovou pomoc, chráněné bydlení, týdenní stacionáře apod.), část slouží trvale handicapované populaci, převážně mentálně postiženým (domovy pro osoby se zdravotním postižením). Nejbližší lůžkům ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče jsou dvě klíčové sociální instituce, a to domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. V KHK je 2 500 lůžek spadajících do krajské sítě plus cca 700 lůžek privátních. Nekomerční lůžka pobytových sociálních služeb, na rozdíl od lůžkové péče poskytované ve zdravotnických zařízeních, částečně od pacientů vyžadují zákonem definovanou finanční spoluúčast.

V Královéhradeckém kraji také fungují lůžka sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Tato lůžka jsou k dispozici v Levitově centru následné péče v Hořicích, v Oblastní nemocnici Náchod – při LDN Jaroměř a při zařízení následné péče v Broumově, nově je také připraveno (2020) otevření lůžek v Městské nemocnici Dvůr Králové nad Labem. Celkově je k dispozici 49 lůžek. Tato lůžka fungují za obdobných podmínek jako lůžka v systému sociálních služeb, jsou však provozována při zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Odbor sociálních věcí KÚ KHK (dále jen „OSV KÚ KHK“) se domnívá, že tato lůžka jsou vhodnou alternativou pro zajištění péče o pacienty, kteří čekají na poskytnutí vhodné sociální služby a mají za cíl zabránit sociálním hospitalizacím ve zdravotnických zařízeních. Jsou vhodným nástrojem pro vyrovnání dočasného nedostatku lůžek v zařízeních sociálních služeb.

KHK má, v porovnání s ostatními kraji, zřetelný nedostatek zdravotních lůžek následné a dlouhodobé péče a pro uspokojení potřeb pacientů potřebuje především navýšování počtu lůžek zdravotních. Jsou-li ovšem někde lůžkové kapacity následné zdravotní péče nevyužité, pak je samozřejmě využití pro sociální účely možné, jak to ukázal nárůst těchto lůžek v posledních 5 letech z 9 na 49. Pro posílení lůžkového fondu sociálních zařízení je to však zatím méně než 2 % lůžek.

Je zde významný i aspekt finanční, protože lůžka sociální péče jsou lůžky hůře financovanými a pokud by na nich měli být pacienti zdravotničtí, nikdy by nebylo možné zvyšovat kvalitu péče, zejména rehabilitační aktivity, po kterých volá celý komplex specializovaných zdravotnických oborů a ostatně i sociální sféra, která v rehabilitaci vidí i potenciál pro zlepšování zdravotního stavu tak, aby někteří pacienti mohli z potřeby pobytové péče vystoupit a čerpat jiné formy zdravotní a sociální péče. OSV KÚ KHK odhaduje, že zbytečná zátěž sociálních lůžek díky nedostatečné rehabilitaci může být až 40 příjetí na lůžka sociální péče, tj. 5 % příjmů ročně.

Domovy se zvláštním režimem a dnes i stále více domovy pro seniory jsou určené pro těžké pacienty s převážnou či úplnou závislostí na péči druhé osoby. Ti jsou z medicínského hlediska a potřeby péče velmi podobní pacientům na zdravotních lůžkách ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, včetně potřeby zdravotnického personálu, zejména sester. Pacienti ve službách sociální péče jsou klasifikováni podle míry závislosti na péči. Podle celostátního průměru je takovýchto osob (obvykle ve stupni III. – těžká závislost na péči druhé osoby a ve stupni IV. – úplná závislost na péči druhé osoby) v DZR 66,8 %, ale v DS dokonce 78,4 %, takže lze často považovat oba typy zařízení sociálních služeb za téměř identické instituce, kde v obou dohromady žije 25,4 % osob, trvale upoutaných na lůžko.³⁸

Počty lůžek v domovech pro seniory stagnují, ale za desetiletí přibylo lůžek v domovech se zvláštním režimem, což jasně ukazuje, že se celý sociální systém adaptuje na nárůst počtu těžkých klientů/pacientů. Obloženost lůžek na rozdíl od zdravotnických lůžek (kde je větší obměna pacientů) je v sociální sféře mimořádně vysoká a pohybuje se stabilně okolo 95 %. Počty lůžek v DS a v DZR v přepočtu na 10 tis. obyvatel ukazují, že KHK je necelých 10 % nad průměrem ČR (58 vs. 54 lůžek), což souvisí s vyšším počtem seniorů v KHK. V absolutních číslech je v kraji cca 2 500 lůžek zařazených v síti sociálních služeb a se započtením i lůžek mimo síť (u privátních poskytovatelů) je celkem k dispozici cca 3 200 lůžek. Přibližně je tak kapacita těchto pobytových sociálních služeb (bez lůžek pro mentálně postižené a další osoby se zdravotním postižením) oproti zdravotnickým následným a dlouhodobým lůžkům zdánlivě asi dvojnásobná.

V úvahách o kapacitě dlouhodobých lůžek je však zcela klíčovým parametrem pravděpodobnost obměny pacienta na sociálním lůžku, která je cca 35 %. To znamená, že přibližně na třech lůžkách se ročně vymění jeden klient, z čehož vyplývá ošetřovací doba okolo tří let. Vede to k tomu, že se ročně uvolní 800-850 lůžek pro nové klienty/pacienty (bez započtení privátních sociálních lůžek). V síti zdravotních služeb je jen asi polovina srovnatelných neakutních lůžek, ale délka hospitalizace je tam cca dva měsíce, takže na takovémto lůžku je ročně hospitalizováno 6 pacientů. Těchto hospitalizací je v KHK cca 14 tisíc, a řada z pacientů po ukončení hospitalizace potřebuje další pobytové služby. Příklad je sice výrazně zaokrouhlený, ale je postaven na reálných zdravotnických datech, avšak průzkum, kolik pacientů ze zdravotnictví by potřebovalo lůžko v DS či v DZR, popřípadě i v domovech pro osoby se zdravotním postižením, chybí. Ve zdravotnickém systému je však všeobecně známo, že nemožnost přeložit pacienta z akutního lůžka na následné či dlouhodobé lůžko patří k výrazným provozním problémům a totéž platí o pacientech na neakutních zdravotnických lůžkách.

Ze strany zdravotnictví je tento stav podmíněn i tím, že v dlouhodobém procesu zlepšování následné péče se lůžka LDN, tj. nemocnic původně zamýšlených pro dlouhodobou péči, postupně naplnila pacienty vhodnými spíše pro krátkodobější (cca tříměsíční) a z části doléčovací péči a zdravotních lůžek s dlouhodobou ošetrovatelskou péčí není dostatek.

³⁸ *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, ©2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

Pacienty, kteří již nejsou pro následnou péči vhodní, zdravotní pojišťovny již v tomto režimu nechtějí hradit, institut sociálního lůžka i přes nárůst 40 lůžek v LDN, optimálně nefunguje, těchto lůžek je málo a dlouhodobá zdravotní lůžka ani lůžka v pobytových sociálních zařízeních nejsou snadno k dispozici, takže na konci lůžkového řetězce není ze zdravotnictví kam pacienty umístit.

Spolupráci zařízení dlouhodobých zdravotnických lůžek však není nutné omezovat jen na pobytová zařízení sociálních služeb. V některých regionech (Královédvorsk, Rychnovsko) funguje velmi dobrá spolupráce zdravotnických zařízení s poskytovateli terénních sociálních a zdravotních služeb. Tato spolupráce vede k vhodnější distribuci pacientů následných lůžek směrem k poskytování následné péče sociálních služeb. V těchto územích je převis poptávky po pobytových sociálních službách nižší. Cesta těsnější spolupráce zdravotnických zařízení a sociálních služeb vede k pružnější reakci na potřeby uvolňování lůžek následné péče.

Problematika paliativní medicíny a geriatric

Potřeby dlouhodobé péče vychází z populačního složení a počtu seniorů v populaci, ale také ze stavu medicíny, která stále úspěšněji lidský věk prodlužuje. Bylo by možno vyjmenovat množství oborů, které k tomu přispěly, ale zde je potřeba zdůraznit roli dvou oborů, které výrazně ovlivňují poslední fázi lidského života, zejména jeho délku, kvalitu a organizaci poskytování zdravotní péče. Jsou jimi paliativní medicína a geriatric, které výrazně přispěly ke změně organizace poskytování zdravotní péče a jejichž představitelé se výrazně podíleli na vzniku průlomového hospicového hnutí. Postupně došlo k významnému rozšíření znalosti paliativní a terminální péče a rozpoznání blízkého se umírání, kdy je snaha po dohodě s pacientem a jeho blízkými povolna, ale včas začít tlumit intenzivní a mnohdy pacienta velmi zatěžující kauzální léčbu a přejít na léčbu udržující co nejvíce kvalitu života pacienta a jeho psychickou pohodu. Ve FN HK aktuálně vzniklo vnitřní nemocniční centrum, sloužící konzultačně všem oborům, které je ochotno pomáhat se založením podobného know-how v dalších nemocnicích kraje. Jako první v ČR sehrál prioritní roli Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který přechod na paliativní léčbu propagoval již v 90. letech a od roku 2010 provozuje i domácí hospicovou péči (tzv. mobilní hospic), kterou již z části hradí zdravotní pojišťovny. Podpora kraje v těchto případech např. formou jednorázových projektů je žádoucí a kraj může sehrávat i roli koordinátora těchto trendů a jejich rychlejšího šíření i směrem ke standardním agenturám domácí péče a praktickým lékařům.

Velmi podobný proces je potřeba podporovat i v oblasti geriatric, kde dostatečný počet geriatriců a popřípadě i geriatrických ambulancí v terénu či ve vazbě na lůžková zařízení může zvyšovat počet krátkodobých hospitalizací křehkých nemocných seniorů, kteří často potřebují jen rychlou několikadenní intenzivní intervenci při hospitalizaci k tomu, aby se znovu vrátili do domácí léčby, pod dohled svého praktického lékaře či do zařízení dlouhodobé péče. Je však potřeba připomínat fakt, že větší část pacientů, která se blíží konci života, stále ještě trpí zbytnými opakovanými akutními hospitalizacemi bez řádného nastavení dlouhodobé

geriatrické anebo paliativní léčby a dohledu příslušných odborníků. Mj. do tohoto odborného komplexu patří i ambulance bolesti, které jsou v KHK dlouhodobě nedostatkové.

Problematika zdravotních sester a lékařského dohledu v pobytových zařízeních v sociálních službách – DS, DZR

V souvislosti s růstem osob s vysokým stupněm závislosti na péči druhé osoby dochází v DS a DZR k nárůstu počtu zdravotnického personálu (zdravotních sester). Regulace zdravotních pojišťoven a způsob úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb nereaguje na tento trend a úhrady zdravotního pojištění nepokrývají náklady na zajištění zdravotního personálu. V oblasti spolupráce DS a DZR s ambulantním lékařem (PL či psychiatrem), je nutno konstatovat, že pro poskytovatele sociálních služeb je stále složitější navázat kvalitní spolupráci s ambulantním lékařem. Zkvalitnění spolupráce s ambulantními lékaři i zlepšení úhrad zdravotní péče v zařízení sociálních služeb by snížilo potřebu hospitalizací v lůžkových zdravotnických zařízeních, a to jak v případě paliativních pacientů, tak i pacientů s neurodegenerativními onemocněními.

Mj. i nízká proočkovanost seniorů na chřipku dle údajů ÚZIS ČR v pobytových zdravotnických i sociálních zařízeních pro dlouhodobé pacienty/klienty signalizuje, že v oblasti protiepidemického dohledu existují rezervy, které se projeví i v průběhu epidemie COVID-19.

Řešení konkrétních agend na zdravotně sociálním pomezí

Vzhledem k tomu, že mechanismy a objemy plateb se mezi dlouhodobými zdravotnickými a sociálními zařízeními liší, liší se i formální procedury u pacientů / klientů obou sfér. Jednou z výrazných odlišností je např. způsob, jak se pacient stane ve zdravotnictví hospitalizovaným (z rozhodnutí ošetřujícího lékaře příslušného zdravotnického zařízení) a jak klientem pobytových sociálních služeb (po absolvování sociálního šetření, uzavřením smlouvy). Operativní vyřešení případu jedince je tak mezi oběma sférami velmi obtížné a trvá dlouho.

Opakovaně se objevují připomínky ze strany zdravotnických zařízení, že i s přihlédnutím k nezbytnosti formalit a nedostatku kapacit v sociální sféře by se mohly hledat cesty, jak celý proces zjednodušit, např. připravit včasný převod zdravotnického pacienta do sociálního statutu již v době, kdy je medicínsky jasný vývoj pacientova stavu. Zde by bylo vhodné využít zřizování sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (v souladu s ust. § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), a to v těch zdravotnických zařízeních, kde jsou pro to vhodné podmínky.

Bariérou pro „překlad“ pacienta ze systému zdravotního do sociálního může být i neznalost sociálních služeb ze strany zdravotníků (nadměrné zaměření na pobytové služby apod.). V této věci fungují v některých místech (např. Dvůr Králové n. L.) mezioborové skupiny, které se zabývají potřebami jednotlivých pacientů při zajištění následné sociální péče, a to jak pobytové, tak i terénní.

Role kraje jako mediátora by byla přínosná a bylo by vhodné, aby na půdě kraje vznikla expertní skupina s cílem odstraňování bariér mezi sociálním a zdravotním pomezím.

Příležitosti a Silné stránky

Od doby, kdy se lůžka ve zdravotnických zařízeních sledují (r. 2014), došlo podle nové metodiky v celé ČR během 4 let ke snížení akutních lůžek o 464 (tj. o 0,95 %) a přibylo neakutních lůžek o 618 (2,15 %). Je to malý pokrok oproti snížení celého lůžkového fondu o 12 % od devadesátých let, ale alespoň přeliv těchto kapacit směrem k následným lůžkům je slibný.

Z rozvojových záležitostí, týkajících se běžných manažerských činností, je znovu nutno zmínit vládní program Strategický rámec Zdraví 2030, který mimo podpory primární péče a preventivních opatření zmiňuje jako jeden z klíčových cílů optimalizaci zdravotnického systému a implementaci modelů integrované péče a integraci zdravotní a sociální péče. Efektivita konfigurace větších zdravotnických subsystémů se může hledat velmi různým způsobem a vedení ZH KHK by v tom mělo jistě mít co nejvíce pravomocí. Samozřejmě nemůže organizovat náhlé radikální změny, které by působily toxické politické nepokoje, ale bez jistých racionalizačních kroků se v běhu času nebude možné obejít.

Jedna z inspirací, alespoň do doby, než se ukáže, jaký směr nastolí MZ ČR je aktuální publikace Hroboň a spol.: *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*.²⁰ Jsou zde rekapitulovány dobré zkušenosti s vysokou efektivitou společného lůžkového fondu, s centralizovanými jednotkami intenzivní péče, s centrálně organizovanými nemocničními sály, s operačními sály nebo s doléčovacími jednotkami, které jsou i v nemocnicích v KHK zavedené. Je však potřeba upozornit i na zkušenosti ze zahraničí se snižováním počtu akutních nemocnic, které poskytují urgentní péči v nepřetržitém provozu, aniž by bylo potřeba rušit menší nemocnice. Ty mohou odvést skvělou práci ve své oblasti ve formě nedostatkových následných či dlouhodobých hospitalizačních služeb, ale i formou provozování menšího interního (event. geriatrického) oddělení, chirurgického či jiného operačního oddělení se zaměřením na ambulantní či jednodenní chirurgii, poskytování denních pohotovostních služeb, popřípadě i provozování domácí ošetrovatelské péče. Všechny zmíněné možnosti posouvají zařízení typu komunitních, obvykle městských nemocnic, do oblastí, které našemu zdravotnictví chybí a v zahraničí je staví do role zdravotnických zařízení, která jsou místní komunitou vysoce vážená.

Důležitá úloha v oblasti zdravotně sociálního pomezí náleží specialistům-geriatrům, kteří znají nejen sféru zdravotních služeb, ale mají přehled i o návazném systému služeb sociálních. Bylo by tedy přínosné roli specialistů-geriatrů plně využít a také se pokusit zvýšit zájem lékařů o obor geriatric.

²⁰ HROBOŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (Připraveno k vydání)

Cest k zefektivnění dílčího systému je jistě více, v Konceptci jde však o to, hledat cesty, které lokální situaci nejvíce vyhoví. ZH KHK však musí v příštím volebním období být připraven na vyhlášenou prioritu MZ ČR postupně koncentrovat akutní nemocniční péči do centrálních okresních nemocnic s urgentními příjmy, s observačními lůžky a se silnou nízkoprahovou LPS.²⁵ Rychnovsko, kde je podobný záměr již plánován v rámci rekonstrukce nemocnice, může být pro ZH KHK dobrým počinem, jak takovýto model vyzkoušet, byť na poměrně malém, ale dynamicky se vyvíjejícím spádovém území.

²⁵ *Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů, tisková zpráva z 20. 12. 2019* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

Kapitola VII.

Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK

Úvod

Celá kapitola VII. byla z analytického pohledu nejpracnější, protože si vyžádala ve vybraných oborech aktivní sběr dat a poznatků o jejich činnosti a problémech, a každý obor byl projednán za přítomnosti relevantních účastníků debaty. Kapitola je proto v Analýze nejobjemnější. Velká část problémů projednávaných oborů se však nakonec promítla prakticky do všech dalších obecnějších kapitol, zejména pak do kapitoly III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK, kapitoly V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK a kapitoly VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatricie v KHK. V těchto kapitolách jsou fakta dotýkající se jednotlivých oborů zmíněna obecněji a zde v kapitole VII. se rozšiřují o některé specifické detaily. Zdůvodňuje to fakt, že některé věci se v tomto systému kapitol opakují, ale je to obvykle tak, že váhy určitých jevů se jeví jinak z pohledu celého systému a jinak z pohledu jednotlivých oborů či segmentů. Aby se text zbytečně dále nerozšiřoval, jsou proto v této kapitole VII. u jednotlivých oborů zvýrazňované jejich problémy, event. možnosti řešení, a ze schématu SWOT analýzy jsou potlačeny Silné stránky a Příležitosti, které se zde již nediskutují.

V průběhu projednávání a formulování SWOT analýzy se ukázalo, že velká část problémů jednotlivých oborů je společná a tyto problémy proto byly soustředěny do tohoto úvodu. V dalším jsou probrány konkrétní obory a jejich specifika v pořadí podle číselníku oborů VZP, tak jak je uvedeno zde:

- 101 Vnitřní lékařství (včetně pneumologie a infekční lékařství)
- 201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie
- 209 Neurologie
- 301 Dětské lékařství a neonatologie
- 305 Psychiatrie
- 402 Onkologie
- 501 Chirurgie
- 603 Gynekologie a porodnictví
- 606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- 701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
- 706 Urologie
- 708 Anesteziologie a intenzivní medicína
- 801 Laboratorní obory a patologická anatomie
- 809 Radiodiagnostika a nukleární medicína
- 925 Domácí zdravotní péče

Výčet všech specializačních oborů není úplný a některé z nich se z různých důvodů již do kapitoly VII. nepodařilo vložit. Tři z nich (oční lékařství, specializovaná centra v kraji

a lékárenská péče) jsou proto ve zjednodušené formě probrány v poslední části kapitoly VII. v Analýze (nikoliv zde v Konceptci). Některé mimořádně specializované oblasti i přes svoji významnou roli nebyly analyzované vůbec, jako např. neurochirurgie, maxilofaciální chirurgie či kardiochirurgie ve FN HK nebo reprodukční medicína v PPCHC v Hradci Králové. Neznamená to samozřejmě, že by tyto oblasti byly ze zorného úhlu kraje vyřazeny a i ony se mohou na kraj, v případě ohrožení svých pacientů tak jako jiní, obracet.

Zde v Úvodu kapitoly VII. jsou probrány nejprve obecné problémy oborů, na jejichž významu panovala univerzální shoda. Jsou popsány v následujícím pořadí a po těchto bodech už jsou uvedeny popisy situace v jednotlivých oborech.

- Obecné problémy všech specializovaných oborů
- Personální problémy ve zdravotnictví a profesní vzdělávání
- Problematika specializačního vzdělávání
- Problematika spolupráce nemocnic, oborů a dalších zdravotnických subjektů v kraji
- Problematika pacientů
- Problematika počtu lůžek a prognózy jejich vývoje
- Technické poznámky k jednotlivým specializovaným oborům

Obecné problémy všech specializovaných oborů

Soubor zde prezentovaných poznatků a problémů byl převážně v souladu s názory lékařů i nemocničních manažerů, kteří se projednávání účastnili. Část upozornění na problémy zazněla i ze strany pacientů, které byly tlumočené prostřednictvím účastníků diskuzí. Je si však potřeba uvědomit, že systémových problémů zdravotnictví i v jeho běžném provozu je tolik, že je zde nelze probrat do detailu všechny. Operativní problémy jsou v různém časovém horizontu více či méně průběžně řešené, ale ve stejném tempu přicházejí problémy nové. Některé z nich jsou zde uváděné, avšak je si potřeba uvědomit, že existuje určitá hierarchie úrovní, na kterých se musí problémy řešit, a ne všechny se dostanou až do strategických rozvojových bodů. Tento obecný manažerský fakt je zde připomínán proto, že vedle vysokých úrovní (MZ ČR, kraje, zdravotní pojišťovny), kde se mají řešit problémy systémově, musí být některé problémy souběžně řešeny i na úrovních níže, jako jsou vedení ZH KHK a FN HK, vedení jednotlivých nemocnic nebo primariátů. Nelze pominout ani úroveň samospráv, jako jsou Česká lékařská komora, odborné společnosti, zástupci profesních organizací, zdravotnická školská zařízení apod. Jsou to věci často méně viditelné oproti hlavním koncepčním prioritám, ale nelze na ně zapomínat, protože systémové změny, ale i detaily a stovky drobných kroků, mohou úspěšná řešení přinášet.

Personální problémy ve zdravotnictví a profesní vzdělávání

Personální problémy tč. u většiny oborů dominují nad ostatními problémy. Většina z nich byla již popsána v kapitolách o nedostatku zdravotníků, a o ambulanci a lůžkové péči a v této kapitole se pokračuje s konkretizací stavu v jednotlivých oborech, i když mapování stavu je rozsáhlé, není ve velkém celku plně přístupné. Nicméně i tak dostatečně potvrzuje výše uvedenou vážnost personálních nedostatků a nelze již spoléhat na to, že si jednotliví primáři

a přednostové poradí s potřebnými řešeními sami. Jejich motivace musí být na úrovni pracovišť s potenciálem pro získání výukové akreditace radikálně změněna. Ze snahy zajistit pomocí rezidentů svůj rutinní provoz a připravit si je jako kvalitní specialisty pro sebe, se musí změnit na snahu zajistit atraktivní vzdělávací systém, který by vyhledávali absolventi lékařských fakult, kterých nyní nastupuje do KHK (včetně FN HK) výrazně méně než v jiných krajích, a získat pro to dostatečné finanční zdroje, které by je motivovali.

Relativně stabilizovaný stav je u oborů laboratorních (zde je z části kompenzováno vysokoškolskými nelékaři), ale přesto se ani laboratorní obory bez lékařů pro konzultace a klinické interpretace neobejdou. K oborům bez větších ohrožení patří neurologie (bez dětské neurologie), ortopedie, chirurgie (s výjimkou cévní chirurgie), praktická stomatologie (platí pouze demograficky a s výjimkou lékařů na Stomatologické klinice FN HK a v oboru maxilofaciální chirurgie, pokud jde o problémy geografického rozmístění ambulancí, smluv se ZP aj. viz kapitola V.- Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK). Závažné personální nedostatky jsou potvrzovány u pediatrií a dále u lékařů v následné a dlouhodobé péči, u rehabilitace a fyzioterapie, (zde se to týká i fyzioterapeutů), u psychiatrů a dětských psychiatrů, u dětských neurologů, u lékařů ORL a u rentgenologů (zde zejména u odborníků na MR). Problematika praktických lékařů, která je kritická u PLD a zejména u PLDD byla podrobněji probírána u kapitoly ambulantní péče.

Problematika specializačního vzdělávání

Možnost, jak problém razantně řešit, spočívá převážně v kroku, kdy by místo velkorysých provozních dotací do akutních nemocnic (viz kapitola VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK) kraj razantně zvýšil mzdové prostředky pro lékaře absolventy tak, aby se jejich počet mohl zvýšit v průměru alespoň na dvojnásobek současného stavu, diferencovaně podle potřeby oborů. Druhou podmínkou je vytvoření celokrajského vzdělávacího systému během 4-5leté rezidentury, který je rámcově přiblížen v kapitole III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK. Bylo by pak možno nechat absolventy projít více menšími i většími nemocnicemi v kraji. Systém by kromě výhod pro nemocnice zajistil vyvážené vzdělávání tak, aby se mladý lékař naučil bazální rutinu i vysoce specializované části tam, kde je to nejefektivnější a ve svém oboru tak získal zkušenosti s banálními i vzácnějšími diagnózami, s různě náročnými pacienty a setkal se s provozní rutinou malých i velkých pracovišť.

Uvedený návrh je ukázkou, že řešení není jen v rukou MZ ČR, jak se často cituje zdánlivě jediná možnost zlepšení vzdělávání. Ta musí obsahovat i přenášení zkušeností ze zahraničí, kde je příprava absolventů mnohem efektivnější a klidnější jak pro ně, tak pro školitele a školící pracoviště. Množství lékařů absolventů, kteří odcházejí za lepším vzděláváním do Německa, je toho důkazem a četné zkušenosti z USA, Velké Británie, Dánska a skandinávských zemí to potvrzují.

Možností, jak nějaký nový krajský systém konfigurovat, je mnoho, ale bez iniciativy největších nemocničních celků v kraji to není možné. Systém by musel vzniknout jako společné vzdělávací centrum ZH KHK a FN HK, kde by měli absolventi nabídku kvalitního

vzdělávacího programu. V něm by postupně zvyšovali svoji erudici v jednotlivých částech oboru tak, aby mohli být pro svá momentální pracoviště užiteční i jako pracovní síla, která by nefungovala jen jako udřený lékař, kompenzující místní personální deficity a nebo jako překážející stážista na vyšších pracovištích, kde se nedostane k aktivnímu provádění výkonů, které se potřebuje naučit. Vedení FN HK podporuje řešení palčivého problému školení lékařů a je připraveno k jednáním a rovněž vedení ZH KHK s myšlenkou společného postupu souhlasí. Určení definitivních kvót rezidentů pro každý obor musí vycházet z dalších jednání FN HK, ZH KHK a zástupců/primářů dotčených oborů, podobně jako alternativy možného řešení těžké situace.

Kritický nedostatek sester je samozřejmě též vysokou prioritou, pravděpodobně ještě vyšší než u lékařů. Současnou situaci lze zlepšovat jedině řadou provázaných opatření, která by zajistila posilování atraktivitu této profese, posílení školských základů pro výuku sester, snížení pracovních nároků prostřednictvím zapojení praktických sester, kde již je tento krok legislativně podpořen, posílení dalšího pomocného personálu a podstatně vyšším mzdovým zvýhodněním trojsemenného provozu. Situace je tak závažnou, že by vyžadovala založení expertní pracovní skupiny pod patronací kraje, která by v tomto směru hledala konkrétní praktické možnosti řešení.

Problematika spolupráce nemocnic, oborů a dalších zdravotnických subjektů v kraji

Spolupráce v kraji mezi FN HK a dalšími nemocnicemi v KHK je potřebná v odborné oblasti péče o pacienty a posilování odborných akcí jednotlivých oborů v rámci kraje, je na místě i jako prostředek pro poznávání okolních pracovišť a zlepšení mezilidské komunikace.

Ve všech oborech je potřeba vytvořit celokrajský systém informování o plánovaných omezeních lůžkového fondu či ambulancí z provozních či technických důvodů pro potřebu vzájemné výpomoci. Z části funguje tento systém pro obsazenost lůžek pro ZZS KHK. Totéž platí i o vytvoření spolehlivě fungujícího kontaktního telefonního spojení ve všech typech nemocnic pro konzultaci ohledně přijetí nebo přeložení pacienta či provedení konkrétního výkonu. Pro všechny větší nemocnice by měla existovat spolehlivá kontaktní telefonní čísla pro snadné domlouvání nad jednotlivými pacienty, včetně urgentních, fungujících v režimu 24/7.

Potřeba koordinace investičních rozvojových záměrů jednotlivých nemocnic a jednotlivých oborů v kraji, v medicínské oblasti se jedná zejména o kapacity lůžek či přístrojů (např. MR), které jsou nedostatečné.

Postupně sílící centralizace některých těžkých pacientů (např. onkologických chirurgických operací) do FN HK musí být kompenzována přesunem pacientů, kteří nepotřebují vysoce centralizovanou léčbu, do okresních nemocnic, včetně doléčování pacientů ve svém kmenovém okresu nebo pacientů z okresu Hradec Králové s běžnými operacemi, kteří by udržovali objem péče pro naplnění parametrů kvality a pro akreditaci specializačního

vzdělávání. V současnosti o to pacienti z Hradce Králové velký zájem nemají, ale ve spolupráci klinik a primariátů je možno pro pacienty hledat potřebné motivace.

Ve většině klinických oborů převažuje názor, že mají nedostatek lůžek pro akutní pacienty (ať lůžek intenzivních nebo standardních). Tento nedostatek je vedle zavřených oddělení z důvodů nedostatku personálu způsoben zejména nedostatečnou kapacitou následných doléčovacích lůžek.

V technické sféře je významný požadavek na posilování výkonnosti a bezpečí informačních systémů a na možnost výměny textové a obrazové dokumentace mezi ošetřujícími lékaři. Konzultace jsou dnes bez obrazové dokumentace obtížné, zdlouhavé a nedostatek potřebné dokumentace vede ke zbytečně duplicitním vyšetřením.

Nejednotná stanoviska, která se týkají rolí jednotlivých oborů (např. povinnosti onkologů, internistů a praktických lékařů u onkologických pacientů) mohou být řešené v rámci multioborových expertních komisí, které může organizovat kraj nebo kdokoli jiný ve spolupráci s okresními sdruženími ČLK, vybranými odborníky či manažery zdravotnických zařízení. Komise mohou nejen hledat potřebná pozitivní kompromisní řešení, ale mohou i v tomto případě podporovat mezilidskou komunikaci a lepší spolupráci napříč obory a segmenty péče.

Problematika pacientů

V současné době neexistuje dostatek jednoduchých nástrojů na hodnocení kvality poskytované péče. Pokud některé ZP nástroje na měření kvality a výsledky péče mají a sledují je, dělají tak výlučně pro své interní potřeby a nedávají je k dispozici. Kvalitu tak systematicky zobrazují převážně jen stížnosti pacientů a ty převládají v kategorii mezilidské komunikace a nesympatie. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen v souladu s ustanovením §93, odst. 3, písm. c) *vést evidenci o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení*, avšak nikde již není podrobněji specifikováno, jak by měla tato evidence vypadat, aby bylo objektivně možno ji dále využít. K oborům, které pro své potřeby měření kvality využívají ve formě systematického sledování výsledků péče a počtu komplikací, patří anesteziologie, kardiologie a kardiochirurgie, neonatologie, onkologie, Zdravotnická záchranná služba nebo iktová, traumatologická a transplantační centra.

Občasné stížnosti na nedostatečnou dostupnost nejsou systematicky sledovány a ZP tuto sféru negují s odkazem na spolehlivé dodržování Nařízení vlády o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb. Spíše, než o jejich neochotě to svědčí o faktu, že Nařízení vlády je dnes již zcela zastaralé a potřebuje inovovat v oblastech, kde reálné problémy jsou (např. akutní psychiatrické hospitalizace, následné hospitalizace, dlouhé čekací doby na MR vyšetření apod.). Ani Česká lékařská komora nemá dostatek nástrojů a kompetencí, aby kvalitu péče mohla objektivně posuzovat. Oproti moderním systémům zdravotní péče, kde se kvalita systematicky měří, je naše zdravotnictví již zastaralé a je k úvaze, zda by kraj neměl v tomto směru zřídit instituci, která by všechny aspekty kvality zdravotnictví v kraji hodnotila, např. alespoň odbornou expertní komisi, která by se této úlohy ujala.

Bohužel při projednávání jednotlivých oborů nikdo z odborníků nezmínil situaci pacientů, kterým chybí průvodce po systému, který by pomáhal pacientům zlepšovat šanci dostat se včas na špatně dostupné vyšetření, do dlouhodobé péče nebo zavádět řád do plynulého pohybu pacienta v systému nebo referování pacientů do center. Pacientům v tomto směru běžně nepomáhají ani praktičtí lékaři a jedinými institutem, který hraje v tomto směru pozitivní roli, jsou sociální oddělení v nemocnicích, která se snaží zajistit domácí péči nebo lůžko ve zdravotnické či sociální péči. V tomto směru mají kraje velký, nevyužitý prostor.

Problematika počtu lůžek a prognózy jejich vývoje

V rámci projednávání jednotlivých oborů byly provedené odhady potřebného počtu akutních lůžek v rámci desetiletých prognóz demografického vývoje populace, nárůstu nemocnosti a rozšiřování zdravotnických výkonů v rámci růstu technologií. Přes evidenci, že akutních lůžek je ve srovnání s vyspělými zeměmi hodně a měl by se jejich počet spíše snižovat, jdou formální prognózy v KHK spíše směrem zvyšování jejich počtu, a to cca v jednotkách procent v rámci desetiletí. Zdá se tedy, že tato metodika není pro situaci ve zdravotnictví příliš relevantní a přestože nárůst potřeby lůžek může být s velkou pravděpodobností reálný, bude podle očekávaných trendů v zahraničí směřovat spíše do neakutního lůžkového fondu, který by mohl pro akutní péči specializovaná lůžka v dostatečné míře uvolňovat a pokrývat tak potřeby doléčování a popřípadě i dlouhodobé péče, zejména pro starší generace.

Technické poznámky k jednotlivým specializovaným oborům

Přes poměrně obsáhlé prezentace personálních stavů lékařů v analyzovaných oborech, získané z VZP HK, se nepodařilo zajistit statistiky, které by spolehlivě mapovaly poměry mezi počty lékařů v nemocničních ambulancích a u lůžek a získat pro porovnání i čísla z jiných krajů. Porovnání stavu lékařů v jednotlivých okresech rovněž není úplně spolehlivé. Všechna uváděná čísla jsou smluvní úvazky a aktuální stav jejich naplnění je různý.

Z vyjmenovaných důvodů bylo nakonec u jednotlivých oborů nezbytné vycházet zejména z expertních vyjádření zástupců jednotlivých oborů, která nejsou úplně ověřitelná. O personální krizi ve zdravotnictví a v akutní lůžkové medicíně však není pochyb, ale pro posilování konkrétních jednotlivých oborů v kraji (jak ve FN HK, tak v ZH KHK) musí vytvořit dostatečně robustní analýzu managementy uvedených institucí, což jejich zástupci opakovaně slíbili při diskuzích o dalším postupu v rámci záměru budovat provázaný krajský vzdělávací specializační program pro lékaře absolventy.

Ostatní problémy oborů, týkající se kapacity pro poskytování péče a poskytované péče v ambulantní a lůžkové oblasti, jsou mapované standardními statistikami. Pokud však jde o hodnocení konkrétních poskytovaných výkonů, jsou data za jednotlivé obory poměrně nekonzistentní. Někde výkony bylo možno získat, někde jsou však k dispozici pouze údaje o počtech ambulantních pacientů nebo hospitalizací a v tomto směru se budou muset údaje od ÚZIS ČR či od ZP ještě zlepšovat. Výhodou by bylo, kdyby je měl kraj rutinně k dispozici, a to nejen za KHK či za jeho jednotlivé okresy, ale též jako časové vývojové řady a ve srovnání a ostatními kraji, popřípadě i ve srovnání se zahraničím.

101 Vnitřní lékařství

Vnitřní lékařství (interna) je základem mnoha dalších příbuzných oborů, ať specializačních jako kardiologie, gastroenterologie apod. nebo pneumologie či infekční lékařství jako dnes zcela organizačně oddělené obory a angiologie jako obor nástavbový. Analýza se proto soustředila hlavně na všeobecnou internu (formálně „101 Vnitřní lékařství“), což je obor, který je nejdůležitější na primariátech městských a okresních nemocnic a musí v sobě integrovat alespoň základní znalosti ze všech ostatních úžeji specializovaných oborů, s internou souvisejících. Jde obor na úrovni atestace velmi rozsáhlý a celá řada lékařů proto dává přednost užší specializaci a všeobecných internistů ubývá nejvíce.

Je obecně známo, že lůžka pro akutní péči ve vnitřním lékařství v menších nemocnicích jsou obsazena pacienty s běžnými interními diagnózami všeho druhu, tj. i kardiologickými, metabolickými, revmatologickými apod., které však v době aktuální hospitalizace nevyžadují speciální prostředky nebo zkušenosti, kvůli kterým by pacient potřeboval péči či součinnost vyššího centra. Někdy na takovýchto internách „okresního typu“ dokonce leží i pacienti s diagnózami z jiných oborů (plicní lékařství, neurologie, infekční lékařství, ...), pokud není specializované oddělení v nemocnici k dispozici a pacienti mohou být konzultováni s místními ambulantními specialisty a nebo specializovanými ordináři přímo v dané nebo vyšší spádové nemocnici. Tímto způsobem se např. zredukovala infekční oddělení na jedno v KHK (ve FN HK) nebo se centralizovala léčba některých typů pacientů, např. s diagnózou akutního srdečního infarktu.

Ambulantní služby

V ambulantních službách diskuze kromě personálních věcí neukázala výraznější problémy. Uvnitř jednotlivých interních odborností jsou velké přesahy, které mohou kompenzovat některé výpadky kapacit a podobně hranice mezi činnostmi praktických lékařů a vnitřním lékařstvím není natolik ostrá, aby zde nebylo možné pokrytí bazálních potřeb pacientů. Některé specifické problémy se však objevují.

Jsou stížnosti na nedostatečné kapacity gerontologie, která nemá v kraji širší ambulantní zastoupení kromě FN HK, ale mezi gerontology a internisty nepanuje ani shoda na tom, nakolik by se měl při množství seniorů obor gerontologie jako specializace vyčleňovat. Podle některých by počet gerontologů nemusel dále příliš expandovat a obor gerontologie by měl spíše posílit v rámci všeobecného specializačního vzdělávání v rámci celé široké všeobecné interny a výrazně též posílit při vzdělávání lékařů v oboru praktického lékařství pro dospělé. Jedná se o typický spor odborného charakteru, který se musí řešit na úrovni odborných společností.

Insuficience kapacity je i v oblasti klinické osteologie a faktem je, že pozdě diagnostikovaná osteoporóza může masivně invalidizovat starší pacienty, u kterých je riziko fraktur krčku stehenní kosti vysoké. Od ortopedů zazněla stížnost na velké množství pacientů v jejich

ambulancích, kteří potřebují spíše revmatologické posouzení nežli ortopeda, ale revmatologové nejsou snadno dostupní.

V debatách zazněla i potřeba posílit ambulantní péči jako nástroj, jak omezit počty hospitalizací. Zmiňovaný model je tč. pro extrémní nedostatek lůžek využíván v nemocnici Rychnov n. Kn. Toto uspořádání může výrazně ušetřit nároky na provoz lůžek a zejména na počty sester.

Lůžkové služby

V nemocnicích KHK převládá názor primářů, že by se v žádném případě nemělo uzavírat žádné z existujících oddělení. V současnosti je situace velmi ovlivněná nedostatkem lékařů a nelékařského zdravotnického personálu, který plně využití současné lůžkové kapacity na interních odděleních limituje. Vzhledem k tomu, že problém nedostatku personálu spíše poroste, neplánuje ZH KHK navýšení počtu interních lůžek. Nárůst požadavků a výkyvy v potřebě lůžek se bude snažit řešit sdíleným lůžkovým fondem v nemocnicích. Zlepšení kapacity lůžek pro interny vidí i v posilování kapacity lůžek následné péče a zajištění lepší rehabilitace jak v zařízeních typu LDN, tak ve větší kapacitě lůžek pro následnou rehabilitaci a v rozvoji sociálních a hospicových lůžek.

Spektrum pacientů je v různých nemocnicích kraje velmi odlišné. Některá lůžka vnitřního lékařství (zejména ve FN HK) jsou určena jen pro vysoce specializované pacienty (např. kardiologická, gastroenterologická nebo revmatologická aj.) a naopak některá (zejména v menších nemocnicích) jsou využívána i pro pacienty jiných oborů (neurologie, kožní lékařství) a nebo dokonce pro pacienty, čekající na neurochirurgický zákrok (Rychnov n. K., Dvůr Králové n. L.). Kritický nedostatek lůžek je v Rychnově n. Kn., kde je pro nedostatek personálu dlouhodobě jedno ze dvou oddělení uzavřené. Velmi intenzivní obrat pacientů je v Jičíně, kde je malý prostor pro plánované pacienty a pro víkendy si musí držet potenciálně 25 uvolnitelných lůžek pro akutní hospitalizace.

FN HK si stěžuje na omezenost interního lůžkového fondu a zejména lůžek intenzivní péče, která vychází i ze spolupráce se všemi okresy v KHK a domnívá se, že kraj má spíše omezenou lůžkovou kapacitu vzhledem k tomu, že interna je jakousi univerzální jistící jednotkou pro řadu oborů, zejména onkologii a neurologii.

V areálu nemocnice Náchod je již dostavba nemocnice ve fázi zprovoznování. Dostavba nemocnice v ceně cca 1,5 mld. Kč, plánovaná v minulých volebních obdobích, která přes svůj rozsah bohužel zatím nenaplnila očekávané řešení významného problému oddělení interny v detašovaném areálu. Tento problém se bude řešit v rámci rozbíhající se navazující 2. etapy modernizace náchodské nemocnice. V rámci 1. etapy se podařilo do hlavního areálu přesunout pouze provoz dialýzy a zbytek interního oddělení zůstává v krajně nevyhovujícím stavu mimo hlavní areál a bez operativní (pěší) dostupnosti obou areálů. Samostatné (organizačně mimo interní primariát) je ambulantní Gastroenterologické centrum, které se není ochotno účastnit na ústavních pohotovostních službách interního oddělení, které musejí

být substituovány výpomocí náhodských praktických lékařů. Umístění interního oddělení mimo hlavní areál vytváří problémy i pro další obory (zejména chirurgii).

Dle sdělení ředitele nemocnice Trutnov se plánuje v Trutnově řešit rekonstrukce pavilonu interny.

Problematika dalších specializací blízkých vnitřnímu lékařství ve FN HK i v KHK

Pneumologie

Pneumologická lůžka v kraji jsou reprezentována pouze Plicní klinikou FN HK a její kapacita je nedostatečná. Práh přijetí k hospitalizaci je výrazně jiný než na plicních klinikách v jiných fakulturních nemocnicích. FN HK prozatím neměla možnost počet pneumologických lůžek navýšit a stav bude řešit až po otevření 3 x 20 následných lůžek ve Staré nemocnici, z nichž 20 bude charakteru LDN. Potřeby plicních pacientů, kterým není plně dostupný standard specializované péče na úrovni ČR, bude nutno řešit prioritně. Jednou z možností je, že stávající stanice doléčovací péče v hlavním areálu by mohla být transformována na plicní lůžka, ale na druhé straně je to řešení, které by šlo proti trendu posilovat následnou péči v městě i okrese Hradec Králové. Možná varianta rozšíření lůžek Plicní kliniky je nástavba na budově Hemodialyzačního střediska.

Infekční lékařství

Klinika infekčních nemocí FN HK (dále jen „KIN“) je jediným lůžkovým zařízením v KHK. Infekční oddělení nemocnice Náchod bylo před deseti lety zrušeno a v současnosti zde funguje infekční ordinariát s jednou ambulancí, lékařkou a sestrou. Spolupráce Kliniky infekčních nemocí s krajem je považována za dobrou. V současnosti jsou absolutní počty lůžek dostatečné, i když jsou pacienti hospitalizováni opakovaně na lůžkách jiných oddělení nebo v jiných krajích (Pardubice, Liberec). Pro další rozvoj infekčního lékařství je však potřeba vzít v úvahu i funkci izolace nemocných, a to podle kategorií BSL 1-4, a vytváření možností izolace pacientů tak, aby pro případy epidemií byly v nemocnicích zřizována lůžka i s možností přeměny na izolační, tj. s oddělením „čisté a špinavé“ části pro personál včetně šaten s filtrem.

Pokud i nadále zůstane KIN jediným pracovištěm v kraji, byla by pro potřeby ostatních nemocnic v kraji výhodná existence konziliáře, který by dojížděl na různá pracoviště podle potřeby podle vzoru Velké Británie (jedná se o návrh z nemocnice Náchod, který zatím nebyl s FN HK projednán).

Všechna interní oddělení v kraji se standardně starají o erysipel, spondylodiscitidy, infekční myokarditidy a event. i salmonelózy. Infekce, které jsou odkazovány na referenční pracoviště ve FN HK jsou TBC a neuroinfekce, ty v případě, že je pozitivní vstupní diagnostika v odesílajícím místě. Pacienti, kteří zůstávají na interních odděleních v nemocnicích v kraji, vyžadují izolaci, což komplikuje ošetrovatelskou péči a pro standardně koncipované oddělení

s vícelůžkovými pokoji podstatně snižuje využitelnost lůžek. Obtížnější postižení pacientů a případné epidemie (salmonelóza, chřipka) výrazně blokují lůžka interen. V HIV centru KIN je poskytována péče osobám s infekcí HIV, a to jak z kraje Královéhradeckého, tak i Pardubického (v tomto regionu HIV centrum není). FN HK připravuje pro kliniku infekčních nemocí výstavbu nového objektu. Projekt vychází z představy FN HK, že současná kapacita KIN je dostatečná.

Angiologie

Rostou potřeby endovaskulárních intervencí (cévní mozkové příhody i endovaskulární intervence v dalších lokalitách). Problém centralizace vybraných akutních pacientů, který byl dobře vyřešen v kardiologii a kardiochirurgii, se léta nedaří ve FN HK uspokojivě řešit pro angiologii a angiochirurgii. FN HK hledá dlouho diskutovaný model spolupráce cévní chirurgie, angiologie a rentgenologických neinvazivních výkonů v souvislosti s plánovaným rozšířením chirurgických kapacit.

Kolonoskopie

FN HK avizuje limitovanou dostupnost pro screeningovou kolonoskopii. O počtu preventivních a diagnostických kolonoskopií a jejich časovém vývoji prováděných v nemocnicích a terénních ambulancích celého KHK nejsou snadno dostupné statistické údaje. V Jičíně díky evropským financím a rozšíření provozu mají krátké čekací lhůty a mohou teoreticky kapacity nabídnout.

Dialýza

Situace na dialýzách je napjatá, pacientů přibývá, včetně např. pacientů přechodného rázu, kteří přijíždějí dočasně z místa trvalého bydliště. Komplexní přehledná zpráva o potřebě dialyzovaných pacientů v celém kraji tč. není k dispozici (počet lůžek, kontaktů, chronických pacientů v pravidelné dialyzační léčbě, počet dočasně přicházejících pacientů /turistů peritoneální dialýza, akutní dialýza). Chybí i informace o dojezdových vzdálenostech, které ovlivňují životní standard chronických pacientů.

V Jičíně je plánované nové pracoviště, v Náchodě je kapacita dostatečná, ale k dispozici je pouze 1 nefrolog. V Rychnově n. Kn. je soukromé pracoviště mimo nemocnici, v nemocnici je dialýza nouzově pokryta na ARO 2 dialyzačními přístroji. Ve FN HK je v současné době kapacita hraniční, nemocnice plánuje rozšíření kapacity dialýzy stavební investicí.

Další požadavky internistů a nároky na jejich služby

Panuje shoda na posilování rehabilitace a nutriční péče, které se stávají základními pilíři péče u dlouhodobých pacientů.

Onkologové by potřebovali, aby v případě, že u pacienta vznikne komplikace léčby, (např. myokardiální toxicita po chemoterapii), se ho ujali internisté, zejména tam kde není onkologické lůžkové oddělení (Náchod, Rychnov n. Kn.).

Od chirurgů přichází požadavek zvažovat hospitalizaci části pacientů s chronickými onemocněními typu diabetická noha, střevní záněty apod. spíše na interní oddělení nemocnic než na chirurgii, pokud není aktuálně u těchto pacientů předpokládána chirurgická léčba.

V KHK není v oblasti vnitřního lékařství výraznější problém s poskytováním specializovaných služeb FN HK pro občany celého kraje, kteří je z medicínského hlediska potřebují. Ve FN HK to výrazně zatěžuje kapacitu JIP. V tomto ohledu dobře funguje kardiologické centrum, které přijímá k léčbě infarktů myokardu všechny pacienty kraje, vhodné pro urgentní endovaskulární léčbu.

201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie

Různé typy a fáze rehabilitace

Obor pracuje převážně s pacienty, kteří jsou odesíláni do rehabilitační péče lékaři z jiných klinických oborů, a to v celém rozsahu spektra pacientů od urgentní až po dlouhodobou péči. Rehabilitace může být, zejména u chronických pacientů, velmi významnou součástí léčby. Otázka indikace výkonů z hlediska potřeb pacienta a úhrad péče z v.z.p. je předmětem rozsáhlých debat a regulací, protože spektrum potřebných výkonů se pohybuje v mimořádně širokém koridoru od absolutně nezbytné, až po zbytečné, kdy pacient s bolestmi v zádech spíše než rehabilitaci potřebuje změnit svůj pohybový režim. K nezpochybnitelné potřebě rehabilitace patří pacienti po těžkých polytraumatech, iktech, dětské mozkové obrně, kde potřeba rehabilitace může být prakticky po celý zbytek pacientova života. Při lehčích stavech pacient či jeho blízcí potřebují např. po menších úrazech či operacích kratší rehabilitační či lázeňskou péči, zácvik k sebezpečí či péči s pomocí blízkých pro doléčení již ve své vlastní režii. Různé fáze rehabilitace se pohybují od akutní, ještě na lůžku oboru, kde je pacient primárně léčen, přes akutní specializovaná lůžka na nemocničních odděleních pro nejtěžší případy, dále dlouhodobější doléčovací lůžka v rehabilitačních ústavech a dále ambulantní krátkodobou či dlouhodobou péči.

Dostupnost rehabilitace

Stížnosti ze strany odborníků zaznívají na fázi, kdy pacient přechází z lůžkové péče do ambulantní a kdy má pacient stále ještě dobrou šanci z pokračující rehabilitace profitovat. Ambulantní terén není motivován těžší pacienty přebírat a čekací doby jsou dlouhé, zatímco pacient např. po iktu potřebuje pokračovat v důsledné rehabilitaci hned po dokončení nemocniční léčby. Jedná se o pacienty, kteří jsou pracní a odborně složití, zatímco ambulantní zařízení naopak profitují z lehčích pacientů.

Další oblast stížnosti je na fázi dlouhodobé rehabilitace, kdy nejen nemocniční rehabilitační odborníci, ale i odborníci všech dalších oborů, potřebují své pacienty převádět na následnou doléčovací péči nebo na dlouhodobé až trvalé pobyty na zdravotním nebo sociálním lůžku. Tyto obory upozorňují zejména na nedostatečnou rehabilitační péči v zařízeních, která nemají dostatečný finanční rozpočet na zdravotnický personál rehabilitačního zaměření a některá sociální zařízení nemají dokonce prostředky ani na odpovídající péči zdravotních sester. Následná péče nemá dostatečnou kapacitu ani na to, aby fungovala i pro typ pacientů, kteří potřebují naopak v klidu doléčit svůj problém natolik, aby teprve poté mohli být zatíženi intenzivnější rehabilitací na rehabilitačním lůžku (např. starší pacient se zlomenými žebry a potřebou doléčení úrazu jen s mírně udržovací rehabilitací, který ve fázi hojení nemá dostatek rezerv na to, aby mohl vydržet intenzivnější rehabilitaci, která je nutná při mobilizaci po zhojení). Jediný model, kde údajně celý systém následné péče a potřebné návaznosti v kraji funguje je v ON Jičín (spolu s komplexem následných a dlouhodobých lůžek v Novém Bydžově).

Uvedené příklady reprezentují špatnou dostupnost péče, ke které se však nehlásí zdravotní pojišťovny. Problém ovšem z části spočívá i ve faktu, že odborná společnost Rehabilitační a fyzikální medicíny by měla vytvořit seznam situací, kdy je rehabilitace časově neodložitelná, a pro kterou by měl pacient dostat přednostní péči. V takové situaci za intervence složek jako vedení nemocnic, ČLK i kraje by bylo možno se ZP racionálněji vyjednávat o úhradách, které by měly potřebný motivační efekt.

Lůžkové kapacity

Na kapacitu a odbornou kvalitu ambulantní sféry stížnosti nebyly. Pokud jde o hospitalizační složku, tak ta je rozdělená podle nomenklatury zdravotních pojišťoven mezi akutní lůžka v nemocnicích v KHK celkem (133, bez lůžek je jen nemocnice Rychnov n. Kn.), následná lůžka v Rehabilitačním ústavu v Hostinném (159) a rehabilitační lůžka v lázeňských léčebnách (celkem 165, z toho 40 dětských, a to ze všech 1071 lázeňských lůžek v KHK). Z medicínského pohledu je dělení lůžek na akutní a následná do určité míry formální a je spíše jen otázkou lokální konfigurace a dostupnosti zdravotnických zařízení, kde je pacient po akutním stavu ve stejném rozsahu rehabilitován. Lůžek pro akutní rehabilitaci je relativně dostatek, a to ještě některé lázeňské léčebny přebírají dle osobní informace z Ortopedické kliniky FN HK na běžná lázeňská lůžka pacienty na akutní rehabilitaci po operacích větších kloubů.

Výjimku tvoří děti, pro které je v KHK k dispozici pouze 40 lůžek v Lázeňské léčebně Janské Lázně, která má však celorepublikový charakter a z části stále i zahraniční spádové pacienty a kapacita je nedostatečná.

Mezi další problémy patří pravidla, kdo může indikovat rehabilitaci a v jakém obsahu. Ozývají se názory, že chybí indikační možnosti pro praktické lékaře a další odbornosti, včetně nelékařských.

209 Neurologie

Ambulantní péče

V oblasti ambulantní je vnímán nedostatek kapacit v okrese Hradec Králové. Do neurologických ambulancí se přitom často dostávají pacienti, kteří nemají žádné neurologické symptomy, a přesto jsou praktikem indikováni k neurologickému vyšetření. Problém zbytečně zatěžuje provoz již tak nedostatkových ambulancí, ale praktičtí lékaři ho nepřipouštějí. Jedná se o relativně častou situaci, kterou by měla řešit vedení nemocnic ve spolupráci s lékařskou samosprávou.

Velmi závažný je deficit v ambulantní dětské neurologii, kde je celostátní nedostatek dětských neurologů.

Lůžková péče

V lůžkové péči je na třech nemocničních pracovištích ZH KHK (Jičín, Náchod a Trutnov) a na Neurologické klinice ve FN HK stabilizovaný stav. V Rychnově n. Kn. jsou neurologičtí pacienti hospitalizováni na interních lůžkách, kterých je momentálně málo, díky uzavření jedné ze dvou lůžkových stanic. Zřízení lůžkového neurologického oddělení se neplánuje, neurologická odbornost je zajištěna odborníkem z ambulantní sféry. V rámci rekonstrukce a dostavby nemocnice v Rychnově n. Kn. se počítá se zřízením kapacity pro následnou rehabilitační péči.

Dětská lůžková kapacita neurologie je zatím relativně vyhovující (13 lůžek ve FN HK), i když z části supluje absenci lůžek dětské psychiatrie. Cca třetina hospitalizací jsou neuropsychiatřičtí pacienti (dětští autisté, pacienti s opožděným psychomotorickým vývojem, atd.). Nejbližší lůžková dětská psychiatrie je v Havlíčkově Brodě a do budoucna se nepočítá, že by v Královéhradeckém kraji v nejbližších letech dětská psychiatrická lůžka vznikla.

Centrová péče

V KHK jsou pro sféru neurologie tři cerebrovaskulární centra, zřizovaná MZ ČR pro pacienty s náhlými mozkovými příhodami, kde lze provést včasnou intervenci, kterou se zprůchodní uzavřené cévy. Dvě nižší v nemocnicích Trutnov a Náchod a vyšší centrum s neurochirurgickým zázemím ve FN HK. Dále je smluvně prostřednictvím zdravotních pojišťoven zřízeno centrum pro léčbu roztroušené sklerózy. Všechna tato centra fungují dobře, až na občasné výpadky v provozování Iktového centra v Trutnově (dle informací z FN HK).

Zůstává nevyjasněná léčba intravenózními imunoglobuliny u syndromu Guillain-Barré. Dříve tato léčba byla centralizována, došlo však k rozvolnění ze stran úhrad od zdravotních pojišťoven a VZP přistoupila k tomu, že hradí veškerou nadprodukcí v rámci této drahé neurologické léčby. Plazmaferézu FN HK automaticky poskytuje, ale jinak není medicínský důvod k tomu, aby tuto léčbu pacient absolvoval ve FN HK jen kvůli finanční nákladnosti.

Tento dílčí problém je zde prezentován jako příklad toho, že mezi pracovišti musí být nastavené vstřícné komunikační kanály, a pokud v některých případech nefungují, musí se řešení problémů ujmout vedení FN HK a ZH KHK.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

U pacientů po mozkových příhodách je problém, že pokud je pacient po interní stránce zdravý a má přetrvávající neurologické defekty, je pro něj po ukončení neurologické léčby zapotřebí dlouhá intenzivní rehabilitace. Pokud není prognóza příznivá, jsou vhodná lůžka dlouhodobé péče nebo dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče. Kapacita všech jmenovaných služeb je malá a často není, kam pacienta přeložit.

Pacienti, kteří vyžadují rehabilitaci okamžitě po ukončení neurologické léčby, čekají průměrně 2 až 3 měsíce. Neurologická klinika FN HK odhaduje problémy s dostupností rehabilitace u 10-20 % propouštěných pacientů. Těžší pacienti mají problém i později, když se dostanou mezi relativně stabilizované pacienty, ale s menším či větším zdravotním postižením. Lázeňská rehabilitační léčba je limitována na 1 epizodu ročně a jsou problémy s ambulantními rehabilitačními zařízeními, která je jako náročnější pacienty odmítají přebírat do péče.

301 Dětské lékařství a neonatologie

Personální situace

Dětské lékařství se stalo díky výraznému snížení počtu dětských lůžkových oddělení a po změně vzdělávání u dětských sester a dětských praktických lékařů (PLDD) v posledních 30 letech jedním z vysoce ohrožených oborů a personální krize ho zasahuje více než jiné obory.

Pokud jde o PLDD, souvisí to i s tím, že malé pracovní týmy jsou citlivější na náhodné výpadky pracovníků a udržitelnost týmu v takovéto situaci vyžaduje určitý rezervní přebytek odborníků, který je schopen kompenzovat dočasné výpadky v síti poskytovatelů a nebo vytvářet zálohy připravených odborníků pro generační obměnu v týmech větších poskytovatelů péče nebo sólo lékařů v jednotlivých ambulancích. Obecně také platí, že jakákoliv úzká specializace či nastavbový obor se stává rizikovým, a promítlo se to v ČR do dlouhodobého nedostatku dětských neurologů a v posledních letech přímo do katastrofického nedostatku dětských psychiatrů. Obě medicínské disciplíny reprezentují odborníky, kterých postačuje relativně malý počet v kraji, cca v řádu několika jednotek, a snižování nebo kolísání jejich počtu tak může v sobě nést značná rizika. Velké nedostatky jsou však i u lékařů pediatriů a nastupujících absolventů do nemocnic. Zatím jich je tak málo, že spontánní zlepšení situace nelze v budoucnosti očekávat.

Ambulantní péče

Na rozdíl od dospělých pacientů, kde v ambulantní sféře výrazně nad praktickými lékaři dominují ambulantní specialisté, je v dětské ambulantní péči zcela opačná situace. PLDD zprostředkují asi 3 x více ambulantních návštěv, a to včetně nemocničních ambulantních pediatriů a specialistů jiných oborů, které se starají o děti (dětská chirurgie, urologie, neurologie apod.). I díky tomuto fenoménu je preventivní péče o děti a dorost daleko intenzivnější, než je tomu u dospělých. Ve sféře PLDD jsou problémy s výpadky lékařů na Broumovsku a obecně je tento obor ohrožen nejvíce z celého praktického lékařství a prognózuje se další zhoršování (více viz kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK). Problémem je i zajišťování pohotovostních služeb PLDD, které jsou v současnosti zajišťovány dětskými nemocničními odděleními.

Stížnosti na špatnou dostupnost se objevují vedle zmíněné dětské neurologie a dětské psychiatrie i u ambulantní rehabilitace dětí, která je dost často vyžadována po ukončení lůžkové péče a má nízkou kapacitu. Platí to však i u lůžkové sféry, kde je v KHK k dispozici pouze 40 lůžek dětské následné rehabilitace ve Státních léčebných lázních Janské Lázně.

Lůžková péče o děti

Počet pěti dětských lůžkových oddělení v kraji (Hradec Králové, Jičín, Trutnov, Rychnov nad Kněžnou, Náchod) je v současné době pokládán za dostatečný. Reprezentují celkem 147

pediatrických lůžek v KHK, z toho jediná dětská JIP 7 lůžek ve FN HK fungujících pro celý kraj (všechny uvedené údaje jsou bez neonatologie). Dětská lůžka jsou i na jiných specializovaných oborech (ve FN HK na dětské chirurgii, ortopedii, neurologii, neurochirurgii aj.). Ve FN HK tak bylo v r. 2019 vedle 3822 hospitalizací na Dětské klinice ještě dalších 3979 hospitalizací dětí na dalších odděleních, tedy více než na Dětské klinice.

Panuje názor, že by všechna dětská oddělení v kraji měla být zachována. Rizika, která by vznikla uzavřením jednoho z okresních oddělení, jsou dvě. Došlo by k narušení LPS, která je obvykle vázaná na nemocnice a nejen na PLDD, ale i na nemocniční pediatrii. Dalším rizikem jsou porodnice, kde jsou nezbytní lékaři neonatologové. Varianta porodnice bez dětského oddělení s atestovaným neonatologem je možná, převažuje však názor, že tato situace není z manažerského hlediska udržitelná kvůli nedostatku lékařů, kteří by byli ochotni zajišťovat nepřetržitý provoz.

Neonatologických lůžek je v kraji 156, z toho 91 ve FN HK, kde je velké perinatologické centrum s 33 lůžky JIP. Centrum má vedle KHK i spád mimokrajských pacientů z Pardubického a části Libereckého kraje a Kraje Vysočina a je schopno pečovat i o novorozence v nejnižší kategoriích porodní váhy. Počet neonatologů, fungujících na porodnicích v kraji, není dobře zmapován.

Následná a paliativní péče

Děti umírají v převážné většině v nemocnici a stav domácí paliativní péče je v Královéhradeckém i Pardubickém kraji nevyhovující. Panuje shoda na potřebě podpory vzniku mobilního hospicu pro děti dle vzoru, který funguje v Olomouckém kraji i v Praze. V Hořicích funguje mobilní hospicová péče z části i pro děti a ve FN HK je díky sponzorské podpoře Centrum provázení, které podporuje nejen rodiny dětí s terminálním postižením, ale i v případech předčasně narozených dětí, dětí s těžkým postižením nebo vzácným onemocněním. V době tvorby Analýzy měla Dětská klinika 5 dětí na domácí umělé plicní ventilaci. Pokud jde o skutečně terminální paliativní péči, lze v celém KHK reálně očekávat potřebu u cca 10 dětí/rok. V kraji působí i Perinatální hospic Dítě v srdci, který provází rodiny očekávající narození dítěte, jemuž byla diagnostikována život limitující nemoc a očekává se, že bude žít pouze krátce.

305 Psychiatrie

Psychiatrických onemocnění v ČR i v KHK přibývá, ale přesto je duševní zdraví v ČR finančně značně zanedbanou částí zdravotnictví i sociálního systému. Podle OECD (r. 2015) je na tuto oblast vydáváno pouze 2,5 % z HDP, přičemž ostatní evropské země se pohybují v intervalu 2,0 % (Rumunsko) – 5,3 % (Finsko). Vývoj v oboru kopíruje v KHK Koncepti péče o duševní zdraví ČR.^{33,34,35,36} Pro potřeby reformních kroků ustanovilo MZ ČR regionálního konzultanta pro Královéhradecký kraj (v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné) a aktivní v tomto procesu je i odbor sociální věcí KÚ KHK.

Personální situace

V oblasti personální krize ve zdravotnictví patří psychiatrie k nejohroženějším oborům a situace je doslova katastrofická v oblasti gerontopsychiatrie, kde v r. 2020 již nebyl v KHK žádný odborník k dispozici a v zóně dětské psychiatrie je též pokrytí péče nedostatečné. Dle VZP je celková nasmlouvaná kapacita lékařů v nemocnicích KHK (v ambulancích i u lůžek) 44,05 úvazků, z části nenaplněných. Srovnání počtu lékařů tohoto typu v jednotlivých krajích není k dispozici.

Přepočtené úvazky na 100 000 obyvatel psychiatrů i klinických psychologů, působících v nemocničních i v terénních ambulancích, jsou mezi okresy nevyrovnané, ale průměry za celý kraj jsou u obou kategorií podstatně nižší než průměry ČR.

Ambulantní péče

Většina ambulantní péče se odehrává v ambulancích mimo nemocnice a v rámci reformy by měl počet ambulantních pacientů a personální potřeby psychiatrů výrazně růst v souvislosti s plánovaným snižováním počtu dlouhodobě hospitalizovaných v léčebnách. Čekací doby v psychiatrických ambulancích jsou však zatím velmi dlouhé (3-4 měsíce) a nedostatek ambulantních kapacit může navyšovat potřebu akutních hospitalizací. Částečně by to mělo být kompenzováno vznikem Center duševního zdraví v každém okresu, kdy by odborný personál z nemocnic následné péče měl postupně přecházet do terénu, a to spolu s pacienty.

³³ *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

³⁴ *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojeve-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK- 2 .pdf>

³⁵ *Psychiatrická péče 2017 Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-178-6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>

³⁶ *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část*. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

V Královéhradeckém kraji dále zcela chybí nebo je jen velmi málo specializovaných psychiatrických ambulancí - gerontopsychiatrie, oblast návykových problémů, sexuologie, poruchy příjmu potravy, dětská psychiatrie.

Centra duševního zdraví

V kraji byla v tuto chvíli etablována 2 Centra duševního zdraví (dále jen „CDZ“), prvotně ve fázi pilotního projektu, nyní již v ostrém provozu. V jejich plném provozu pak jsou vyšší požadavky na personál, zejména na sestry a sociální pracovníky. Povede-li se vybudovat 1 CDZ v každém okrese, tak jak se v koncepci MZ počítá, odlehčí CDZ ambulantní i lůžkové péči. Úzkým hrdlem CDZ při naplnění koncepce Ministerstva zdravotnictví však bude nedostatek personálu.

CDZ by měla doplnit síť ambulantních služeb o speciální služby, zejména terénního a sociálního charakteru a pokrýt tak v budoucnu i potřeby pacientů, kteří se začnou vracet z dlouhodobé (následné) péče v psychiatrických nemocnicích (léčebnách). Z hlediska potřeb personálu a finančního pokrytí bude státní podpora nezbytná. Aktuální stav však ukazuje, že zanedbanost potřeb ambulantních psychiatrických pacientů je mimořádně vysoká, generuje zbytečné hospitalizace. Řešení tohoto stavu má proto vysokou prioritu.

Akutní lůžkové péče

Podle koncepce se v psychiatrii považuje za akutní hospitalizaci pobyt na lůžku do cca 4 týdnů. Tyto hospitalizace by se měly odehrávat převážně v akutních nemocnicích blíže bydliště pacienta a působit jako pružné intervence, které by účinněji, než dosud zabraňovaly dlouhým pobytům pacientů v psychiatrických nemocnicích / léčebnách. Akutní hospitalizace se sice v léčebnách de facto odehrávaly odjakživa, ale teprve v posledních letech je zde ZP uznávají a hradí. Ani tak se však velká psychiatrická léčebna nepovažuje za ideální zařízení. Kontakt pacienta s rodinou a blízkými osobami, podobně jako kontakt lékařů v léčebně s ambulantním zázemím pacienta, je omezený, pacienta izoluje a léčbu prodlužuje.

V akutních nemocnicích v KHK jsou dnes tři psychiatrická lůžková oddělení, ve FN HK (63 lůžek na psychiatrické klinice), v Jičíně (15 lůžek) a v Novém Městě nad Metují (20 lůžek). Všechna tato lůžka jsou deklarována jako akutní, ale počet akutních psychiatrických lůžek je nedostačující, a navíc urgentní neplánované hospitalizace jsou možné jen ve FN HK. Obě další oddělení nejsou kvůli technickému stavu schopná neplánované pacienty přijímat. V Novém Městě n. M. by podle prostorových dispozic mohlo být navíc provozováno dalších 20 (neurgentních) lůžek, brání tomu však nedostatek personálu. Urgentní příjmy neklidných pacientů by byly možné jen po technických úpravách, které by umožnily provoz uzavřeného lůžkového oddělení. V nemocnici Jičín se počítá s výstavbou, příp. přestavbou lůžkového psychiatrického oddělení, s cílem navýšení lůžkové kapacity na cca 30 lůžek (dle sdělení ředitele nemocnice Jičín).

Dle koncepce Psychiatrické společnosti z r. 2008 by bylo v KHK potřeba 165 akutních lůžek (v dojezdové vzdálenosti do 50 km). Aktuálně je v KHK provozováno 98 akutních lůžek (nasmlouváno 114). Celkový počet všech hospitalizací ve FN HK v r. 2017 byl 881, v Jičíně 176 a v Nového Městě n. M. 338 (obojí data z r. 2018). V celém kraji je tedy ročně okolo 1400 akutních hospitalizací a k tomu cca 300 akutních hospitalizací mimo kraj. Údaj, kolik z nich bylo celkem urgentních, což často bývá i noční dramatická událost, není k dispozici, ale odhaduje se, že tito pacienti z KHK, které není FN HK schopna urgentně přijmout, obsazují cca po 25 lůžkách v Psychiatrických nemocnicích Havlíčkův Brod a Kosmonosy³⁶ a převozy jsou dle údajů psychiatrů časté.

Všechna uvedená fakta podporují potřebu posílení akutních psychiatrických lůžek v KHK, které by neprodložovaly nemocniční pobyt na dlouhodobých lůžkách v léčebnách a podporovaly by rychlý přesun pacienta do ambulantní péče. Nutný počet takovýchto akutních psychiatrických lůžek v KHK je cca 40 – 50 nad rámec stávající kapacity. Lokalizaci nových lůžek tato Koncepce neřešila, ale bylo by vhodné, aby další lůžka přibyla mimo FN HK, kde nemocnice postavila převážně z vlastních zdrojů novou budovu Psychiatrické kliniky před cca 10 lety.

Díky nedostatku lůžek je v rámci ZH KHK ohrožena i akreditace pro specializační výuku psychiatrie. V Jičíně, kde není zázemí pro akutní stavy, není akreditace možná a Nové Město n. M. má akreditaci pouze na kmen. FN HK nedokáže zabezpečit celé vzdělání u adeptů dětské psychiatrie a vůbec není k dispozici možnost vzdělávání v gerontopsychiatrii.

Dětská lůžková psychiatrie

V KHK neexistuje poskytovatel dětské lůžkové psychiatrické péče a dostupnost akutní dětské lůžkové psychiatrie je špatná. V ČR jsou pouze tři dětské psychiatrické léčebny, Opařany (okres Tábor), Louny a Velká Bíteš (okres Žďár n. Sázavou) a 24 dětských lůžek je v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. V r. 2018 bylo z KHK hospitalizováno 62 dětí mladších 15 let. Přepočteno na 100 000 obyvatel této věkové skupiny to je 72,7 hospitalizovaných dětí z KHK a z Pardubického kraje 87,0 dětí. Průměr v ČR je 165,7 dětských hospitalizací na 100 000 obyvatel a Královéhradecký i Pardubický kraj, jsou dva kraje s nejhorší dostupností akutní dětské lůžkové psychiatrické péče v ČR. Panuje shoda na tom, že kraj by se měl snažit s nejbližšími dětskými léčebnami domluvit aktivnější režim spolupráce.

Následná lůžková péče dospělých

V KHK není s výjimkou Léčebny návykových nemocí FN HK v Nechanicích žádná psychiatrická nemocnice / léčebna, a proto zde nejsou žádná následná lůžka a ani se o jejich

³⁶ *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část.* Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

vzniku neuvažuje. Vzhledem k určité nepřehlednosti statistik dlouhodobé psychiatrické péče u kmenových pacientů KHK nejsou počty hospitalizovaných přesně známe, ale odhaduje se, že dlouhodobých hospitalizací občanů KHK je mezi několika sty a jedním tisícem, tedy v každém případě méně, než je hospitalizací akutních (cca 1400). Pro KHK jsou pro dlouhodobé pobyty hlavními spádovými místy Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (pro Jičínsko a Trutnovsko) a Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod (pro Hradecko, Rychnovsko a Náchodsko).

V rámci reformy psychiatrické péče bude dle záměru MZ ČR docházet spíše ke snižování počtu lůžek následné péče a počítá se s jejich redukcí o 20 %, během následujících 4 let, ze kterých by mělo přejít asi 200 pacientů s bydlištěm v KHK zpět do kraje a měli by se přesunout hlavně do ambulantní péče se zázemím Center duševního zdraví. V tomto směru to bude znamenat finanční zátěž i pro sociální systém, kde se počítá s poměrně velkým posilováním kapacit v pobytových sociálních službách.

402 Onkologie

Mortalita na onkologická onemocnění je druhá nejvyšší v ČR po nemocech oběhové soustavy, jejich incidence i prevalence v ČR velmi rychle roste a možnost jejich prevence je vysoká. Ochota populace využít prevenci je však poměrně malá. Onkologie je v kraji organizována Komplexním onkologickým centrem ve FN HK (dále jen „KOC HK“), resp. Klinikou onkologie a radioterapie, jejímž spádovým regionem je celý KHK. Zajišťuje veškerou léčebnou radioterapii na lineárních urychlovačích a biologickou léčbu. Onkohematologická onemocnění u dospělých spadají pod IV. interní hematologickou kliniku FN HK, která je mj. jedním z pracovišť v ČR, kde se provádějí transplantace kostní dřeně a kde je využívána speciální izolační JIP pro transplantované hematologické pacienty s léčebným režimem ve vysoce sterilním prostředí.

Personální situace

Tak jako je tč. u všech ostatních oborů nedostatek zdravotnických pracovníků, je to i hlavní příčina zhoršující se situace v zajišťování onkologických služeb. Týká se to zejména Trutnova, Náchoda a Rychnova n. Kn., a děje se to jak v onkologii, tak v oblasti interen. Situace je stabilizovaná v Jičíně i ve FN HK, ale kapacita lékařů zde neumožňuje potřebnou výpomoc oslabeným nemocnicím. Hlavní personální deficity jsou u lékařů a radiačních fyziků. Situace se stabilizovala u radiologických asistentů, kteří jsou nyní vzděláváni též na Univerzitě Pardubice.

Ambulantní péče a stacionáře

V Královéhradeckém kraji je celkem 19 ambulantních pracovišť. Problémem není malý počet poskytovatelů, ale spíše personální obsazení pracovišť lékaři (Náchod, Rychnov n. Kn.).

Tč. je v kraji celkem 65 lůžek ve stacionářích. Z toho je 26 ve FN HK a část z nich je z Kliniky onkologie a radioterapie decentralizována na Plicní kliniku a na Porodnickou a gynekologickou kliniku, které se obě účastní též na onkologické léčbě. Při tomto počtu nebude FN HK požadovat navýšení za předpokladu, že s rozšiřováním potřeby chemoterapie a biologické terapie budou příslušní pacienti KOC HK decentralizováni do okresů, a že v rámci očekávané centralizace chirurgické a urologické onkologie do FN HK budou k ambulantní léčbě ve stacionářích vraceni pacienti zpět do kmenových okresů. Podobně to již dnes funguje v oblasti plicních nádorů, kde je pneumochirurgie pro Pardubický kraj centralizovaná do FN HK. Odhad potřeby nárůstu lůžek ve stacionářích ostatních okresů mimo Hradec Králové je cca 5 na každý okres. Ředění cytostatik pro celý holding je zatím zajištěno v nemocnici v Náchodě, ale bude se po dostavbě nové nemocniční lékárny v Jičíně provádět i tam.

Akutní lůžková péče v KHK

Počet tří onkologických lůžkových oddělení v kraji (Hradec Králové, Jičín, Trutnov) je pokládán za dostatečný. Stav pro standardní onkologickou léčbu je celkem uspokojivý, ale potřeba lůžek bude pravděpodobně narůstat. Počet akutních lůžek na klinice onkologie a radioterapie ve FN HK je celkem 62. Další lůžka ve stejném pavilonu včetně společných lůžek JIP pro pacienty s nádory jsou v gesci IV. interní hematologické kliniky. Další onkologičtí pacienti jsou v případech potřeby upřesňování diagnózy a rozhodování o možnosti operačního řešení hospitalizováni na příslušných klinikách. Veškeré ozařování probíhá na Klinice onkologie a radioterapie FN HK.

V ON Jičín se očekává v rámci útlumu kobaltového zářiče spíše snižování onkologických lůžek a posílení stacionáře. Onkologie zde potřebuje více než akutní lůžka dostatek interních a chirurgických kapacit pro léčbu komplikací. K výraznějším změnám pravděpodobně dojde až po ukončení výstavby nového onkologického oddělení. V Trutnově bude proces asi podobný, ale zatím nebylo rozhodnuto, jak řešit kvalitu pokojů pro onkologické pacienty. Jedna z možností by byl přesun pacientů na internu nebo vytvoření společných lůžek pro onkologii a internu.

Výrazným problémem oboru je aktuální nedostatek interních lůžek pro pacienty s komplikacemi po onkologické terapii (např. plicní či kardiologické). Zejména se to týká nemocnice v Náchodě a v Rychnově n. Kn., kde nejsou lůžková onkologická oddělení. Z tohoto důvodu je nad rámec demografického vývoje potřeba počítat s potřebou cca 30 lůžek v kraji (10 ve FN HK, 20 v rámci holdingu). Zda to bude na onkologiích, či na internách, je věcí lokální dohody.

Lůžková péče následná a paliativní

Paliativní péče je tč. problémem a není současnými LDN, domácí péčí a hospicovou péčí dostatečně pokryta. Počet lůžek pro onkologické pacienty je potřeba v následné lůžkové péči zvýšit cca o 5 na okres a posílit hospic i hospicovou domácí péčí. Zda to bude cestou specializovaných lůžek v LDN nebo v akutních nemocnicích záleží na dohodě se zdravotními pojišťovnami a na organizačních možnostech v rámci FN HK a holdingu. Shoda je též na potřebě vzniku lůžkového hospice ve městě Hradec Králové. Rehabilitace v následné péči není dostatečná.

Stav rozhodujících přístrojů

Je shoda, že v současnosti je ozařování na lineárních urychlovačích pro všechny pacienty, kteří ho potřebují, dle standardů péče v kraji dostupné. Dostupné jsou rovněž kapacity pro všechny pacienty, indikované pro léčbu gama nožem (v Praze a Ostravě). Novým, třetím lineárním urychlovačem ve FN HK, je dosažena dostatečná kapacita pro onkologické ozařování všech pacientů kraje, popřípadě i pro symptomatickou léčbu či pro ozařování z nenádorových indikací, které je dnes ještě prováděno na starších kobaltových zářičích v nemocnici Jičín a v nemocnici Trutnov. O jejich zrušení zatím probíhá debata mezi FN HK a ZH KHK, a aby

nedošlo ke snížení atraktivity oboru v rámci ZH KHK, hledá se kompenzace v přesunu části pacientů s biologickou terapií do okresů mimo HK.

Zobrazovací přístroje potřebné pro onkologické pacienty by měly zvýšit svoji kapacitu zejména plným dvousměrným využitím pracoviště magnetické rezonance v Náchodě. K vyšší propustnosti PET-CT pracoviště ve FN HK by mělo přispět též zprovoznění nového přístroje, který byl zakoupen pro nemocnici v Pardubicích.

Doprava pacientů

Za významný problém centralizované a přístrojově velmi nákladné radioterapie je považována doprava pacientů na ambulantní ozařování, zejména do FN HK. Pojišťovny hradí dopravu sanitou či vlastním autem jen v případě, že aktuální zdravotní stav nedovoluje cestovat hromadnou dopravou. Pacient např. s karcinomem prostaty, který je považován za člověka v dobrém zdravotním stavu, musí přijet do centra na ozařování 40x. Náklady za radioterapii jsou pro pojišťovnu asi 140 000 Kč, pro pacienta v tisících korun (za dopravu) a kvůli tomu někteří pacienti ozařování nedokončí. Problém je řešen i v zahraničí. Nabízí se cílená sociální podpora, ubytování pro pacienty v Hradci Králové, organizace dopravy ze vzdálenějších lokalit nebo cílená dotační podpora ze strany kraje.

Nutriční podpora

Někteří onkologičtí pacienti potřebují intenzivní nutriční podporu. FN HK vyjednává o úhradách se zdravotními pojišťovnami. Současný počet poraden, které patří do oblasti vnitřního lékařství, neodpovídá požadovanému standardu služeb. Ve FN HK funguje jedna ambulance pro všechny typy pacientů (interní, onkologičtí, ORL, neurologičtí, chirurgičtí) a jedna na poliklinice v Hradci Králové. Fungující poradna je v nemocnici Jičín, v Náchodě funguje poradna pouze pro gastroenterologické pacienty. O okresech Trutnov ani Rychnov n. Kněžnou nejsou žádné zprávy.

501 Chirurgie

Struktura chirurgie je podobně jako u vnitřního lékařství bohatě větvená. Na základní kmenový obor navazují další specializační obory (traumatologie, dětská chirurgie, neurochirurgie, kardiochirurgie, ...) a řada dalších oborů nástavbových (cévní chirurgie, plicní chirurgie, ...) Díky tomuto větvení je síť chirurgických pracovišť a typů lůžek velmi heterogenní a zcela jiná je v okresech mimo Hradec Králové, kde jsou hlavně primariáty všeobecné chirurgie a někde urologie a ortopedie, zatímco v okrese Hradec Králové je rozsáhlé zastoupení dalších chirurgických specializací.

Na rozdíl od vnitřního lékařství, kde se vede diskuze o tom, zda se všichni pacienti s těžkými onemocněními, zasluhující péči v referenčním centru, skutečně do FN HK dostanou, je v oblasti chirurgie situace spíše opačná. Akutní lůžka jsou zahlcena velmi těžkými pacienty nebo pacienty vyžadujícími speciální postupy, zatímco na jednoduché chirurgické výkony jako operace kýly apod. jsou čekací doby dlouhé, pokud se samozřejmě nejedná o urgentní situace. Dle údajů ZH KHK je na jeho chirurgických odděleních odoperováno až 12 % pacientů z okresu Hradec Králové a naopak stížnosti na dostupnost péče ve FN HK pro vzácné a náročné pacienty, vhodné pro specializované výkony, nezaznávají. Rychlé ošetření je ve 100 % případů zajištěno jen u urgentních stavů jako např. traumata či náhlé příhody břišní, tj. tam, kde není možno zákrok bez rizika prodloužení odložit a plánovat. Neakutní stavy jsou odkládány, ale protože řada pacientů nechce z nejrůznějších důvodů přijmout nabídku řešení v jiném okresu, popřípadě v některém z blízkých privátních ambulantních center, čekací doby se prodlužují.

Personální situace

Celkový názor účastníků diskuzí naznačil, že lékařů ve všeobecné chirurgii je dostatek, problém však je ve specializovaných skupinách – např. cévní chirurgové, hrudní chirurgové aj. Akutní cévní chirurgie je v oblasti výkonů na arteriích centralizována do FN HK a výkony, dříve prováděné i v nemocnicích ZH KHK dojíždějícími lékaři se částečně omezily (více ohledně cévní chirurgie viz níže). Zásadní problémy v provozu oddělení vytváří nedostatek zdravotních sester ve FN HK i v okresních nemocnicích.

U lékařů ve FN HK je problém ve věkové stratifikaci. Kliniky by mladé lékaře do rezidenčních programů přijímat mohly, ale otázka je, co by chirurgičtí rezidenti dělali, když pro nedostatek kapacity pro jednoduché výkony (kýly, žlučníky, apendixy) musí nemocnice takovéto pacienty odkazovat na operace jinde mimo okres HK a čekací doby pro jednoduché výkony jsou až ¾ roku. Zde je mimořádná příležitost pro spolupráci mezi FN HK a okresními nemocnicemi a řada primářů toto potvrdila.

Ambulantní péče

S počtem ambulancí ani ambulantních úvazků ve statistikách zjevné problémy nejsou a s jejich fungováním rovněž ne. Podobné platí pro cévní i dětskou chirurgii.

Akutní lůžková péče

Ve všech okresech jsou primariáty všeobecné chirurgie. V okrese Hradec Králové to je ve FN HK a v PPCHC, kde je navíc i plastická chirurgie. V okrese Trutnov jsou chirurgická oddělení ve všech třech nemocnicích (Trutnov, Dvůr Králové n. L. a Vrchlabí).

V Náchodě (dle situace na konci r. 2020) má oddělení smluvně 55 chirurgických lůžek, ale vzhledem k nedostatku zdravotních sester je jedna stanice chirurgie uzavřena a v provozu je 35 lůžek. Lékařů je dostatek. Pacienty ukládají i na jiná oddělení a ortopedie převzala traumatologii. Dostavbou areálu se vyřešily dřívější prostorové a technické problémy, ale nový stav bude možno zhodnotit až po spuštění plného provozu. Zvýšil se počet oborových chirurgických lůžek JIP, kterých byl nedostatek (zvýšení o 2 na celkem 6 lůžek) a nová JIP po zprovoznění by měla fungovat pro všechny chirurgické obory.

V Rychnově n. Kn. je projektově připravena výstavba nového Multioborového pavilonu operačních oborů a intenzivní péče s urgentním příjmem. Lůžka chirurgických oborů budou provozována jako společný lůžkový fond.

V Trutnově je chirurgie dlouhodobě stabilní. K dispozici jsou 4 lůžka JIP, která dobře spolupracují s ARO. Oddělení pocítuje nárůst starších pacientů a cévní problematiku.

Ve Vrchlabí má chirurgické oddělení kompletní spektrum všeobecné chirurgie a v zimě převládá traumatologie. Na multioborové JIP je k dispozici 4 – 5 lůžek.

Ve Dvoře Králové n. Labem je na chirurgickém oddělení ze všech oddělení v KHK nejmenší průměrný Case mix index DRG u operovaných pacientů a nejvyšší podíl neoperovaných pacientů (53,3 %). Na chirurgických lůžkách leží mnoho pacientů s problémy se zády a dále pacienti s krvácením do zažívacího traktu. Z FN HK oddělení přijímá pacienty s gangrény s dlouhými dobami hospitalizací. V nemocnici je ústavní pohotovostní služba a příslužba, zajišťující anesteziologický, laboratorní, ultrazvukový a rentgenologický servis, ale o počtu urgentních operací mimo pracovní dobu nejsou k dispozici jednoznačná data. Existují pouze nepotvrzené zprávy, že počet akutních operací je v roce jen v jednotkách případů.

První privátní chirurgické centrum (dříve SANUS HK, dále jen „PPCHC“). Jedná se o specifický druh zdravotnického zařízení, které by se možná mohlo klasifikovat jako sanatorium. Vykazuje dvě hlavní oblasti činnosti. Je to vysoce kvalitní reprodukční medicína, která není předmětem Koncepce a druhá část reprezentuje ambulance a společná akutní lůžka pro plánovanou chirurgii v řadě oborů, kterými jsou všeobecná chirurgie (převažují kýly a onkochirurgie prsu), gynekologie, urologie a plastická chirurgie, ke kterým se postupně přidružila angiochirurgie a ortopedie. PPCHC má smluvně zajištěných 5 JIP lůžek, která však slouží vesměs jako dospávací lůžka po operacích. Pohotovostní služba je plánována pouze pro zajištění hospitalizovaných pacientů.

FN HK: Struktura pracovišť a jejich základní statistické přehledy jsou prezentovány v Analýze. V r. 2019 byla uzavřena jedna chirurgická stanice pro nedostatek sester. Všeobecných chirurgů má nemocnice dostatek a určitá personální tenze je jen někdy u cévních a hrudních chirurgů. Pociťují problémy se stárnutím pacientů a vnitřní analýza dokladuje nárůst průměrného věku traumatologických pacientů během 10 let ze 60 na 70 let. Podobně jako u řady dalších oborů chybí ve FN HK krátkodobá doléčovací lůžka, která by umožnila včasější uvolňování intenzivně využívaných lůžek s operačním zázemím.

Je připraven projekt Modernizace chirurgických oborů, který spočívá v přístavbě nového pavilonu chirurgických oborů s plným propojením se stávajícím chirurgickým pavilonem, který by měl být zároveň radikálně rekonstruován, s výhledem na nový, více centralizovaný provoz. Do nového dvojbloku by se soustředily další operační obory jako ortopedie, neurochirurgie a ORL. Plánuje se zde i větší prostor pro časnou rehabilitaci přímo na lůžku, která není podle současných požadavků optimální. Mimo centrální chirurgický pavilon zůstane jen Klinika očního lékařství a Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, které zůstane nadále stavebně těsně propojené s Dětskou klinikou. Definitivní termín zahájení stavby nového chirurgického pavilonu zatím nebyl stanoven.

Specifické problémy

- *Lůžka na pomezí chirurgie / interna.* Podobně jako chirurgickým oddělením chybí doléčovací lůžka, chybí i lůžka pro pacienty na pomezí chirurgie a interny, takže pacienti s některými diagnózami někdy zbytečně blokuji počty hospitalizovaných na chirurgiích. Jedná se o pacienty s diagnózami typu střevní záněty, krvácení do střev, ischemické gangrény končetin, bolesti zad apod. V tomto aspektu však neexistuje plná shoda s internisty, kteří požadují, aby akutní pacienti, kde se rozhoduje o chirurgickém či konzervativním postupu, byli hospitalizováni kvůli observaci přímo na chirurgických lůžkách. Kromě nedostatečného počtu interních lůžek v některých nemocnicích je tato zcela odborná záležitost spíše otázkou prostorové konfigurace nemocnice a komunikace a mezi odděleními.
- *Cévní chirurgie.* Akutní cévní chirurgie je v kraji spontánně centralizována převážně do FN HK. Neakutní výkony se provádějí v nemocnici Rychnov nad Kněžnou a v nemocnici Jičín. V Náchodě byla rekonstrukční cévní chirurgie ukončena po odchodu jediného cévního chirurga. Radiologické intervenční cévní výkony jsou prováděné výlučně ve FN HK. Problémem je, že intervenční radiologie ve FN HK nemá k dispozici pružně dostupná lůžka a teprve výhledově se počítá se vznikem angiologických lůžek v souvislosti s novým chirurgickým pavilonem. FN HK se navíc v poslední době potýká s nárůstem pacientů, protože došlo k velkému snížení rozsahu péče intervenční radiologie v Pardubicích.
- *Společný lůžkový fond.* Některé nemocnice řeší celkem racionálně problémy prohlubující se sesterské krize, mj. i společným lůžkovým fondem, který byl na rozdíl od zahraničí u nás poměrně málo využíván. Toto uspořádání však chirurgickým

oddělením přináší riziko, týkající se získávání akreditace pro specializační vzdělávání, a to i pro první stupeň na úrovni vzdělávacího kmene. V tomto směru by kraj mohl silně apelovat na MZ ČR, aby byl tento problém přenesen do akreditačních komisí.

- *Jednodenní péče.* Tuto péči zdravotní pojišťovny v některých oborech sjednávají, ale zatím se příliš nerozšiřuje. Přes desetiletí trvající diskuze o ambulantní chirurgii, nejsou k dispozici veřejně přístupné statistiky ambulantních a jednodenních chirurgických výkonů, a ani podmínky pro jednodenní péči nejsou jasně definované. Nemocnice tento typ péče navíc nepreferují kvůli špatně nastaveným a demotivujícím finančním úhradám.
- *Centralizace.* Lze očekávat, že bude pokračovat trend přesouvat vysoce specializované výkony do FN HK či do vyšších center. K tomu již došlo v oblasti onkogynekologické, plicní či robotické operativy a plánuje se i pro onkochirurgické výkony. Systém však může být při zavádění rizikový, pokud nedojde k dohodám o postupném přerozdělení pacientů tak, aby mimohradeckým okresům zůstala dostatečná operativa pro udržení životaschopnosti oddělení. V tomto směru musejí FN HK, ZH KHK a příslušní vedoucí oddělení pozitivně spolupracovat. Onkochirurgické a onkourologické výkony jsou sice dle ZH KHK dále předpokládány i v nemocnici Náchod, avšak v Onkourologickém centru, zřízeném MZ ČR ve FN HK (Věstník MZ ČR 06/2020) tento typ operací podléhá pravidlům centralizace vysoce specializované péče.
- *Observační lůžka.* Zkušenost s těmito lůžky v rámci urgentního příjmu ve FN HK je vynikající. Pacient není hospitalizován a zůstává v režimu ambulantního pacienta, přesto leží na lůžku a stará se o něj sestra. Relativně v klidu a kontrolovaně probíhá diagnostický a léčebný proces a podle toho, jak se vyvíjí, se často stane, že pacienta po pár hodinách propustí. MZ ČR doporučuje, aby observační lůžka měl každý okres, nejlépe v rámci budování oddělení Emergence v akutních nemocnicích.²⁶

Specifická problematika chirurgie a urologie v nemocnici Dvůr Králové n. Labem

Zpracovatelé Koncepce nezařadili řešení problému rekonstrukce operačních sálů Městské nemocnice Dvůr Králové n. L., a.s. (dále jen „MN DK“) do hlavních 11 koncepčních priorit, protože v nich nejsou, s výjimkou nemocnice Náchod, řešené žádné problémy běžné přístrojové obnovy nebo oprav, rekonstrukcí a nové výstavby v nemocnicích ve vlastnictví kraje. Ty jsou již z minulých let naplánované (kromě MN DK to jsou i nemocnice Rychnov n. Kn., Trutnov a Jičín). Na svůj majetek by měl kraj proto vyčlenit finance tak, aby byly v rovnováze, jak s jeho obnovou a efektivním využitím, tak se zajištěním celokrajských priorit. O prioritách údržby a rozvoje svého majetku kromě velkých akcí jako je dostavba

²⁶ *Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR*, Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ročník 2020, částka 9, vydáno dne 31.08.2020, Dostupné z: https://zachrannasluzba.cz/wp-content/uploads/2020/09/Vestnik-MZ_9-2020_UP.pdf

nemocnice Náchod, by měl kraj rozhodovat s analytickou podporou vedení ZH KHK, které má veškeré detailní podklady k dispozici.

Operační sály nemocnice ve Dvoře Králové n. L. jsou dlouhodobě provozně a zejména hygienicky nevyhovující a musí se obnovit, má-li se ve Dvoře Králové provozovat urologie, která je tč. jinou nemocnicí ZH ZHK nenahraditelná a takovýto projekt ani investice na něj není připraven. MZ ČR pokládá za racionální posilovat spád akutních nemocnic v souladu s vývojem moderní medicíny a potřeby koncentrace lidských a investičních zdrojů a zajistit v nich v každém okrese jedno centrální urgentní oddělení (Emergency) tak, aby zajišťovalo nepřetržitý provoz v režimu 24 h/7 dní v týdnu.²⁵ Takovéto centrum pravděpodobně místo v Trutnově nejspíše v MN DK nevznikne, a proto před rozhodnutím o podobě komplexu operačních sálů a budoucí konfiguraci celé nemocnice musí vést ZH KHK další diskuzi tak, aby MN DK mohla efektivně poskytovat péči podle potřeby zdravotnictví ve Dvoře Králové n. L. a v jeho širším okolí.²⁰ V rámci přípravy této Koncepce bylo v příloze „Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje“ (součást Koncepce zdravotnictví KHK pro období 2021–2025) provedeno posouzení lůžkové kapacity okresu Trutnov (kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK) i zevrubné zhodnocení postavení oborů chirurgie a urologie v rámci celého kraje, které je in extenso k dispozici v kapitole VII. - Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK.

²⁵ Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů, tisková zpráva z 20. 12. 2019 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

²⁰ HROBŇŮ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání)

603 Gynekologie a porodnictví

Gynekologie a porodnictví patří bezesporu k nejúspěšnějším a zároveň i nejsledovanějším oborům českého zdravotnictví. Ještě v éře ČSSR se oboru podařilo vytvořit organizovaný systém péče o těhotné a rodičky i perinatologickou péčí světové úrovně a zajistit i kvalitní prevenci onkologických onemocnění. Nicméně personální krize v posledních letech způsobuje pro nemocnice v KHK nemalé riziko.

Základní demografické údaje, týkající se porodnosti, jsou rozebrány v kapitole II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK. Přes očekávaný růst délky života bude počet obyvatel až do r. 2060 klesat a podíl populace do 15 let poklesne z 16 % až na 13 %. V r. 2018 bylo v kraji 5 677 porodů, ale počet živě narozených by měl podle prognózy klesat cca do r. 2032 téměř až ke 4000 a potom k r. 2043 opět stoupat, ale jen k 5000. V nejbližších 10 letech lze tedy očekávat nižší zátěž porodnic, i když prognózovat objem porodů v jednotlivých okresech je obtížné a preference matek, týkající se porodnic, je velmi proměnlivá.

Personální stav je v oboru rizikový hlavně ve sféře porodnictví, které se stalo z mimořádně atraktivního oboru ještě před 30 lety oborem, o který je malý zájem díky vysokým forenzním rizikům a vysokým nárokům na noční služby, jak ze strany lékařů, tak porodních asistentek.

Gynekologická péče a péče o těhotné

Ambulantní péče oboru je specifická v tom, že její převažující část se odehrává v oblasti praktické medicíny, orientované na těhotenství a gynekologickou prevenci. Podrobněji je popsána v kapitole V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK. Počty úvazků ambulantních gynekologů jsou mírně nižší pouze na Jičínsku, kde jsou delší dojezdové vzdálenosti, ale jejich prognózovaný demografický vývoj je oproti praktickým lékařům (PLD i PLDD) celkem příznivý a ani průměrný věk lékařů v oboru nepatří mezi rizikový. Ambulantní péče je oproti zaměstnání v lůžkové sféře atraktivnější, zejména pro lékařky. Jako pozitivní je vnímán častý souběh úvazků v nemocniční a ambulantní sféře, který dovoluje flexibilně řešit případné výpadky lékařů a v některých případech i výpomoc v nemocničních pohotovostních službách.

V lůžkové gynekologické péči je dostatek lůžek kromě Náchoda, kde dosud docházelo k občasnému odkládání operací kvůli obtížnému zajišťování pooperační péče. Tč. je však v rámci dostavby připraveno navýšení zázemí pro gynekologické operace v centrální chirurgické JIP. Z ostatních gynekologických oddělení nebyly větší problémy avizované, samozřejmě s výjimkou personální situace, která se spojuje zejména s porodnickou činností. Vzhledem k očekávanému postupnému přesunu některých operačních výkonů do ambulantní a jednodenní chirurgie se vyšší potřeba standardních gynekologických lůžek neočekává. Spontánně se v kraji zvyšovala centralizace náročnějších operačních výkonů a s nástupem formálně kodifikované centralizace onkogynekologické operativy se tento proces dále postupně prohlubuje.

Akutní lůžková péče v porodnictví

V oblasti reprodukčního zdraví jsou výsledky péče v KHK, ve srovnání s ČR a se zahraničím kvalitní a neobjevují se žádná negativa. Prenatální prevence a diagnostika problémů plodu je bezproblémová a ve FN HK funguje perinatální centrum, určené i pro Pardubický kraj a částečně pro Liberecký kraj a Kraj Vysočina. Centrum je určeno i pro novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností a patří k největším v ČR. Zjednodušeně je možno konstatovat, že jediným velkým problémem porodnictví je hraniční kapacita a personální problémy porodnic v kraji.

- *FN HK.* Při zvyšování počtu porodů v posledních letech a při překračování hranice 2000 porodů/rok dochází k vynucenému uzavírání příjmu rodiček z důvodů nedostatku lůžek pro matky po porodu. Též již nestačí 4 porodní boxy a 30 porodnických lůžek. Pro splnění kvalitativních parametrů a pro provozní optimalizaci porodnice plánuje nemocnice realizaci nového Perinatologického centra v přístavbě k PorGyn klinice, kdy dojde k navýšení počtu porodních boxů a vytvoření Centra porodní asistence splňujícího požadavky na služby typu „porodní dům“.
- *Nemocnice Náchod.* Porodnice je ve stabilizovaném personálním stavu a žádné jiné mimořádné problémy nemá. V novém pavilonu dojde k lepšímu zajištění bezpečnosti a kvality provozu. Deklaruje problémy v souvislosti s využíváním sester ze zahraničí, zejména z východní Evropy (jazykové bariéry, profesní kvalifikace, ochota pracovního nasazení). Nepřetržitý provoz je udržitelný díky nadstandardnímu vztahu s privátním terénem. V současné době částečně pokrývá spád zavřené porodnice v nemocnici Trutnov. V novém pavilonu dojde k navýšení o jeden porodní box na celkové čtyři.
- *Nemocnice Jičín.* Porodnice je stabilní a v r. 2020 přebírala porody z Trutnovska. Největší problém je udržet zdravotnický personál. Po dokončení specializace mají lékařky a porodní asistentky snahu odcházet do privátní sféry. Nepřetržitý provoz je zajišťován i díky externistům z jiných okresů. Pokud by měla porodnice přestoupit počet porodů 1000 ročně, vyžadovalo by to přístavbu.
- *Nemocnice Rychnov n. Kn.* má dnes po krizi před několika lety dostatek porodů pro udržení provozu a problém s neonatologií byl vyřešen. Ze všech porodnic v KHK jako jediná oscilovala okolo minimálního počtu porodů 600 / rok, ale v současnosti je tento požadovaný limit plněn.
- *Nemocnice Trutnov.* Stav lékařů v r. 2019 byl 6 specializovaných lékařů L3 (úvazky celkem 4,7 – 4 x 1,0, 0,5 a 0,2) a 3 lékaři L1 a L2 v plném úvazku. Porodnice v r. 2020 zkolabovala a je mimo provoz. Stavebně vyžaduje rekonstrukci porodního sálu (plánováno za 2 roky) a obnovu lůžek. ZZS KHK dle svých dlouhodobých zkušeností konstatuje, že nároky na převoz rodiček během uzavření porodnice se pohybovaly i v této situaci jen v jednotkách případů a k rizikovým situacím nedošlo.

- *Shrnutí.* Celková situace porodnic v kraji se pohybuje na hranici lability. V případě navyšování porodů (i když tč. není na následujících 10 let prognózováno nebo v případě dlouhodobého uzavření jedné z porodnic), by byla potřeba razantně (stavebně) posílit minimálně jednu ze zbylých porodnic. Pokud by (teoreticky) v rámci ZH KHK zkolabovaly obě dvě v posledních letech labilní porodnice, bylo by pro dvě největší porodnice Náchod a Jičín potřeba vybudovat intermediální JIP, aby se odlehčilo situaci ve FN HK.

Situace v porodnictví je pro KHK riziková a je zařazena mezi hlavní koncepční body a minimálně vyžaduje velmi systematický monitoring současné situace a výraznou podporu zajištění zdravotnického personálu.

606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

Ambulantní péče

Nebudeme-li počítat gynekologii a porodnictví jako ambulantní obor, patřící do primární medicíny, má ortopedie třetí největší počet ambulantních kontaktů z operačních oborů (nejvíce oftalmologie, druhá všeobecná chirurgie). O něco více než 1/3 těchto kontaktů se odehrává v nemocnicích, zbytek v zařízeních ambulantních specialistů. Vezmou-li se v potaz konstatování ortopedů, že řada jejich ambulantních pacientů by vyžadovala spíše vyšetření u revmatologa a nebo péči u praktického lékaře, lze se domnívat, že velký objem ortopedické činnosti souvisí s velkým rozsahem morbidity, týkající se chronických onemocnění pohybového aparátu. Vzhledem k tomu, že ortopedie je primárně obor operační a souvisí úzce i s traumatologií, může být otázkou, zda je zátěž ortopedů adekvátní a zda by se tato péče o muskuloskeletální aparát neměla spíše posílit v oborech jiných (kromě jmenovaných i rehabilitace a fyzikální medicína, sportovní medicína, neurochirurgie aj.) a ortopedii uvolnit pro její primární úkoly. Část ambulantních výkonů je však orientovaných i na děti (vyšetřování kyčlí u novorozenců) a dospívající mládež (monitoring růstu a vývoje páteře, předcházení skoliózám). Spektrum pacientů není zmapováno a je to spíše problém celostátní a orientovaný směrem k zdravotním pojišťovnám.

Se spektrem ambulantních výkonů souvisejí i otázky počtu ambulantních operačních výkonů a jednodenní chirurgie (z více než 90 % se v ortopedii odehrává v ambulantním terénu) a reprezentují operativu, pro kterou též nejsou kompletní počty prováděných výkonů. Jednodenní hospitalizace reprezentují pouze 2,3 ‰ všech ambulantních výkonů ze všech ambulantních ortopedických kontaktů a je pravděpodobné, že ambulantních operací bude jistě podstatně více.

Lůžkové péče

Kapacita ortopedických lůžek v kraji je v průměru dostatečná. Objem produkce, jaký by odpovídal potřebám pacientů v celém kraji je limitován úhradami zdravotních pojišťoven zejména u náročnějších výkonů.

V kraji jsou 4 ortopedické primariáty. Je to jednak ve FN HK, kde je jediné dětské ortopedické oddělení v kraji na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, pokud se nepočítá i Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN HK, které má statut centra dětské traumatologie. Další primariáty jsou v Trutnově, kde musejí být občas omezovány operace, protože chybí cca 5 ortopedických lůžek, v Náchodě a v Rychnově n. Kn. V Jičíně, kde není ortopedické oddělení, se ortopedické výkony provádějí jen v rámci sdílených výkonů (artroskopie, traumatologická operativa) a podobně funguje ortopedická operativa (ambulantně, popřípadě na společném lůžkovém fondu) v PPCHC v Hradci Králové a v nemocnici Vrchlabí.

U starších a náročnějších pacientů jsou operační výkony odsouvány kvůli nedostatku kapacity JIP pro pooperační péči (Trutnov, Náchod, Rychnov n. Kn.). Je tomu i díky nedostatku intenzivistů a zejména kvalifikovaných sester. Proces stárnutí pacientů vedle potřeby vyšší kapacity JIP vyžaduje i stále narůstající potřebu následné a ošetrovatelské péče po operacích na doléčovacích, event. rehabilitačních lůžkách.

Další dílčí problémy

Septické ortopedické diagnózy. V kraji je zřetelným problémem léčba pacientů s ortopedickými septickými diagnózami, zejména osteomyelitis. Léčba septických diagnóz je jak odborně náročná, tak drahá. Specializovaná jednotka ve FN HK nestačí ani přes to, že lehčí případy jsou na ortopedických odděleních ostatních nemocnic v KHK léčené. Jedná se o typický problém, který by společně mělo řešit vedení FN HK a ZH KHK a jednat se zdravotními pojišťovnami. Panuje shoda, že větší centralizace těchto případů v kraji by byla medicínsky výhodná.

Vztahy k ostatním oborům. Řada pacientů potřebuje vedle ortopedického vyšetření též vyšetření revmatologem. Způsob, kdo ho má indikovat při relativním omezení revmatologické kapacity, vyvolává určité diskuse mezi ambulantními a nemocničními ortopedy. Ambulantní ortopedi si též stěžují na neochotu a nedostatečné vybavení menších ambulantních rehabilitací přijímat některé typy náročnějších pacientů. Vzhledem k faktu, že bolesti kloubu, podobně jako bolesti zad, jsou jednou z nejčastějších diagnóz ve středním a vyšším věku se naopak ambulantní ortopedi shodují ve faktu, že je potřeba zvýšit kompetence praktických lékařů a rozsah jejich preskripce v této oblasti. Tyto problémy odborného rázu jsou zde prezentovány jako příklad obtížného průchodu pacienta zdravotnickým systémem, kdy i bez jasných legislativních pravidel je zde možnost určité koordinace vztahů na úrovni lékařské samosprávy, tj. ČLK, a příslušných odborných společností, které by mohly řešit tyto rozpory na úrovni svých zastupitelů se zdravotními pojišťovnami, MZ ČR a popřípadě i vedení kraje, pokud se jedná o lokální záležitost.

Potřeba magnetické rezonance. Technologický vývoj v medicíně jasně směřuje k nutnosti zvyšovat kapacitou magnetické rezonance pro ortopedii. Zobrazení se stává standardem u řady diagnóz a je dostupné omezeně.

701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

Ambulantní péče

ORL ordinací v kraji v období let 2018-2013 ubylo (ze 41 na 34). O odkup uzavřených ordinací není zájem, vybavení zdražuje a provoz je ekonomicky neudržitelný. Podle zdravotních pojišťoven jsou však ambulantní služby vyhovující a dlouhé objednací doby se nevyskytují. Jednou z výtek odborníků je fakt, že v oboru ORL je potřeba více lékařů, než je v zahraničí, protože základní problémy ORL u nás neléčí praktičtí lékaři a posílají je ke specialistům. V Trutnově chybí foniatr a přidělování sluchadel se tak stává pro pacienty obtížným.

Lůžková péče

V kraji jsou formálně definována 3 lůžková oddělení, i když to de facto příliš neodpovídá realitě, pokud jde o Náchod (viz níže). Ve FN HK je plný stav lékařů a od r. 2016 se zde provádějí i kochleární implantace, což prezentuje vysokou odbornost kliniky ORL. Je zde zřízena tradiční lůžková stanice pro dětskou ORL v teritoriu Dětské kliniky, ale děti jsou operované na klinice ORL. Přes kvalitní vyšší specializovanou péči ve FN HK je však běžná standardní péče o občany kraje jako celku na hranici udržitelnosti a podle pohledu ZH KHK je ORL jednou z nejohroženějších odborností v kraji. Přes některé finanční restriktce zdravotních pojišťoven v rozvojových oblastech ORL a nízkou podporu jednodenní péče je hlavním problémem personální stav oboru.

V Jičíně, kde tradičně bylo silné ORL oddělení je ještě situace, kdy lze udržet akreditaci alespoň nižšího typu pro vzdělávací kmen. Působí zde primář a 2-3 rezidenti bez specializace.

V Náchodě došlo k výrazné redukci počtu lékařů na lůžkovém oddělení a zůstal zde primariát se sdílenými lůžky s chirurgií, obsazený pouze dvěma lékaři. Situace je velmi podobná situaci v Trutnově, kde bylo velké lůžkové oddělení zrušeno úplně a je zde pouze ORL ordinář a relativně malá operativa. Hospitalizace operovaných pacientů jsou též řešené na chirurgických lůžkách.

V uvedené situaci je plná akreditace pro specializační vzdělávání lékařů udržitelná ve FN HK a zcela vyloučená v Trutnově a v Náchodě.

V Rychnově n. Kněžnou lůžkové ORL oddělení rovněž není, ale ve statistikách se zde objevují endoskopické operace v nosní dutině, kterých je více než v Náchodě. V ORL se nikde nepreferuje jednodenní chirurgie se zdůvodněním, že u operací v oblasti hlavy a krku je vysoká míra i pozdějšího pooperačního krvácení s ohrožením života pacienta.

Lékařské pohotovostní služby

Dostupnost urgentní péče v oboru ORL není optimální a dochází k nedokonalému zajištění pohotovostních služeb.

- Pouze *Hradec Králové a Jičín* mají zajištěnu péči v rozsahu 24 hodin denně. Služba v Jičíně má charakter ústavní pohotovostní služby a je zajišťována i s pomocí ambulantních specialistů.
- *Náchod*. Během dne v případě vyřízení primárky na operačním sále přebírá akutní pacienty chirurgická, event. dětská ambulance. Mimo pracovní hodiny je nepřetržitá pohotovost ORL zajištěna jen některé dny, přestože se služeb účastní i soukromí ambulantní lékaři.
- *Trutnov*. Pohotovostní služby mimo ambulantní hodiny jsou zabezpečené od 15:30 do 22:00 hodin ve všední dny na chirurgické nebo interní ambulanci a o víkendech a svátcích je zajištěna od 7:00 do 12:00 hodin.
- V okrese *Rychnov nad Kněžnou* není pohotovostní služba zabezpečena. Pacienty ošetří dětský lékař nebo chirurg a pokud nelze pacienta vyřešit, je odeslán do FN HK.

Přestože dnes postihují personální problémy téměř všechny obory, je ohrožení ORL jedno z nejvyšších. Redukcí oddělení mimo FN HK došlo k výraznému propadu akreditovaných pracovišť a počtu školitelů a obor se bez podpory vzdělávacího procesu na zbylých akreditovaných pracovištích neobejde. Je nezbytná existence a posílení jednoho až dvou lůžkových pracovišť v KHK a zejména domluva KHK a FN HK o společném systému vzdělávání rezidentů, která by měla patřit k vysokým prioritám KHK.

706 Urologie

V personální problematice není dopad pro urologii v oblasti lékařů tak velký jako v jiných oborech a lůžková oddělení nemají s počtem lékařů významnější problémy. Přes relativní dostatek urologů v lůžkové sféře je však zřejmou hrozbou stárnutí lékařů v ambulancích.

Ambulantní péče

Česká urologická společnost prosazuje, aby byly ambulance plně vybavené, fungovaly nejméně 4 dny v týdnu a poskytovaly komplexní služby. Pokud jde o názory zdravotních pojišťoven, v ambulantních urologických službách problémy nevidí. Noví pacienti jsou přijímáni, v potřebných případech bez čekání, jinak jsou čekací doby do 5 týdnů.

V rámci lepšího se vybavení ambulantních pracovišť by bylo z medicínského hlediska řadu výkonů možno přesouvat do ambulančí a ulehčit lůžkové sféře. Ambulantní urologové si však stěžují na přísné regulace zdravotních pojišťoven, které proplácení potřebných výkonů nepovolují. Přitom urologické ambulance (zejména ve FN HK) jsou značně přetížené. Další výtka na dostupnost péče se týká stavu ambulančí na Jičínsku, kde jedna ambulance funguje pouze 1 den v týdnu a ZH KHK zde nepokládá péči za dostatečně zajištěnou. Protože v nemocnici Jičín urologické oddělení není, využívají pacienti z okresu převážně nemocnici ve Dvoře Králové n. Labem a PPCHC v Hradci Králové, ale statistiky v tomto ohledu nejsou k dispozici.

Objevují se i hlasy, že v případech lehčích onemocnění by mělo být možné i vyšší zapojení praktických lékařů do jejich léčby (např. u jednodušších diagnóz jako záněty dolních močových cest, výměny cévek u chronických polymorbidních pacientů apod.) a některé výkony by mohla poskytovat i domácí zdravotní péče. Názor urologů není v této debatě úplně jednotný.

Lůžková péče

Tři hlavní lůžková oddělení v kraji FN HK, Náchod a Dvůr Králové n. L. jsou posilována i rozsáhlou operativou v PPCHC Hradec Králové (zde charakteru plánovaných výkonů na společném lůžkovém fondu) a z části též menším množstvím operací v nemocnici Rychnov n. Kn. (v rámci sdílených výkonů) a méně i v nemocnici Jičín, která se ucházela o 4-8 urologických lůžek v rámci chirurgie, ale zatím bez podpory zdravotních pojišťoven.

Kromě Městské nemocnice Dvůr Králové n. L., a.s. (dále jen „MN DK“) je lůžková kapacita postačující. MN DK by uvítala navýšení počtu lůžek pro nárazové stavy, které nejsou nikterak výjimečné (stává se, že mají 25 i 30 pacientů na 20 lůžek). Situace MN DK jako celku je poněkud nestandardní, protože v nemocnici vedle urologie funguje menší a méně operativou vytížená chirurgie (navíc v situaci přebytku akutních chirurgických lůžek v okrese Trutnov), ale urologické oddělení je pro KHK významnější. Dle názoru urologů, ZH KH a FN HK jsou minimálně tři lůžková oddělení v kraji nezbytná a trvalá lékařská pohotovost je zajištěna

ve FN HK, a v nemocnicích Náchod a Dvůr Králové. Je celkem zřejmé, že při pokusech nemocnice Jičín zřídít v Jičíně dalších urologický primariát se ani zde vedení ZH KHK nevyhne debatě o chirurgii i urologii v MN DK v rámci budoucího směřování nemocnice, přinejmenším už jen kvůli dlouhodobě špatnému stavu operačních sálů v MN DK (viz též v této kapitole v části chirurgie).

Jediná personální hrozba je v Náchodě, kde se 2 lékaři připravují na odchod do důchodu a není zatím zajištěna náhrada. Hrozí však nedostatek sester a zejména kapacity JIP v krajských nemocnicích jsou omezovány počtem kvalifikovaných sester i praktických sester. Tento problém se týká i FN HK a nedostatek nelékařského personálu již nyní vede v nemocnici Náchod k občasnému odkládání operací kvůli obtížnému zajišťování pooperační péče. V Náchodě je též pozorován relativně vyšší počet urologických hospitalizací bez operačního výkonu, což je ovlivněno omezenou kapacitou detašovaného interního oddělení mimo hlavní areál nemocnice a urologický primariát zde pomáhá s řešením situace některými hospitalizacemi spíše nefrologického typu.

Předpokládá se další postupná centralizace technologicky vysoce náročných operačních výkonů. ZH KHK jednoznačně deklaruje, že v nemocnici Náchod je možné určité spektrum uroonkologických diagnóz rovněž zajistit. Vzhledem k tomu, že MZ ČR ustavilo centrum vysoce specializované péče v uroonkologii ve FN HK, musel by pro činnost nad rámec Věstníku MZ ČR získat ZH KHK změnu legislativy. Jednání o oboustranně prospěšném řešení této situace mezi vedením FN HK, ZH KHK a příslušnými zástupci oboru bude nezbytné.

ZH KHK plánuje v Oblastní nemocnici Náchod, a.s. i robotickou chirurgii, kde je pro ni vytvořen jeden ze sedmi operačních sálů. Převládá však názor, že i nadále zůstane robotická chirurgie centralizována ve FN HK a většina pacientů, kteří jsou pro tento odborně, personálně a finančně mimořádně náročný výkon indikováni, jsou právě pacienti s onkourologickou diagnózou. Potřeby indikovaných urologických pacientů pro tuto oblast jsou v KHK tč. uspokojovány. Decentralizace těchto drahých robotických technologií je ekonomicky i medicínsky neúčelná a v nejbližších 5-7 letech nepřipadá v úvahu. Při jednáních ke Koncepci bylo nabídnuto, že s rozvojem robotické chirurgie ve FN HK bude možnost pro lékaře ZH KHK operovat své pacienty na těchto technologiích ve FN HK. Vzhledem k vysokému počtu náročných urologických pacientů ve FN HK je i velký prostor pro dohodu urologických pracovišť v kraji, která by zajistila primariátům dostatečný počet jiných náročných výkonů tak, aby jejich prestiž a akreditace pro specializační vzdělávání neutrpěly.

708 Anesteziologie a intenzivní medicína (ARIM)

Obor anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína (dále jen „ARIM“) vzešel v druhé polovině 20. století z chirurgie a byl u nás, na rozdíl od vyspělých zemí, dlouho pokládán za pouhý servis operačním oborům. Od té doby však obor prodělal velký strukturální vývoj a postupně se prosadil i v intenzivní péči, kde si vybudoval dominanci v léčbě nejtěžších pacientů, vyžadujících resuscitační postupy. Ještě asi před 40 lety bylo jeho hlavní náplní podávání anestezií a patřil k oborům s nevyšším počtem lékařů v nemocnicích. Lékařů však míval nedostatek a často tak limitoval počty operačních výkonů. Postupně se však díky vybavení, péči o bezpečí anestezie a postupně vzrůstající prestiži v intenzivní medicíně stal oborem velmi atraktivním. Aktuální personální nedostatky v jednotlivých částech KHK byly dle zpráv z nemocnic následující (situace r. 2019).

- Hradec Králové – Klinika ARIM se intermitentně potýká jak s nedostatkem lékařů, tak s nedostatkem sester
- PPCHC v Hradci Králové je bez personálního deficitu. Vedle podávání anestezií funguje JIP převážně jako pooperační péče.
- Jičín - vyhovující stav.
- Náchod - aktuálně vyhovující personální stav.
- Rychnov nad Kněžnou - kritický nedostatek všech kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) vede k opakovanému omezení 5 provozovaných resuscitačních lůžek na 3.
- Trutnov - nedostatek nelékařského zdravotnického personálu.
- MN DK - je jedinou nemocnicí, kde jsou anesteziologové zapojeni pouze do podávání anestezií.
- Vrchlabí - aktuálně chybí 2 lékaři a 15 sester, ze 7 lůžek akutní JIP funguje pouze 5.

Chybí údaje o počtu lékařů anesteziologů v privátní síti v kraji, která je vázaná na ambulanti pracoviště chirurgického charakteru, vyžadující podávání anestezií.

V rámci ZH KHK mají tč. akreditaci I. stupně (pro vzdělávání ve výukovém kmenu) nemocnice Jičín a Náchod, plná akreditace II. stupně je ve FN HK. Žádat o akreditaci I. stupně mají v plánu nemocnice Trutnov a Rychnov n. Kn. Během projednávání deklaroval přípravný tým koncepce za ARIM možnost zajištění 35 míst pro rezidenty do kmene a celkově desítky dalších míst pro vyšší část rezidentury. Tak jako prakticky ve všech oborech panoval soulad mezi vedením FN HK a ZH KHK spolupracovat na kvantifikaci potřebných počtů rezidentů pro potřeby celého kraje i na kooperaci v rámci sjednocených rezidentur.

Anesteziologické výkony

Počty výkonů v anesteziologické péči jsou k dispozici pouze za celou ČR. Detailnější údaje za KHK a jejich vývoj se nepodařilo získat. Z dat ČR vyplývá, že anesteziologické výkony lehce kolísají, ale nestoupají. Zajímavý je údaj o těžkých pacientech se skóre ASA 3+. Na rozdíl od verbálních údajů z různých oborů, jak moc přibývá těžkých pacientů, je zde

patrný pokles od r. 2010 o cca 10 %. V oblasti anestezií však vykonává obor neustálý tlak na zvyšování kvality a bezpečí anestezií a výsledky v tomto směru jsou v KHK mimořádně dobré. Odbornou snahou je monitoring pacienta a anesteziologické postupy v rámci kraje standardizovat.

Anesteziologové byli v minulosti průkopníky v zavádění léčby chronické bolesti a vzniku ambulancí léčby bolesti, které dnes kromě ARIM garantují i onkologie a odborníci na paliativní medicínu. Tč. jsou v KHK tyto ambulance velmi nedostatkové. Z ambulantní činnosti není dosud dostatečně optimalizována ani mimonemocniční / domácí plicní ventilace. Angažují se v ní anesteziologové, sestry specialistky v intenzivní péči a agentury domácí péče, ale jak pacientů vhodných pro tuto péči, tak zdravotnických odborníků je v kraji málo a jsou určité spory o její provozování a povolování úhrad od zdravotních pojišťoven. Péče o tyto pacienty vyžaduje určitou koordinaci v rámci celého kraje, ke které se hlásí vedení FN HK, ale celý proces stále není odladěn a nikde není dáno, co je považováno za standard této péče. V kraji se jedná pouze o jednotky pacientů, ale medicínskou, ošetrovatelskou a finanční náročností této péče a její emoční náboj ji činí velmi sledovanou záležitostí.

Akutní intenzivní péče

Akutní intenzivní péče (dále jen „IP“), dnes v rámci epidemie Covid-19 mimořádně mediálně monitorovaná vyvolávala i v předcovidové éře celou řadu připomínek, protože se jedná o odborně, technicky, personálně a finančně náročnou práci, která se v posledních 30 letech výrazně rozvíjela co do znalostí, technologií i nákladů.

V KHK je k dispozici:

- všechna intenzivních lůžka 279 z toho 180 FN HK, 99 ostatní nem.
- resuscitačních l. pro dospělé 117 z toho 94 FN HK, 23 ostatní nem.

V okresních nemocnicích jsou vyšší typy IP zpravidla organizované na odděleních anesteziologie a resuscitace a nižší typy IP jsou v menších oborových JIP. Čím větší nemocnice, tím se však i nejvyšší IP (resuscitační) dostává i do jednotlivých oborů, kde pracují buď anesteziologové a nebo lékaři s nástavbovou erudicí z IP i z jiných oborů, která je pro ně povinná. Výsledkem je, že ve FN HK jsou nejvyšší resuscitační typy JIP pro dospělé nejen v gesci Kliniky ARIM (12 lůžek), ale i na další klinikách a odděleních (interna, kardiologie, pediatrie, neonatologie, chirurgie, neurochirurgie a kardiochirurgie, celkem 82 lůžek). Pokud se započítají všechna tato lůžka, tj. nejen na ARO, ale i na oborových JIP, je počet resuscitačních lůžek i produkovaných ošetrovacích dnů v KHK nad průměrem celé ČR. Přes fakt, že podíl Kliniky ARIM je na objemu resuscitační péče v rámci FN HK jen asi 15 %, patří klinika mezi lídry ve vzdělávání a v odborných záležitostech jakými jsou efektivita péče a etické otázky okolo zbytné péče, které zmíněná epidemie aktuálně znovu otevřela.

Technologicky vyspělá medicína je mimořádně drahá a lze to dokumentovat i na faktu, že v nemocnicích typu FN HK je rozložení nákladů velmi nerovnoměrné. Studie, provedená na přelomu tisíciletí ukázala, že prvních 5 % nejdražších pacientů v takovéto nemocnici

konzumuje okolo 50 % veškerých hospitalizačních nákladů, a to právě v oblasti intenzivní péče.

Situace s IP je v KHK stabilizovaná, i když je další posilování této činnosti nezbytné.

- S navýšením počtu lůžek se počítá po zprovoznění dostavby nemocnice Náchod, kde by měla vzniknout centrální JIP chirurgických oborů se 14 lůžky.
- V Trutnově, kde pracoviště ARO plní z části i roli NIP, je deklarována potřeba 10 lůžek pro ARO a chirurgickou IP, 12 lůžek pro interní JIP, 5 lůžek NIP a 5 lůžek DIOP.
- V Rychnově n. Kn. prodělala v posledním desetiletí nemocnice výraznou personální krizi ARO, spojenou se sociální nestabilitou oddělení, která však byla překonána. K dispozici je však v současnosti pouze 5 lůžek, což způsobuje uzávěry příjmu pro pacienty ZZS a omezování operačních zákroků.
- V PPCHC Hradec Králové slouží 8 lůžek nižší IP pouze jako dospávací lůžka po anesteziích.
- Ve Vrchlábí byla zřízená lůžka JIP v r. 2018 a statistické údaje o jejich provozu nebyly v době tvorby Koncepce k dispozici.

Následná a dlouhodobá intenzivní péče v KHK

Dle nomenklatury VZP je tato péče klasifikována jako NIP (následná intenzivní péče) a DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče). Aktuální stav v KHK je 17 lůžek NIP (Vrchlábí 12, Broumov 5) a 5 lůžek DIOP (Broumov). Přehled následného a dlouhodobého lůžkového fondu včetně intenzivních lůžek je i v kapitole VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK.

V Hradci Králové se dokončuje rekonstrukce „Staré nemocnice“ (součást FN HK), kde bude v dlouhodobém nájmu privátní firma provozovat lůžka typu LDN (20), NIP (20) a DIOP (20). Diskuze o struktuře této nové kapacity byly rozporuplné a v rámci jednání o Koncepci nedošlo ke konsenzu. Není pochyb o tom, že nová kapacita je jako celek přínosná a výklad, že oslabí jiná zdravotnická zařízení tím, že odláká jejich personál, nebyl obecně akceptován. Výtky však zůstaly v tom, že 20 lůžek NIP je pro KHK nadbytečných a je zde nutno posílit spíše lůžka LDN, kterých je pro okres Hradec Králové kriticky málo. S přírůstkem lůžek DIOP je souhlas.

ZH KHK s rozšířením kapacit neakutní péče ve svých nemocnicích kvůli restrikcím personálu nepočítá. Je zde však diskrepance mezi názory ZH KHK a přípravným týmem ARO, který naopak konstatuje potřebu navýšení NIP i DIOP po 30 lůžkách, zejména pro okolí Hradce Králové a pro jihovýchod KHK. Jihozápad KHK je v současnosti saturován Středočeským a Libereckým krajem. Vedení nemocnice Trutnov požaduje rozšíření stávající JIP i o 5 lůžek NIP a 5 lůžek DIOP s argumentací, že tento typ pacientů je na běžných lůžkách JIP v nemocnici již v současnosti hospitalizován.

Vazby na Zdravotnickou záchrannou službu

Pro ZZS, ale i pro mezinemocniční koordinaci v rámci kraje, je nutné průběžně monitorovat a kontrolovat koordinaci péče v oblasti uzavírání JIP. Z pohledu ZZS potřebná koordinace funguje, podobně jako systematická mezikrajská komunikace na hranicích se sousedními kraji.

Tam, kde je zajištěn pro urgentní pacienty jednotný vstup do nemocnice, funguje kooperace ZZS přes Centra urgentní medicíny (Emergency). Ta však zatím v KHK chybí v Jičíně, Trutnově a v Rychnově n. Kn.

801 Laboratorní obory a patologická anatomie

Prezentované laboratorní obory, spolu s patologickou anatomií (zejména její složkou bioptické diagnostiky) a se zobrazovacími obory, jsou složitým konglomerátem diagnostických oborů, které vytvářejí tzv. komplement. Ten je v podstatě podpůrným systémem pro klinické obory, které finálně stanovují diagnózu a pacienty léčí. Kapacity pro činnost a objemy výkonů nebývají ve zdravotnických statistikách probírány příliš detailně. Kromě laboratoří, které jsou vázané na nemocnice fungují v této sféře i soukromé subjekty, které jsou tvořené nejen menšími lokálními pracovišti, ale i rozsáhlejšími řetězci s více pracovišti, mezi kterými si předávají laboratorní vzorky a mají nadkrajský spád. Údajů o nich je málo a analýza je proto poměrně nehomogenní a často bez validních statistických dat. Popis situace někde vychází jen z expertního posouzení.

V KHK nejsou na dostupnost laboratorních vyšetření stížnosti a pro kraj je tato oblast tedy spíše ekonomickým nežli medicínským problémem, protože řada úhrad zdravotních pojišťoven je v této oblasti lukrativních a jsou-li vyvedeny z nemocnic, které si jimi následně nemohou kompenzovat své ztráty, znamená to oslabování nemocničního hospodaření.

Personální otázky

Všechny zahrnuté obory (klinická biochemie, mikrobiologie, patologie, alergologie a imunologie, lékařská genetika a hematologie) aj. si stěžují na nedostatek lékařů. Malý počet lékařů v laboratořích je z části kompenzován nelékařskými odborníky, vesměs vysokoškoláky. Na pracovištích patologie jsou však lékaři nenahraditelní. V laboratorních oborech je nelékařské vzdělání užitečné, protože obory mají z části technický charakter, ale i tak jsou lékaři v určitém procentu nezbytní pro konzultační činnosti s klinickými pracovišti a pro navrhování postupů dalšího vyšetřování či léčby. Specialistů – lékařů v těchto oborech je na pracovním trhu málo a dělá to velké problémy zejména na menších pracovištích v případě nemoci, odchodu do důchodu apod., kdy je obtížné sehnat adekvátní náhradu.

V laboratořích se začíná projevovat i nedostatek zdravotních laborantů, což je ovlivněno zejména systémem vzdělávání. Aby mohl laborant samostatně pracovat v laboratoři, musí absolvovat bakalářské studium, po kterém však řada lidí studuje dále na magisterské úrovni a pak už v pozicích zdravotnických laborantů pracovat nechtějí.

Počet pracovníků v laboratořích je ovlivněn procesem robotizace a automatizace, ale pouze do určité míry. V nemocnici, kde je poskytována akutní lůžková péče, je nutno udržet nepřetržitý provoz laboratoří, což zvyšuje nároky na počet pracovníků a zhoršuje ekonomiku pracovišť oproti velkým laboratořím řetězcového typu, které pracují obvykle jen v jednosměnném provozu.

Laboratorní obory jsou v ČR hodně segmentovány, což výrazně komplikuje situaci při hledání pracovníků do laboratoří, protože se jedná o lékaře i nelékaře, kteří mají velmi úzkou specializaci a je jich málo. Pokud jde o vysokoškoláky, kteří absolvují nemedicínské obory,

musí absolvovat ještě kurz, který je přesune do zdravotnické kvalifikace. Řešit potřebu úzké specializace je snazší ve velkých nemocnicích, kde jsou laboratorní disciplíny specializované a obvykle mají mnoho zaměstnanců. V menších nemocnicích provozovat jednotlivé oborové laboratoře však není ekonomické a využívá se zde tzv. konsolidace laboratoří pod jedním vedením. Diskuse o sloučení laboratorních oborů je však obtížná a primáři větších specializovaných odborných oddělení ve velkých nemocnicích se jim s podporou odborných společností brání. Zde je nutno konstatovat, že univerzálnější lékařská specializace „Laboratorní medicína“ v EU existuje a je praktikována ve 12 zemích, včetně Slovenska. Většina soukromých laboratoří i u nás je konsolidovaná, což je vedle jednosměnného provozu další důvod jejich vyšší efektivity, protože zajišťují jen provoz technicky a organizačně, nikoliv již interpretačně s konzultacemi s poskytovateli péče, kteří jim vzorky do laboratoří posílají.

Teoreticky má systém vzdělávání personálu dvě možnosti řešení. První je možnost založit silný společný vzdělávací kmen a po něm připustit možnost specializace společné a nebo v jednotlivých užších oborech. Ta by byla v dnešní turbulentní době mnohem atraktivnější z hlediska flexibility pracovníka na pracovním trhu. Druhou možností je centralizace laboratoří, která při dnešních dopravních možnostech a elektronické komunikaci je životaschopná (např. mikrobiologie v KHK), ale nemůže být stoprocentní kvůli akutním příjmům a vyšetřením, o kterých musí přijít výsledek brzy. Pro většinu neurgentních vyšetření je to však řešení rozumné a využívají ho soukromé laboratoře (o jejich problematice viz dále) nebo blízké nemocnice např. v Holandsku. Komunikaci při dnešních informačních technologiích lze postupně kultivovat rovněž.

Činnost laboratorních oborů

Aktuální počet laboratorních pracovišť v KHK je dle konstatování odborníků uspokojivý. Podle vedení ZH KHK by kapacita dnešních nemocničních laboratoří zvládla zajistit potřebné počty vyšetření pro všechny segmenty zdravotnictví kraje i bez soukromých laboratoří.

K jednotlivým oborům lze konstatovat následující.

- *Klinická biochemie.* Ve FN HK na Ústavu klinické biochemie a diagnostiky (ÚKBD) působí 11 lékařů, 4 specializovaní kliničtí biochemici a 8 farmaceutů. Biochemické laboratoře jsou k dispozici ve všech dalších nemocnicích.
- *Mikrobiologie.* V kraji jsou pracoviště ve FN HK, Jičíně, Trutnově a v Náchodě. Podle mikrobiologů je v akutní nemocnici pracoviště kvůli konzultacím kliniků nezbytné.
- *Patologická anatomie.* Dominantní pozici má pracoviště ve FN HK, kde se centralizují specializovaná vyšetření pro celý kraj. Běžná vyšetření pro celý kraj není FN HK schopná sama zvládnout. Samostatné pracoviště je v Náchodě. O soukromých poskytovatelích není přehled, ale existují. Komunikace mezi pracovišti je dobrá. Obor nevyžaduje práci v nepřetržitém režimu.

- *Genetika.* Obor je nasmlouván ve FN HK a má i svoji ambulantní složku. V Trutnově funguje bývalá primářka z dětského oddělení, (již je v důchodovém věku).
- *Alergologie a imunologie.* Jediný primariát s nasmlouvanou laboratoří je ve FN HK, přestože tyto výkony jsou produkovány ve všech nemocnicích v rámci sdílených výkonů.
- *Laboratoř nukleární medicíny* je nasmlouvaná pouze v nemocnici Trutnov. Výkony jsou produkovány ve všech nemocnicích, rovněž opět v rámci sdílených výkonů. Ve FN HK byla tato disciplína spojena s biochemickými laboratořemi.
- *Hematologie a transfuzní služby v KHK.* Transfuzní oddělení se schopností zpracovávat odebranou krev jsou ve FNHK, v Náchodě a v Trutnově. V Jičíně je jen odběrové místo a krev se odesílá ke zpracování do FN Král. Vinohrady Praha, a spolupráce mezi nimi funguje dobře. Pro odbornosti hematologie a transfuzní medicína, které jsou si laboratorně velmi blízké, se obvykle statistické údaje sčítají.
- Odbornosti nasmlouvané výlučně ve FN HK jsou
 - virologie,
 - soudní lékařství,
 - klinická cytologie,
 - screening děložního hrdla,
 - alergologie a imunologie (řada výkonů prováděná i jinde v rámci sdílených kódů).

Různé další problémy a fakta

- Vedle zmíněných ekonomických vztahů nemocnic se soukromými laboratořemi zhoršují vztahy některé odborné problémy. Důležitým aspektem je doba převozu, tj. délka transportu vzorku, který by měl být do 2 hodin v laboratoři ke zpracování. Běžnou praxí však je, že část vzorku putuje např. do Prahy a další část do Brna, což je na úkor kvality vzorku. Režim není kontrolován. Pokud nebude ošetřeno zákonem, že vzorek nesmí opustit kraj, pojišťovny tento problém údajně nemohou řešit.
- Ve vztahu k soukromým laboratořím hraje roli i odborný pohled. V nemocnicích má pacient své kompletní záznamy o vyšetřeních a ty se těžko srovnávají s výsledky ze soukromých laboratoří, které používají jiné přístroje a metodiky.
- *Technický stav budov v nemocnicích.*
 - Ve FN HK se zprovoznila nová budova pro transfuzní oddělení.
 - Biochemie FN HK potřebuje rozšířit příjem vzorků.

- Očekává se velká expanze v genetice (FN HK), ale obor je zatím hodně limitován zdravotními pojišťovkami i prostory.
 - V nemocnici ve Dvoře Králové fungují nové laboratoře již 2 roky. Nedošlo k nárůstu kapacity, pouze ke zlepšení prostorových podmínek. Zvažuje se, zda se nad laboratořemi přistaví podlaží se dvěma operačními sály.
 - V Trutnově se laboratorní zázemí začalo rekonstruovat a dostavovat.
 - V Jičíně je nevyhovující stav a počítá se s výstavbou klinických laboratoří v rámci novostavby Pavilonu „A“.
 - V Náchodě by postupně mělo dojít k sestěhování laboratoří.
- *Komunikace.* Stále není optimálně dořešeno předávání žádanek a výsledků v elektronických informačních systémech.

809 Radiodiagnostika a nukleární medicína

Personální problémy

Na Radiologické klinice ve FN HK není tč. s lékaři problém dramatický a v ostatních profesích je situace stabilní. U rtg. asistentů se situace vylepšila po otevření výuky na Univerzitě Pardubice.

Problém s lékařským personálem je zejména v okresních nemocnicích. Mladí lékaři nemají o působení na okresních nemocnicích zájem, a to ani přes různé pobídkové mechanismy a na bázi dobrovolnosti se nedaří lékaře získávat. Velmi vyhrocená je personální situace v Oblastní nemocnici Trutnov, a.s., kde hrozí, že vzhledem k náhlému snížení úvazků a počtu lékařů nebudou schopni obsadit služby, ani pokrýt částečnou druhou směnu na MR.

V celém KHK chybělo standardní naplnění 7 úvazků kvalifikovaných rentgenologů, které byly vykryty nadúvazky nebo důchodci.

Nukleární medicína má největší personální problém s nedostatkem radiologických fyziků, který se týká i fyziků na radioterapii, a to vzhledem k tomu, že radiologický fyzik musí být fyzicky přítomen při ozařování. Tento problém je celorepublikový, sahá desítky let do historie, prohlubuje se v souvislosti s novými ozařovači a PET přístroji a eskalovaly ho i legislativní změny, týkající se radiační ochrany.

Činnost radiodiagnostiky

Zmapování počtu a spektra vyšetření není pro konvenční radiodiagnostiku a ultrazvuková vyšetření v přehledné formě běžně k dispozici, podobně jako pro intervenční radiologii, zejména vaskulární, která se soustřeďuje v centrech ve větších nemocnicích a tč. se v KHK provádí převážně ve FN HK.

Magnetická rezonance (MR). MR je oblast, která z oboru tč. reprezentuje největší výzvy v zobrazovacích metodách, protože se jedná nejen o metodu s rostoucím diagnostickým potenciálem v oblasti měkkých tkání. Ze strany rentgenologie přichází celosvětový trend nahrazovat CT v řadě indikací vyšetření MR. Důvody jsou v některých případech ve vyšší kvalitě zobrazení, ale i tam, kde je zobrazení rovnocenné se upřednostňuje MR kvůli radiační ochraně. Rozšiřování v ČR zatím brání finanční restrikce a regulace ZP a rovněž vysoká personální náročnost. Dle přístrojové koncepce MZ ČR by měl každý okres mít svoji MR. Ve FN HK se počítá se 3 – 4 přístroji a v každém dalším okresu 1 MR v holdingové nemocnici. Tč. jsou k dispozici přístroje v Trutnově, Náchodě a v Rychnově n. Kn. (zde privátní pracoviště). Posledním okresem by měl být Jičín, kde bude MR řešena v novostavbě Pavilonu „A“. Vzhledem k převisu poptávek po vyšetření a dlouhým čekacím dobám se po dobu, než bude stav přístrojů naplněn počítá s využitím na více směn. Objem produkce ve FN HK bude záviset na tom, kolik personálních kapacit bude k dispozici v rámci pracovišť ZH KHK.

Je doloženo, že v počtu CT a MR přístrojů i v počtu vyšetření, ČR zřetelně zaostává za průměrem OECD. Využití přístrojů v ČR je dobré, ale počty MR vyšetření v KHK výrazně zaostávají oproti průměru v ČR a oproti Pardubickému kraji jsou téměř poloviční.

Konvenční rtg. vybavení. V tradičních rtg. oblastech včetně ultrazvukové diagnostiky došlo v posledních letech k pozitivnímu vývoji a technicky jsou oddělení v KHK stabilizována.

V nemocnici Jičín se očekává zlepšení technického stavu rtg. prostor v rámci připravované výstavby nového pavilonu.

Angiografie a intervenční vaskulární výkony. Ve FN HK je tč. jediné pracoviště v kraji a nahrazuje i momentálně nefunkční pracoviště v Pardubické nemocnici. Ve FN HK se pracuje ve 2 dvou směnách od 6:30–21:00 h. Zatím jsou požadavky zvládnuté. Podmínkou fungování je však dostatek sester, protože práce je zde považovaná za velmi intenzivní. V rámci centralizace cévních mozkových příhod rostou počty pacientů indikovaných ke katetrizační intervenční léčbě.

Činnost nukleární medicíny

V KHK jsou 3 pracoviště nukleární medicíny – FN HK, Trutnov a Jičín a je souhlasný názor na zachování současného stavu. Pokrytí požadavků je optimální a není nutno přidávat pracoviště v Náchodě, odkud je vyhovující dojezdová vzdálenost do Hradce Králové a nemocnice v Náchodě se o zřízení oddělení neuchází. Panuje společný názor, že by spíše než vytváření nového pracoviště bylo vhodné investovat do již existujících pracovišť. V Trutnově jsou pro nukleární medicínu nevyhovující podmínky, ale výstavba nového pracoviště už byla zahájena. V Jičíně jsou prostorová omezení, ale personálně je pracoviště stabilní a má částečné propojení s nemocnicí Mladá Boleslav. Část vyšetřovací kapacity je využívána i pro přilehlé části Středočeského kraje (okres Ml. Boleslav a Nymburk).

PET (pozitronová emisní tomografie). Jediný PET-CT skener v kraji má spád ze třech komplexních onkologických center ve FN HK, v Pardubicích a v Liberci. Čekací doby se prodlužují na 2 měsíce. Nový přístroj je již připraven v nemocnici Pardubice a bude uveden do provozu začátkem r. 2021. FN HK se připravuje na obměnu přístroje z r. 2009. Představa odborné společnosti je, že rozumné pokrytí v ČR by bylo 1 PET přístroj na 500 000 obyvatel, takže i doplnění PET v Libereckém kraji by situaci v KHK znormalizovalo.

Scintigrafie. V Jičíně je jediné pracoviště v kraji, které poskytuje scintilační vyšetření plicní ventilace. Toto vyšetření je indikováno před operacemi plic a slouží pro pneumoonkochirurgické centrum ve FN HK. Jedná se o vyšetření se solidní úhradou výkonu a je na domluvě nemocnice Jičín, ZH KHK a FNHK, zda bude v Jičíně toto vyšetření i nadále provozováno.

SPECT gamakamery. Na cca 100 000 obyvatel se předpokládá pokrytí 1 SPECT gamakamerou. V Jičíně je jeden přístroj před obnovou. V Trutnově je potřeba obměnit

planární kamery, které SPECT neumožňují. Za 2 roky by zde mělo být zprovozněno nové pracoviště nukleární medicíny a vznikne prostor pro 2 SPECT kamery. Zatím se spokojí jen s jedním přístrojem a druhý by připadal v úvahu až po rozšíření personálu o 2-3 lékaře. FN HK zachová 1 PET a 3 SPECT gamakamery a s dalším rozšířením nepočítá, protože z prostorových důvodů by to tč. ani nebylo možné.

Lůžka nukleární medicíny pro aplikaci izotopové léčby se speciální radiačním a ekologickým režimem jsou pouze ve FN HK (6 lůžek v kontrolovaném pásmu).

Posílení obrazových archivačních a komunikačních systémů. Posílení systémů PACS by výrazně zvýšilo efektivitu zobrazovacích metod v KHK prostřednictvím sdílení obrazů, omezením zbytného opakovaného vyšetřování a konzultační činností. Komunikační sítě pro tyto účely jsou již dávno standardem a kraj by zde měl sehrát roli aktivního koordinátora pro všechny nemocnice včetně FN HK.

925 Domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péče (dále jen „DZP“) je činnost, zajišťovaná kvalifikovanými sestrami v domácím prostředí pacienta tak, aby bylo úspěšně dokončeno doléčení pacienta anebo aby byl úspěšně stabilizován chronicky nemocný pacient, který se nemůže jednoduše a v potřebné frekvenci dostavovat ke svému ošetřujícímu lékaři. Sestry poskytují tento typ péče samostatně a spolupracují s ošetřujícím lékařem, který péči indikuje tak, aby péče přispěla k co nejrychlejšímu uzdravení a získání soběstačnosti. Péče je vhodná pro pacienty, kteří potřebují pravidelnou péči ošetrovatelskou, převazy, mobilizaci, rehabilitaci apod., popřípadě i terminální péči, pokud si nepřejí na konci života hospitalizaci.

Zdravotní sestry se obvykle sdružují v různě velkých agenturách DZP. Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných přepočtených pracovních úvazků ve smluvním vztahu, tak aby byla zajištěna péče s dostupností 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. U poskytovatelů domácí péče, kteří neposkytují domácí péči nepřetržitě 24 hod denně, je minimální počet úvazků 3,0.⁴⁴ Smlouva se zdravotními pojišťovkami je pro určité území, které může být v rozsahu obce a až 25 km od střediska. Rozptyl těchto parametrů je však velký a jednotný organizační vzor pro střediska neexistuje. Lokální podmínky a potřeby též hrají významnou roli.

V období let 2007-2018 v ČR nedochází k výraznějšímu nárůstu počtu pacientů, který ve sledovaném období kolísá cca mezi 135 000-150 000 pacienty ročně. Poptávka je však velká a stagnace je spíše výrazem regulací zdravotních pojišťoven.

Většina problémů, o kterých poskytovatelé DZP diskutovali během přípravy Koncepce, má celostátní charakter, popřípadě se dotýká úhradové a smluvní politiky zdravotních pojišťoven. Příkazem ministra č. 18/2018 dne 5. června 2018 byla zřízena pracovní skupina jako odborný poradní orgán MZ ČR pro koncepční řešení poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta a zabezpečení efektivního fungování domácí péče v ČR. Koncepce DZP byla zpracována v souladu s doporučeními Metodiky přípravy veřejných strategií⁴⁵. Rozpracovává část analytickou a strategickou, zatímco implementační část bude pokryta v akčních plánech domácí péče na léta 2021–2023 a 2024–2025.

Ministerský materiál má následující strategické cíle.

- Posílení role sester v DP.
- Financování domácí péče.
- Hodnocení kvality poskytované domácí péče.

⁴⁴ *Koncepce domácí péče*. MZ ČR, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>

⁴⁵ *Typologie strategických a prováděcích dokumentů. Metodické doporučení*. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2017. Dostupné z: https://www.mmr.cz/getmedia/a8e367ae-8c84-48f2-9ce4-5484e4d5de52/Typologie-strategickych-a-provadecich-dokumentu_final.pdf

Péče v KHK

Pracovníků, kteří poskytují služby DZP v KHK, je tč. o něco více, než je průměr v ČR. Ve statistických podkladech chybí údaje typu náklady ZP na věkově standardizované kmenové pacienty v krajích, popřípadě celkové zdravotně sociální náklady na starší dlouhodobé pacienty, které by asi byly nejlepším ukazatelem rozsahu této péče v krajích. Takovýto nástroj by mohl být i dobrým ukazatelem potřeby této péče v jednotlivých okresech, kde se ukazují rozdíly mezi jejich fungováním.

Počet pracovišť DZP v rámci Královéhradeckého kraje je v současné době dostačující, ale kapacity nejsou rozložené zcela rovnoměrně. Hůře je pravděpodobně pokryto pouze území Broumovska. Vícekrát zazněly i názory, že efektivní a stabilizovaná síť DZP existuje na Rychnovsku, kde úspěšně kompenzuje nedostatek dlouhodobých a sociálních lůžek.

Spektrum péče je široké, od běžných ošetrovatelských úkonů až po specializované činnosti. Podobně jako u sociálních služeb jsou i na DZP kladeny odborně vyšší požadavky, než jsou běžné ošetrovatelské úkony. Převazy, péče o chronické rány a domácí rehabilitace jsou typickými příklady. Vedle často diskutované otázky domácí plicní ventilace (cca „jen“ 10 případů umělé ventilace v kraji, ale odborně velmi náročné záležitosti) se výrazně častěji objevují potřeby vybavení kyslíkovými koncentrátory, infuzními pumpami, podpora peritoneální dialýzy, parenterální výživy, žilních portů či podpora po transplantacích. Pokud jde o domácí umělou plicní ventilaci, FN HK přislíbila projednat s odborníky a se zdravotními pojišťovkami návrh koordinace systému poskytování v KHK, který by měl být kompatibilní se schvalovacími postupy MZ ČR.

Při projednávání jednotlivých odborností se diskutovalo i o roli praktických lékařů při indikaci výkonů DZP. Ne všude je spolupráce s praktickými lékaři optimální. ZP ujišťují, že regulace na indikaci DZP u praktických lékařů již neexistují, ale přesto jsou lékaři, kteří DZP neindikují v dostatečné míře. Zdá se však, že je to spíše individuální nežli systémová záležitost. Obory, které mají zájem o rozšiřování a vyšší dostupnost DZP, jsou rehabilitace, paliativní péče a v některých případech i operační obory, které praktikují ambulantní operační výkony. O to více je potřeba dobrá koordinace mezi praktickými lékaři a DZP a posilování kvality a rozsahu činností práce PL podle rozvojového bodu 4 (Posílení primárních služeb).

Diskuse ukázala, že DZP trpí spíše podfinancováním úhrad než nedostatkem kapacit. Požadavky na vyšší rozsah DZP jsou ze strany odborné i patientské veřejnosti a není pochyb o tom, že se jedná o důležitou službu na rozhraní zdravotní a sociální péče, která při dobrém fungování může kompenzovat nedostatek pobytové péče.

Potenciál agentur DZP a personální obsazenost jsou na relativně dobré úrovni, ale značnou brzdou jejich činnosti jsou úhrady péče. Platy sester ve sféře DZP zaostávají za nemocničními službami a omezují tak naplnění personálních stavů. Součástí smluvních podmínek je povinnost poskytovatelů poskytovat péči bez možnosti odmítnout pacienta, ale finanční regulace ze strany ZP jsou přitom omezující. Plátcí navíc nemají k dispozici žádný nástroj,

který by dovolil zohlednit v úhradách obtížnost pacientů, a navíc ZP brání možnosti poskytovat domácí fyzioterapii.

Výše uvedené problémy nemá kraj možnost snadno a systematicky ovlivnit. V rámci dotační politiky se však naskýtá určitá možnost pomoci kraje v oblasti vzdělávání studentů, event. i personálu.

Další problematikou jsou stáže studentů v agenturách (není hrazena jejich praxe), flexibilní dostupnost půjčoven pomůcek pro DZP a podpora spolupráce s centry duševního zdraví, která nemají celotýdenní provoz.

Jedním z provozních problémů, který komplikuje aktivity, je fakt, že DZP nemá legislativně usnadněno parkování při návštěvách klientů a výrazně to v některých zónách komplikuje její činnost.

Kapitola VIII.

Ekonomika zdravotnictví v KHK

Slabé stránky a Hrozby

O rizicích podfinancování zdravotnictví ČR a o demografickém vývoji ČR, který bude situaci postupně zhoršovat, se již mluvilo v kapitole I. Zdravotnický systém ČR a o ekonomických příčinách nespokojenosti zdravotníků v kapitole III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK.

Dalším úskalím ekonomiky jsou úhrady, vycházející z vyhlášky MZ ČR Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování, která stanoví každoročně tzv. úhradovou vyhláškou MZ ČR. V tomto Seznamu však stále přetrvávají nadhodnocené a podhodnocené položky, které vedou k motivacím poskytovatelů, deformujícím síť služeb a činí provozování např. standardních oddělení typu všeobecné interní oddělení v akutních nemocnicích prodělečnou záležitostí.

Specifika KHK

Specifika hospodaření nemocnic v KHK dokladuje dlouhodobě stabilní výsledek hospodaření FN HK a hospodářské propady nemocnic, které jsou součástí ZH KHK a v minulosti byly jen z části vyrovnané krajskými platbami za plnění závazku veřejné služby. Negativní hospodaření akutních nemocnic v KHK se týkalo zejména nemocnic ZH KHK, nejvíce Oblastní nemocnice Náchod, a.s., které se však postupně začalo lepší. Hospodaření nemocnic ZH KHK jako celku nepatří sice k úplně k nejhorším v ČR, ale i tak se v letech 2017 a 2018 pohybuje v dolní čtvrtině všech krajů; to i přes fakt, že dotace do nemocnic v rozpočtu KHK byly druhé nejvyšší v ČR (po Kraji Vysočina).

Negativní výsledky hospodaření zdravotnických subjektů v kraji u některých akutních nemocnic ve vlastnictví kraje, pokud nedojde ke zvýšení efektivity jejich provozu a spektra činnosti a též v některých případech k narovnání úhrad od ZP za stejné výkony, by mohly vést paradoxně až k nutnosti dále zvyšovat provozní dotace, aby nedocházelo k ohrožení hospodářské stability.²¹

Rozpočet kraje pro zdravotnictví je dlouhodobě třetí nejvyšší v ČR, ale je výrazně nesystematický. Dosud byly v kraji výrazně podprůměrné investice do zdravotnictví, což bude v dalších letech korigováno mimořádně vysokou investicí do dostavby Oblastní nemocnice Náchod a.s., která se aktuálně realizuje (byla dokončena 1. etapa modernizace nemocnice a v současnosti se začíná realizovat přípravná fáze 2. etapy). V provozních prostředcích se

²¹ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

podprůměrně financuje Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, která si však vede v hospodaření i v plnění svých zdravotnických povinností velmi úspěšně a pracuje s vysokou efektivitou. Okolo průměru se pohybuje financování méně objemných segmentů jako neakutní (dlouhodobá i následná) lůžková péče, ambulantní sféra, lékařské pohotovostní služby, prevence aj. Mimořádně nadstandardně v porovnání s jinými kraji jsou však provozně dotované akutní nemocnice. Zde existuje velká šance pro KHK využívat v budoucnu tyto prostředky tam, kde je občané kraje více potřebují (viz zdravotnické problémy v oblasti následné a sociální péče, psychiatrické péče a personálního zajištění lékařů, sester a dalších profesí nebo preventivních opatření).

Příležitosti a Silné stránky

V rámci celého zdravotnictví ČR je určitá šance na posílení financování. Usnesením Vlády České republiky č. 432 byl dne 20. 4. 2020 schválen návrh zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tímto Vláda odsouhlasila razantní navýšení příspěvku na státní pojištěnce a dle slibu premiéra by kompenzace dopadů epidemie COVID-19 mohla přivést vyčerpané zdravotnictví k finančnímu oživení.

Posílením praktického lékařství a neakutní dlouhodobé lůžkové a domácí péče v rámci reformních plánů vlády ČR a programu Zdraví 2030 by se bylo možno v rámci specifického cíle Optimalizace zdravotnického systému ČR přiblížit ke světovému standardu, kdy by se primární péče konečně stala průvodcem pacienta po celém systému poskytování služeb a sama efektivně řešila banality. Zároveň dostatečně podpořená dlouhodobá zdravotní péče, sociální péče pro nemocné a oproti dnešnímu stavu posílená paliativní péče by kompenzovala problémy demografického stárnutí populace a zvýšené náklady zdravotní péče pro nemocné seniory.

Zlepšuje se datová základna ÚZIS ČR, doladují se analýzy typu „náklady na kmenové pojištěnce krajů“ a dokončuje se restart systému platby za diagnózu (DRG). Tyto procesy mohou přispět k posílení technické a ekonomické infrastruktury zdravotnictví, ke spravedlivější alokaci úhrad a ke zklidnění nespokojenosti zdravotníků. I v případě, kdy by tento vývoj měl v dílčích případech znamenat snížení úhrad pro některé segmenty zdravotnictví, může jistota stejných pravidel pro všechny být silným motivačním prvkem pro hledání vnitřních rezerv pro zvyšování efektivity na rozdíl od současného stavu, kdy zručnost v získávání dotací stále dominuje nad snahami optimalizovat provoz a získávat tak prostředky prostřednictvím vlastních manažerských schopností.

Specifika KHK

Přes negativní hospodářské výsledky nemocnic ZH KHK jsou mezi nimi rozdíly. Hospodářsky si v posledních letech vedla nejlépe nemocnice Jičín a dříve i nemocnice Trutnov. To dokládá, že alespoň z části lze uspět i v nepříznivém hospodářském prostředí,

ktelé ve sféře zdravotnictví dlouhodobě panuje a lze nalézat vnitřní rezervy a zvyšovat vlastní efektivitu.

Hospodaření FN HK, nejsilnějšího zdravotnického subjektu v kraji, je dlouhodobě vyrovnané a nemocnice si i v dobách nejhlubších zdravotnických krizí dokázala kladný hospodářský výsledek udržet. Výsledky široce zveřejňovala a se svými partnery (v rámci ostatních velkých nemocnic v ČR i v rámci KHK a jeho okolí) spolupracovala ve zdravotnické i v ekonomické sféře a poskytovala své know-how partnerům, pokud o to měly nemocnice zájem.

Nová metodika ÚZIS ČR analyzuje lépe platby zdravotních pojišťoven do krajů; vedle plateb přímo do krajských zdravotnických zařízení jsou vyčísleny i platby za tzv. kmenové pojištěnce, tj. platby za všechny občany z KHK bez ohledu na to, ve kterém kraji péči čerpají. Ukazuje se tak, že občané KHK jsou zdravotní péčí pokryti v rámci ČR spíše nadprůměrně.³¹ Protože migrace za péčí v jiných krajích je u občanů KHK poměrně malá, znamená to také, že je i uvnitř KHK financováno zdravotnictví relativně dobře, samozřejmě v rámci celkové situace v ČR. Mělo by být proto možné lepší oboustrannou spolupráci mezi FN HK a KHK optimalizovat tyto zdroje tak, aby byly využité pro nejpotřebnější pacienty a nevedly k jejich případnému použití tam, kde k řešení problémů stačí jen základní anebo následná péče. Výrazná migrace okresních pacientů KHK do FN HK za specializovanou péčí svědčí, že zatím toto nebezpečí nehrozilo. Je mu však třeba předcházet podporou následných lůžek ve městě Hradec Králové, aby lůžka ve FN HK nebyla zbytečně blokována a mohla sloužit těžkým pacientům více než dosud. Město HK je jen jedním z příkladů, že rozložení lůžek následné a dlouhodobé péče je jak v celé ČR, tak v KHK, potřeba dále postupně kultivovat.

³¹ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

**Priority rozvoje
zdravotnictví
Královéhradeckého kraje
po roce
2020 a jejich zdůvodnění**

Technická poznámka

Číslování jednotlivých bodů bylo zvoleno pouze pro snazší orientaci v celém textu. 11 strategických rozvojových bodů nevyjadřuje konečný počet všech potřeb krajského zdravotnictví, které musejí být určeny politickou reprezentací kraje.

Rozvojový bod 1.

Vytvoření dohody Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a Fakultní nemocnice Hradec Králové o jednotném systému specializačního vzdělávání lékařů v rámci kraje a podpora dalších opatření pro zlepšení personální situace zdravotních sester

Problém nedostatku zdravotnického personálu plošně dopadl na celou ČR i na KHK a personální problémy dnes reprezentují nejvyšší ohrožení zdravotnictví. V kraji jsou kvůli nedostatku personálu, zejména sester, zavřená oddělení ve FN HK, v nemocnicích ZH KHK i lůžka následné a dlouhodobé péče na úrovni několika desítek lůžek. Na centrálních i lokálních úrovních některé segmenty zdravotnictví, respektive medicínské obory, již nejsou schopné garantovat dostatečné počty zdravotnického personálu a začíná být ohrožena bezpečnost a udržitelnost poskytování služeb. Nejvážnější situace je v oblasti stavu zdravotních sester v nepřetržitém lůžkovém provozu a absolutní počet sester se v kraji snižuje.

Personální krize u lékařů má podobu jinou. Počty lehce stoupají ve všech vyspělých zemích, ČR však v tomto vývoji jasně zaostává. Pokud jde o nárůst lékařů v KHK, ten je ještě nižší, než je průměr v ČR. V nemocnicích je nízký počet mladých lékařů ve specializační přípravě, v KHK více než v průměru ČR, a zjevná krize již vypukla u praktických lékařů pro děti a dorost a v dětské psychiatrii. V mnoha dalších oborech, zejména v pediatrii, psychiatrii, dětské neurologii, gynekologii a porodnictví, ORL a všeobecném vnitřním lékařství je situace hraniční. Dnes však již prakticky neexistuje obor, ze kterého by nebyly slyšet stížnosti na personální nedostatek jak lékařů, tak nelékařských pracovníků. V KHK přes veškerá navyšování platů, náborová opatření, stipendia pro mediky a nábor personálu ze zahraničí se situace horší a prognózy varují před dalším masivním úbytkem praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen „PLDD“), ale i praktických lékařů pro dospělé („PLD“) a praktických gynekologů. Jediná oblast, kde podle prognóz budou počty stoupat, je zubní lékařství.

Velké stížnosti se ozývají na specializační vzdělávání lékařů, které se znovu a znovu dožadují změny legislativy a hovoří oprávněně o tom, že problémy jsou ve financování systému vzdělávání. Není ale ochota dostatečně využívat všechny možnosti, které zákon poskytuje při vlastní realizaci výuky. Z menších pracovišť musí odcházet mladí lékaři na dlouhodobé stáže na externí pracoviště bez navázání nového zaměstnaneckého poměru, a tento systém se v našem prostředí absolutně neosvědčil. Mateřská pracoviště platí lékařům mzdy, musí hradit náklady jejich stáží a stážisté se na vyšších pracovištích často cítí zanedbáváni. Školící pracoviště také nikdy nepřijala princip, že jsou určena jen pro dočasný pobyt rezidentů a že musí produkovat dostatek specialistů nejen pro potřeby vlastních nemocnic, ale i pro zbytek systému, zejména pro ambulantní terén a malé nemocnice, kde vzdělávání neprobíhá. Je pravdou, že na velkorysejší nábor rezidentů nemají školící pracoviště dostatek financí, neboť státní podpora pro úhrady nákladů za školence je nedostačující a nemocnice musí náklady doplácet ze svých finančních prostředků. Všechny tyto věci mají alespoň částečná řešení. V žádném kraji však dosud nebyla konstruktivně využita, protože vyžadují dobrou spolupráci velkých a menších nemocnic a velkou podporu jejich vedení i vedení kraje.

Vzhledem k rozsáhlému know-how ve FN HK je proto navrhováno nové uspořádání vztahů mezi FN HK a ZH KHK a vytvoření smlouvy o vzdělávání lékařů, která by umožnila flexibilně v kraji zaměstnávat mladé lékaře tak, aby mohli jednodušší části vzdělávacího programu absolvovat v menších akreditovaných nemocnicích a s postupným nabýváním zkušeností potom na větších pracovištích ZH KHK a FN HK, která by byla ochotná umožnit zaměstnanecký poměr bez stáží a s plným nasazením rezidenta v pracovním úvazku. Toto řešení je pouhým návrhem, ke kterému mohou být hledány alternativy řešení, bez kterého se krajské zdravotnictví neobejde. Toto hledání bude vyžadovat další diskusi klíčových aktérů, včetně podrobnější specifikace počtů nových rezidentů v jednotlivých oborech, který je dle potřeb kraje v průměru odhadován asi na dvojnásobek. Současný stav všech nově nastupujících lékařů v KHK je výrazně pod celorepublikovým průměrem. V anglosaském světě je absolvování specializačního období postupně na více pracovištích běžné a mladý lékař tak má šance využít výhody menších i větších nemocnic a poznat svůj obor z více pohledů. Šance, že rezident zůstane v kraji, kde se vzdělává, je vysoká, a takovýto lékař bude mít o celém systému široký přehled, což skýtá i výhodu pro kvalitu budoucí spolupráce mezi jednotlivými pracovišti, kterými rezident projde.

Navrhovaný projekt vyžaduje splnění dvou podmínek. Zaprvé: spolupráci a důvěru mezi vedením ZH KHK a FN HK (tu během projednávání otázek Koncepce obě strany opakovaně deklarovaly). Druhou podmínkou je financování minimálně dvojnásobku vzdělávacích rezidenčních míst v akreditovaných nemocnicích v kraji a rozdělení vzdělávacího kurikula tak, aby se finance dostaly férově do všech nemocnic, které budou v kraji vzdělávání poskytovat. Umožnilo by to vzdělávat větší počet lékařů, než pro budoucnost potřebují akreditované nemocnice, dále do budoucna by to profesní trh obohatilo o lékaře pro malé nemocnice, pro následnou péči a pro celý ambulantní sektor, a zároveň o lékaře s krajem již dobře obeznámené. Atraktivita pro absolventy by byla samozřejmě závislá na tom, jak by se mladým lékařům všechna zainteresovaná pracoviště věnovala a zajistila jim i férové podmínky života (např. ubytování aj., dle potřeby) během této profesní periody jejich života. Dle zkušeností je pro mladou generaci lékařů kvalita vzdělávacího procesu minimálně stejně důležitá jako výše mzdy, takže by se zájem o jejich příchod do KHK při dobré organizaci a propagování nového systému nepochybně povzbudil.

Není pochyb o tom, že příprava celého systému bude vyžadovat invenci všech zúčastněných, ale je možno začít postupně a v oborech, kde pro to bude pochopení. Je nutno zmínit i skutečnost, která má na výše uvedené nemalý vliv, a tou je, že kapacita školenců je na řadě pracovišť zcela vyčerpána, neboť dle platné legislativy na sebe může mít jeden školitel navázaný max. 2 školence. Zde je nutná úprava legislativy tak, aby i menší nemocnice mohly školit alespoň základ oboru.

Kritický nedostatek sester, který je ještě závažnější než u lékařů, je možno měnit jediné řadou prováděných opatření, která by zajistila posilování atraktivity této profese, posílení školských základů pro výuku sester, snížení pracovních nároků prostřednictvím zapojení (nižších) praktických sester, posílení dalšího pomocného personálu a podstatně vyšším mzdovým zvýhodněním trojsměnného provozu. Situace je tak závažnou, že by potřebovala založit pod patronací kraje expertní pracovní skupinu, která by v tomto směru hledala praktické možnosti řešení.

Rozvojový bod 2.

Posílení celého komplexu zdravotní péče v oblasti následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče. V oblasti sociální péče posílení pobytových sociálních služeb, včetně případné podpory péče domácí či odlehčovací.

Tato priorita směřuje k posílení uspokojování potřeb občanů, kteří dosáhli vysokého věku nebo jsou dlouhodobě nemocní, zdravotně postižení či nesoběstační, nemají dostatečné vlastní sociální zázemí a již vyčerpali možnosti domácích služeb. Všechny problémy uvedených situací řeší dva ministerské rezorty a na krajské úrovni dva odbory, odbor zdravotnictví a odbor sociálních věcí, nicméně ve většině případů se týkají jedinců, které formální rozštěpení nemusí zajímat a potřebují hlavně komplexní služby jak zdravotní, tak sociální. V praxi je dost případů, kdy prakticky stejní pacienti leží buď v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (dále jen „LDN“) anebo v domovech pro seniory, které mají pro své úkoly naprosto různé podmínky, zejména finanční. Není proto zatím důvod, aby se tato zařízení snažila o dobrou spolupráci a pomáhala zlepšovat vztahy s tím rezortem, kterému nepatří, i když by to bylo ku prospěchu pacientů.

Posílení uvedeného komplexu^{41,42} vyžaduje řešení množství úloh, které jsou vzájemně propojené. Hlavním cílem je zajištění dostatečné kapacity lůžek, ale i posilování oblasti domácí, případně podpůrné péče. Domácí péče může zvyšující se potřebu lůžek brzdit, ale potřebuje k tomu dostatečnou kapacitu a dobrou spolupráci ze strany praktických lékařů i nemocnic. Posílení pozice praktických lékařů a lepší kooperace i s domácí péčí je součástí rozvojového bodu č. 4 (posílení primární péče).

Ze strany obou resortů se posilování potřeb týká zejména následujících oblastí:

- zvýšení počtu následných (doléčovacích) a dlouhodobých zdravotních lůžek,
- posílení oborů paliativní medicína a geriatrie, domácí zdravotní péče a praktické lékařství (zejména pro dospělé),
- zvýšení počtu zdravotních sester a jejich finančního posílení v domovech se zvláštním režimem (dále jen „DZR“),
- posílení smluvní spolupráce s lékařem (praktický lékař, event. i psychiatr) jak v DZR, tak v domovech pro seniory (dále jen „DS“),
- řešení konkrétních špatně fungujících agend na zdravotně sociálním pomezí
 - posílení spolupráce zdravotnických zařízení následné péče a sociálních služeb,

⁴¹ ALEXA Jan, REČKA Lukáš, VOTÁPKOVÁ Jana, VAN GONNEKEN Ewout., SPRANGER Anne, WITTENBECHER Friedrich. *Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition*, 2015; 17(1):1–165. World Health Organisation and European Observatory on Health Systems and Policies, ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1

⁴² FALL Falilou a GLOCKER Daniela. *Improving the Czech Health Care System*, OECD Economics Department Working Papers No. 1522. Paris: OECD Publishing, 2018. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9686b4f3-en.pdf?expires=1597144757&id=id&accname=guest&checksum=1ECD5AAD9732211C9055DE6C25A5480E>

- posilování role sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních,
- využití odbornosti geriatrů, jakožto odborníků, kteří znají sféru zdravotních služeb a zároveň mají přehled o návazném systému služeb sociálních,
- posílení paliativní péče v zařízeních sociálních služeb,
- posílení sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče tam, kde jsou pro to vhodné podmínky,
- zvážení zavedení ambulantních služeb se zaměřením na geriatrickou problematiku v oblastních nemocnicích,
- nastavení standardního předávání pacientů do péče sociálních služeb v jednotlivých regionech.

Zvýšení počtu následných (doléčovacích) a dlouhodobých zdravotnických lůžek

Současný stav nemocničního lůžkového fondu v KHK je nevyrovnaný. V oblasti akutních lůžek je stav oproti ČR nadprůměrný, v oblasti následné a dlouhodobé péče je naopak podprůměrný a geograficky nevyvážený. Zatímco akutní medicína potřebuje pro svoji dostatečnou medicínskou i hospodářskou efektivitu stále vyšší koncentraci, dlouhodobí pacienti naopak potřebují co nejtěsnější kontakt se svými blízkými. Největší deficit takovýchto lůžek je ve městě Hradec Králové, kde je LDN vytižena převážně následnými pacienty, kteří vyžadují relativně intenzivní doléčovací péči s potřebou vyšší medikace, rehabilitace a nutriční péče. Tento typ lůžek chybí ve všech okresech s výjimkou Trutnova, kde je situace kompenzována vyšším počtem akutních lůžek. Prakticky ze všech nemocnic jsou potvrzované zprávy o často obtížném propouštění pacienta, který již akutní péči nevyžaduje, zejména pokud se jedná o pacienty chirurgického typu. To ve svých důsledcích vede k prodloužení doby pobytu, která je v akutních nemocnicích KHK ze všech krajů ČR výrazně nejdelší.

Posílení oborů paliativní medicína a geriatric, domácí zdravotní péče a praktické lékařství (zejména pro dospělé)

Rozvoj medicíny a rozmach hospicového hnutí přinesl široké znalosti paliativní a terminální péče a rozpoznání blížícího se terminálního stavu, kdy je snaha po dohodě s pacientem a jeho blízkými včas začínat pozvolna tlumit intenzivní a mnohdy pacienta velmi zatěžující kauzální léčbu a přejít na léčbu udržující co nejvíce kvalitu života pacienta a jeho psychickou pohodu. Ve FN HK vzniklo nemocniční centrum, sloužící konzultačně všem oborům a je ochotné pomáhat se šířením svých zkušeností v celém kraji. Výraznou roli v této oblasti sehrává i Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, snažící se posílit paliativní léčbu i v rámci domácí péče, podobně Domácí hospic Duha, o.p.s. v Hořicích a ve Vrchlabí, Domácí hospicová péče Oblastní charity Hradec Králové, Setkání o.p.s. v Rychnově n. Kn. Podpora kraje v podobných případech formou jednorázových projektů (např. vyhlášením dotačních titulů) je žádoucí a kraj může sehrávat i roli koordinátora těchto trendů a jejich rychlejšího šíření i směrem ke standardním agenturám domácí péče a praktickým lékařům. V rámci zvýšení kapacity lůžkové hospicové péče v regionu Hradecka by měl do konce roku 2024 vzniknout lůžkový hospic v lokalitě Stěžery, a to v souladu se Strategií

Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026.⁴⁷ Hospicová péče se stala neodmyslitelnou součástí paliativní medicíny.

Velmi podobný proces je potřeba podporovat i v oblasti geriatrie, kde dostatečný počet geriatrů a popřípadě i geriatrických ambulancí v terénu či ve vazbě na lůžková zařízení může zvyšovat počet krátkodobých hospitalizací křehkých nemocných seniorů, kteří často potřebují jen krátkou intenzivní intervenci při hospitalizaci k tomu, aby se znovu vrátili do domácí léčby, dlouhodobého zařízení či pod dohled svého praktického lékaře. Pacienti, kteří potřebují paliativní nebo geriatrickou péči, trpí na konci života zbytnými opakovanými akutními hospitalizacemi bez řádného nastavení příslušné dlouhodobé léčby a dohledu. Součástí této priority by se měly stát i dlouhodobě v KHK nedostatkové ambulance bolesti.

Zvýšení počtu zdravotních sester a zajištění smluvního lékařského dohledu jak v domovech se zvláštním režimem, tak v domovech pro seniory, včetně posílení plateb z veřejného zdravotního pojištění na tyto potřeby

V dlouhodobém procesu zlepšování následné péče se lůžka LDN, původně určená pro dlouhodobou péči, postupně naplnila pacienty vhodnými spíše pro krátkodobější (cca tříměsíční) péči a lůžek s dlouhodobou ošetrovatelskou péčí není dostatek. Pacienty, kteří již nejsou pro následnou péči vhodní, zdravotní pojišťovny v tomto režimu nechtějí hradit, institut sociálního lůžka není v LDN z dlouhodobého pohledu vhodným řešením a pacienty není kam umístit. Pobytová zařízení sociálních služeb jako DZR, ale i řada DS mají těžké klienty se závislostí na péči druhé osoby III. a IV. stupně v 65–80 % ze všech klientů a v průměru mají tato zařízení dobu pobytu pacienta až tříletou, takže obměna na lůžku je minimální a navýšení počtu lůžek na pokrytí poptávky v KHK by byla potřeba v řádu mnoha set.

Výrazný dluh u těchto zařízení má však i zdravotnictví, protože počet sester je malý na takto těžkou klientelu, která se již od zdravotnických dlouhodobých lůžek téměř neliší. Stávající výši úhrad za ošetrovatelskou péči a systém regulací ZP nereaguje na tento trend a plně neuhradí náklady na zajištění zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Posílení úhrad ZP v sociálních službách (zvýšení plateb za výkony, rozšíření počtu výkonů) by mohlo vést ke snížení hospitalizací klientů sociálních služeb.

Pro DS a DZR je velmi složité navázat vhodnou spolupráci s praktickými lékaři, kteří převezmou péči o klienty těchto služeb. Je potřeba vyvinout ze strany kraje úsilí tyto problémy ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a s MPSV ČR a MZ ČR řešit. Mj. i nízká proočkovanosť seniorů na chřipku dle údajů ÚZIS ČR ve zdravotnických i sociálních pobytových zařízeních pro dlouhodobé pacienty/klienty a nedostatky, které odhalila epidemie COVID–19 dokladují, že protiepidemický dohled má v těchto situacích rezervy. Ve všech sférách sociálních i zdravotních je nutné navíc posilovat i rehabilitační

⁴⁷ *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026*. Revize č. 2 schválená Zastupitelstvem kraje dne 8. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019 [online]. Příloha č. 2. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, ©2019. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategie-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>

péči, která má velký potenciál u dlouhodobě nemocných pacientů jejich stav pozitivně ovlivňovat.

Řešení konkrétních agend na zdravotně sociálním pomezí

Vzhledem k tomu, že mechanismy a objemy plateb se mezi dlouhodobými zdravotnickými a sociálními zařízeními liší, liší se i formální procedury u pacientů / klientů obou sfér. Jednou z výrazných odlišností je např. způsob, jak se pacient stane ve zdravotnictví hospitalizovaným (z rozhodnutí ošetřujícího lékaře příslušného zdravotnického zařízení) a jak klientem pobytových sociálních služeb (po absolvování sociálního šetření, uzavření smlouvy). Operativní vyřešení případu jedince je tak mezi oběma sférami velmi obtížné a trvá dlouho. Opakovaně se objevují připomínky ze strany zdravotnických zařízení, že i s přihlédnutím k nezbytnosti formalit a nedostatku kapacit v sociální sféře by se mohly hledat cesty, jak celý proces zjednodušit, např. připravit včasný převod zdravotnického pacienta do sociálního statutu již v době, kdy je medicínsky jasný vývoj pacientova stavu. Zde by bylo vhodné využít zřizování sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (v souladu s ust. § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), a to v těch zdravotnických zařízeních, kde jsou pro to vhodné podmínky. Možným řešením je také navázání těsné spolupráce zdravotnických zařízení a poskytovatelů sociálních služeb (terénních i pobytových) v regionu – mezioborové skupiny, které plánují následnou podporu pacienta ze strany sociálních služeb. Role kraje jako mediátora by byla přínosná a bylo by vhodné, aby na půdě kraje vznikla expertní skupina s cílem odstraňování bariér mezi sociálním a zdravotním pomezím.

Rozvojový bod 3.

Vytvoření dalších minimálně 30 akutních lůžek pro obor psychiatrie v rámci Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s. a podpora dalších kroků pro posílení vládní reformy psychiatrické péče v oblasti zdravotní i sociální

Nosnou myšlenkou reformy psychiatrické péče je snížení počtu lůžek dlouhodobé psychiatrické péče a posílení akutních hospitalizací a terénní péče s cílem vrátit klienty do komunity.

Kraj se k reformě přihlásil a podpořil vznik dvou Center duševního zdraví (okresy Trutnov a Hradec Králové). Přes nadprůměrný počet akutních lůžek v KHK však zůstává výrazným celokrajským problémem nedostatek akutních psychiatrických lůžek. 63 lůžek je na Psychiatrické klinice FN HK, která byla nově postavena v r. 2010. Zbývající dvě psychiatrická oddělení v rámci Oblastní nemocnice Jičín (21 lůžek) a Oblastní nemocnice Náchod (se sídlem v Novém městě n. Metují, 30 lůžek) jsou vybavena pouze na plánovanou akutní péči a tč. je v nich uzavřeno pro nedostatek personálu celkem 16 lůžek.

V kraji je potřeba postupně vytvořit dalších 30–60 akutních lůžek pro akutní hospitalizace, které jsou nahrazovány psychiatrickými nemocnicemi mimo kraj. Dostupnost této péče by měla redukovat nadbytečné dlouhodobé pobyty v psychiatrických léčebnách a v KHK by to mělo odstranit dramatické situace při akutních příjmech, které jsou tč. možné jen na Psychiatrické klinice ve FN HK. Virtuální počet lůžek, která využívají pacienti KHK v psychiatrických nemocnicích v sousedních krajích, je cca 40 (Kosmonosy 20 lůžek a Havlíčkův Brod 20 lůžek). Záměr převést akutní pacienty do každého kraje jako součást akutních nemocnic a zajistit tak práva pacientů na řádnou geografickou dostupnost potřebné péče je součástí vládní reformy psychiatrické péče.^{33,34,35} Nutno podotknout, že dlouhodobě finančně zanedbaná psychiatrie v ČR trpí mimořádně velkým deficitem pracovníků a je jedním z oborů, které nejvíce potřebují pomoc v rámci rozvojového bodu č. 1 (podpora systému specializačního vzdělávání). Obzvláště dostupnost dětské psychiatrie je tč. v KHK velmi vážně ohrožena.

³³ *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

³⁴ *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK-2.pdf>

³⁵ *Psychiatrická péče 2017 Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-178-6.

Dodatek (březen 2021): dle sdělení ředitele nemocnice Jičín se počítá s výstavbou, příp. přestavbou lůžkového psychiatrického oddělení v Jičíně, s cílem navýšení lůžkové kapacity na cca 30 lůžek.

Psychiatrii by však měly pomoci i priority z rozvojového bodu č. 2, který směřuje k posílení celého komplexu zdravotní péče v oblasti následné a dlouhodobé lůžkové péče a k posílení péče sociální, bez které se reforma psychiatrie nemůže dokončit.

Zejména bude nezbytné posilování chráněného bydlení pro dlouhodobé pacienty psychiatrických léčení, ve kterých by v budoucnu neměli být pacienti, perzistující zde z výlučně sociálních důvodů. V nejbližších pěti letech se očekává propuštění cca 20 pacientů, z nichž část v KHK chráněné bydlení vyžadovat bude. Odbor sociálních věcí KÚ KHK je s touto možností seznámen, ale neobejde se to samozřejmě ani bez posilování zdravotnického ambulantního dohledu, dalšího rozšiřování Center duševního zdraví a dalších sociálních diferencovaných služeb podporujících potřeby spojené s bydlením.³⁶

³⁶ *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část.* Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

Rozvojový bod 4.

Posílení primárních služeb, zejména v oblasti praktického lékařství pro děti a dorost a praktického lékařství pro dospělé a posilování prevence, screeningových programů a zdravého způsobu života

Do praktického lékařství (dále jen „PL“) zasahuje personální krize zatím nejvíce a v kraji se již objevily závažné výpadky na Náchodsku a Broumovsku v oblasti PLDD. Prognózy varují před zhoršováním situace v celém kraji v nejbližších 5-10 letech, s úbytky lékařů až o 10 %. Zatímco větší nemocniční oddělení mohou výpadek ve větším kolektivu plynuleji řešit a na nějaký čas si s ním poradit, je situace v individuálních ordinacích hůře řešitelná v tom, že výpadek lékaře znamená okamžité narušení služby i v případě, kdy je na trhu práce dostatek pracovníků, natož v současné krizi. Praktičtí lékaři nejsou nahraditelní zahraničními lékaři a zastupující lékaři – důchodci též již přestávají být k dispozici.

Vládní program plánuje situaci řešit a vyhlásil opatření typu posílení kompetencí PL, posílení výkonové složky v úhradách, vytvoření motivačních faktorů pro odlehlé a neatraktivní oblasti, podpora sdružených praxí, vytvoření modelu vzdělávání pro PLDD, posílení rezidenčních míst a další.^{10,11,41,42} Připravují se i opatření, která by obory PL zatraktivnila mzdově cestou výkonů, přímo hrazených z všeobecného zdravotního pojištění (dále jen „v.z.p.“), ale i odborně, např. rozvolněním regulací povolené preskripce nebo rozsahu péče, kterou může praktický lékař poskytovat. Cílem je, aby se PL stal pro pacienta rádcem v pohybu po zdravotnickém systému, ale i v oblasti zdravého způsobu života a prevence. Bude-li úspěšný program posílení vzdělávání, které je u PL v rukou státu, bylo by možno očekávat oživení oborů přibližně v období 5 let. Pro vzdělávání PLDD je však pro úspěšný průběh vzdělávání potřeba posílit rezidenční vzdělávání v celé pediatrii, která je ve velké krizi i v nemocnicích. Pro nejbližších 5 let tedy bude kraj muset jednat se zdravotními pojišťovny o posílení úhrad v krizových lokalitách a připravit finanční rezervu pro výpadky lékařů, posílit pediatrii v nemocnicích a popřípadě i zajistit podporu dopravy pro sociálně slabší pacienty.

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

⁴¹ ALEXA Jan, REČKA Lukáš, VOTÁPKOVÁ Jana, VAN GONNEKEN Ewout., SPRANGER Anne, WITTENBECHER Friedrich. *Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition*, 2015; 17(1):1–165. World Health Organisation and European Observatory on Health Systems and Policies, ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1

⁴² FALL Falilou a GLOCKER Daniela. *Improving the Czech Health Care System*, OECD Economics Department Working Papers No. 1522. Paris: OECD Publishing, 2018. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9686b4f3-en.pdf?expires=1597144757&id=id&accname=guest&checksum=1ECD5AAD9732211C9055DE6C25A5480E>

Druhá oblast, kterou by měl KHK podpořit, je prevence, která je na praktických lékařích velmi závislá, a motivovat je k širšímu poskytování preventivních vyšetření i k propagaci zdravého způsobu života. Další úsilí KHK ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami by mělo směřovat ke kontrole provádění screeningových programů tam, kde je dnes riziko nedokonalého pokrytí. Musí si proto vybudovat vlastní monitoring, protože centrální informace jsou pro sledování příliš hrubé na to, aby mohl pro zlepšení situace provádět operativní zásahy tam, kde je situace horší než jinde v ČR, což před dvěma lety bylo např. u screeningu karcinomu prsu. Je jednoznačně prokázáno, že všechny preventivní aktivity mají mimořádně pozitivní dopad na celkové populační zdraví.

Zvláštní oblastí primární péče jsou stomatologické služby, ve kterých si KHK, paradoxně přes četné stížnosti na tuto sféru, vede lépe než průměr ČR. Ne všude je však reálná dostupnost optimální a i když je demografická prognóza počtu zubních lékařů dobrá, není jisté, zda to pomůže situaci zlepšit. Ne všichni zubní lékaři chtějí uzavírat smlouvu se zdravotními pojišťovnami a ne všichni jsou ochotní účastnit se na pohotovostních službách, které jsou přeplněné pacienty se zanedbaným stavem chrupu, díky zanedbané prevenci. Registrovanost pacientů u zubního lékaře je nízká a zubní lékaři ji nepodporují. Je evidentní, že než bude celostátně vyřešena motivace pacientů i zubních lékařů, lze na úrovni kraje případné zhoršené dostupnosti jen těžko operativně řešit a bez spolupráce ZP, zejména v neatraktivních oblastech, je to velmi obtížné.

V oblasti PLD je v diskuzích často zmiňovaná i jejich kooperace s Domácí zdravotní péčí i se službami sociálního charakteru, které mohou pomoci udržet pacienty co nejdéle nezávislé a bez nutnosti přechodu do pobytové péče.

Rozvojový bod 5.

Udržení dostatečné rezervní kapacity v Královéhradeckém kraji v oblasti porodnické a neonatologické péče a její důsledné monitorování

V KHK je tč. nedostatečná rezervní kapacita pro případ kolapsu porodnické péče. Počet porodů ve FN HK během několika let vzrostl tak, že se ocitl na hranici kapacity. Zároveň je zde hraniční kapacita neonatologické intenzivní péče, která má roli nadkrajského centra. Navíc jsou JIP vyššího stupně historicky umístěné na Dětské klinice FN HK, tj. mimo budovu porodnice, což komplikuje organizaci práce. Kapacity jsou řešitelné pouze masivní investiční akcí, na kterou v období let 2019-2020 nebyla FN HK připravena, ale byla by ji schopna připravit v případě, že z kraje vzejde jasný signál o potřebě této kapacity a případné neschopnosti ZH KHK ji zajistit z vlastních rezerv. Během přípravy Koncepce však došlo k posunu stanoviska FN HK, která přistoupila k plánování přístavby budovy PorGyn kliniky, kde dojde ke vzniku nového Perinatologického centra a k navýšení počtu porodních boxů a vytvoření Centra porodní asistence splňujícího požadavky na služby typu „porodní dům“.

Při projednávání tohoto problému, který se v posledních letech objevil při dočasných kolapsech porodnice v nemocnici Rychnov n. Kn. a v r. 2020 také v porodnici v nemocnici Trutnov, nepanovala shoda ohledně řešení mezi vedením ZH KHK a primáři gynekologických a porodnických oddělení a zástupcem ČLK z FN HK. Vše souviselo i s faktem, že porodnice v nemocnici Rychnov n. Kn. byla v posledních letech též dočasně ohrožena podlimitním stavem porodů a rizikem nedostatečného personálního zabezpečení počtu porodníků a neonatologů. Pokud se obě jmenované porodnice ZH KHK udrží, bude mít kapacita v kraji rezervy. Doposud se dařilo řešit situaci bezpečně organizačně a pro rodičky i novorozence bez hrozícího rizika, ale jen krátkodobě. Pokud by však i nadále hrozilo jedné z porodnic definitivní uzavření, bylo by nutno problém řešit prioritně, a to větší investiční akcí, ať na straně ZH KHK nebo FN HK.

Demograficky se prognózuje i pozvolný pokles počtu porodů, ale jakákoliv insuficience porodnické péče vyvolává neklid u občanů a ostré útoky politiků na zdravotnictví. Navíc od září 2020 až dosud (březen 2021) došlo k dlouhodobému výpadku porodnice v ON Trutnov, a.s. Je proto ze strany ZH KHK potřebný důkladný monitoring výkonů i počtu personálu ve všech porodnicích a neonatologických jednotkách v kraji, aby všechny případné investiční akce směřované ke stabilizaci situace byly připravovány racionálně.

Rozvojový bod 6.

Zajištění konformity rozvojových plánů Královéhradeckého kraje, Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a dalších zdravotnických zařízení v majetku kraje s plány Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci vládního dokumentu Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

Jak bylo deklarováno výše, je předkládaná Koncepce zdravotnictví KHK koncepcí celého kraje bez ohledu na vlastnictví zdravotnických zařízení, a nikoliv jen koncepcí zdravotnického holdingu, jeho nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotních služeb založených či zřizovaných KHK. Cílem KHK proto musí být snaha držet krok s hlavními rozvojovými trendy ve světě i v ČR, a to nejen u vlastních zdravotnických zařízení, ale i všech ostatních zařízení v kraji, a navíc také nejen v rozsahu a kvalitě poskytování medicínské péče, ale i v organizaci zdravotnického systému a v jeho efektivitě.

Z rozvojových záležitostí, týkajících se zdravotnického managementu běžných manažerských činností, je zde nutno zmínit vládní program Strategický záměr Zdraví 2030,^{10,11} který zmiňuje jako jeden z klíčových cílů optimalizaci zdravotnického systému a implementaci modelů integrované péče a integraci zdravotní a sociální péče. Týká se to obou největších zdravotnických zařízení v kraji, tj. ZH KHK i FN HK a jejich podílu na provozní spolupráci a společně organizovaném rozvoji. Možností, jak zefektivnit celé zdravotnictví kraje je jistě více, ale jde o to hledat cesty, které lokální situaci nejvíce vyhoví a podnětů ve Strategickém záměru MZ ČR je dostatek. Z celokrajského pohledu je pak potřeba zdůraznit významný technický požadavek na posilování výkonnosti a bezpečí informačních systémů a na možnost výměny textové a obrazové dokumentace mezi ošetřujícími lékaři. Konzultace jsou dnes bez obrazové dokumentace obtížné, zdlouhavé a nedostatek potřebné dokumentace vede ke zbytečně duplicitním vyšetřením (viz Analýza / Kapitola VII. /Úvod/Problematika spolupráce nemocnic a dalších zdravotnických subjektů v kraji).

ZH KHK musí být na vyhlášenou prioritu MZ ČR připraven, a to zejména na kroky, které se prosazují v zahraničí a vedou ke zvyšování spádu a koncentraci drahé urgentní péče v akutních nemocnicích a snaze z menších nemocnic vytvářet městská zdravotnická zařízení, která mohou zajišťovat lokálně potřebné akutní hospitalizace interního či geriatrického

¹⁰ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r, 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/ upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

¹¹ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

charakteru bez urgentní péče typu 24/7 pro ambulantní pacienty, poskytování denní pohotovostní služby, provozovat domácí ošetrovatelskou péči, eventuálně zajišťovat drobnější ambulantní nebo jednodenní plánovanou operativu, pokud není pohodlně v místě dostupná.²⁰ Vedení ZH KHK by v tom mělo jistě mít co nejvíce pravomocí, pokud nebude dělat změny, které by působily toxické politické nepokoje. S podporou vedení KHK však pozvolná optimalizace sítě zdravotnických služeb nutná bude, a to v souladu s potřebami pacientů.

Celý holding se bez dalších racionalizačních kroků v běhu času nemůže obejít a musí být podle záměrů MZ ČR připraven i na zmíněné posilování akutní nemocniční péče v centrálních okresních nemocnicích s urgentními příjmy, observačními lůžky a silnou nízkoprahovou lékařskou pohotovostní službou (dále jen „LPS“). Např. Rychnovsko, kde je velmi podobný záměr již plánován v rámci rekonstrukce nemocnice, může být pro ZH KHK dobrým pokusem, jak takovýto model vyzkoušet, byť na poměrně malém, ale dynamicky se vyvíjejícím spádovém území na hranici Pardubického kraje, kde je též problém se zajištěním některých druhů péče.²⁵

²⁰ HROBONĚ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání)

²⁵ *Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů*, tisková zpráva z 20. 12. 2019 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

Rozvojový bod 7.

Posílení připravenosti na další případné epidemické vlny COVID–19

Plán prací na Koncepci, podrobnější dostupnost operativních údajů, pracovní kapacita přípravného týmu Koncepce ani protahující se průběh epidemie neumožnily podrobněji analyzovat celý průběh epidemie a posoudit funkci jednotlivých klíčových aktérů jako Královéhradecký kraj a jeho bezpečnostní rada, FN HK a její Kliniky infekčních nemocí, zdravotnického ambulantního terénu KHK nebo Krajské hygienické stanice Královéhradeckého kraje.

Z náhodných poznatků o průběhu epidemie, které přípravný tým získal, a ze zdravotnických výsledků je jasné, že přes určité nervozity nedošlo k větším selháním a stanovené úkoly byly plněné dle možností. Po zdravotnické stránce je však třeba, aby expertní tým retrospektivně analyzoval vzniklou situaci, otevřeně popsal slabá místa ve vztazích a koordinaci všech aktérů, vyhodnotil fungování krizových plánů a navrhl opatření, která by při dalším případném zhoršování epidemiologické situace činnost kraje a jeho zdravotnických složek optimalizovala jak v oblasti jejich individuální činnosti, tak jejich koordinace. Na rozdíl od celostátní, výrazně zpolitizované situace, by takto mohl kraj profesionálně postupovat v duchu jedné ze základních pouček krizového managementu, že z mimořádných situací, které nekončí tragicky, lze čerpat poučení zejména tehdy, když nedojde ke kriminalizaci nebo politizaci podniknutých kroků.

Rozvojový bod 8.

Přehodnocení stávající alokace finančních zdrojů Královéhradeckého kraje pro zdravotnictví ve prospěch rozvojových bodů Koncepce a postupný útlum provozních dotací pro akutní lůžkovou péči

Ekonomická analýza doložila výjimečně vysoké provozní financování akutních nemocnic z rozpočtu KHK, které je druhé nejvyšší v ČR. Týká se převážně dotací pro nemocnice ZH KHK - ty jsou třikrát vyšší, než je průměr ČR, a přesto má část těchto nemocnic negativní výsledek hospodaření. V žebříčku krajů ČR je přitom 6 krajů, jejichž poskytovatelé akutní péče dosahují kladného hospodářského výsledku a současně je jejich dotování pod průměrem všech krajů (OLK, STČ, PAK, ZLK, HMP, JHČ). První dva jmenované kraje dotují tuto oblast dokonce jen ve výši 1/10 částky, odpovídající hodnotě dotace KHK (r. 2018, dotace přepočtené na 1 obyvatele). Analýza je obtížná, protože kraje se liší v počtu zřizovaných zdravotnických zařízení i v otázce, zda v nich existují fakultní nemocnice. Srovnatelná míra dotací do různých segmentů péče je však významným parametrem, kterým se je přinejmenším potřeba zabývat.

Příspěvek na provoz z rozpočtu KHK je naopak podprůměrný pro Zdravotnickou záchrannou službu Královéhradeckého kraje (dále jen „ZZS KHK“) a ta si přitom v rámci ČR jak hospodářsky, tak svými odbornými výsledky vede velmi dobře. Ostatní finanční příspěvky KHK jsou v celkovém objemu dotací již méně významné a pohybují se blízko průměru ČR (mírně nad průměrem následná a dlouhodobá péče, mírně pod průměrem lékařské pohotovostní služby, ambulantní péče, prevence). Investiční dotace KHK do zdravotnictví byly před zahájením financování dostavby Oblastní nemocnice Náchod a.s. nízké, což v současné době již neplatí. Pokud by kraj snížil provozní dotaci pro své nemocnice akutní péče jen na úroveň průměru ČR, získal by minimálně částku 200 mil. Kč/rok, kterou by mohl ve zdravotnictví použít jinak, zejména jako rezervu pro rozvojové koncepční body.

Pokud takto dokáže hospodařit šest krajů ČR a minimálně jedna z větších nemocnic ZH KHK i ZZS KHK, není důvod, proč by vedení ZH KHK i vedení příslušných ztrátových nemocnic nemohla hospodařit lépe bez toho, aby to v nemocnicích vyvolalo sociální rozvrat.

Pozn.: v následujících závěrečných rozvojových bodech č. 9-11 jsou soustředěny návrhy na řešení interních záležitostí ZH KHK a vedení KHK.

Rozvojový bod 9.

Výhledová projektová příprava dodatečných investic a dořešení problémů interního oddělení v Oblastní nemocnici Náchod

Lokálním problémem KHK jako zřizovatele a zakladatele zdravotnických zařízení je stav interního oddělení nemocnice Náchod. Po dlouhých odkladech a investičních problémech je dokončená miliardová investice do renovace a rozšíření hlavního areálu nemocnice. Sloučení obou areálů, o kterém se mluvilo již před padesáti lety, a které stále působí nemocnici provozní problémy, se však v postupně upravovaném projektu vyřešit nepodařilo. Uvedený problém by měl být vyřešen ve druhé etapě modernizace náchodské nemocnice. Aby však byla nemocnice kompaktní a efektivní, odhaduje se potřeba další nemalé investice. Předpokládané náklady na projektovou dokumentaci jsou 28 milionů Kč bez DPH.⁴³ V průběhu roku 2022 by mělo být započato s dostavbou a rekonstrukcí a záměrem je, aby modernizace byla dokončena v roce 2024. Jedná se o pětiletý výhled i s ohledem na skutečnost, aby projekt na dokončení nemocnice mohl využít zkušenosti provozu po dokončení investice stávající (první etapy modernizace), který bude pro nemocnici výraznou změnou. Mělo by dojít k výstavbě dalšího pavilonu a k adaptaci těch stávajících tak, aby se horní část nemocničního areálu mohla přemístit do části dolní a celá nemocnice by pak měla fungovat v jednom kompaktním areálu.

⁴³ Modernizace náchodské nemocnice bude pokračovat další etapou, tisková zpráva z 1.12.2020. Královéhradecký kraj, ©2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/kraj-volene-organy/tiskove-centrum/aktuality1/modernizace-nachodske-nemocnice-bude-pokracovat-dalsi-etapou--323541/>

Rozvojový bod 10.

Posílení koordinace zdravotní péče v Královéhradeckém kraji

Pro posílení koordinace nemocniční péče v KHK mezi FN HK, ZH KHK a dalšími lůžkovými i nelůžkovými zařízeními je potřeba na úrovni radního s gescí pro oblast zdravotnictví zřídit operativní pracovní skupinu se zdravotnickými zástupci managementů větších zdravotnických zařízení a zástupců klíčových oborů a segmentů. Ta by na základě vzniklých zkušeností systematicky analyzovala běžné provozní problémy celého systému (uzavírání lůžek, řešení problémových pacientů, identifikace zdrojů stížností, sledování výpadků kapacit apod.). Z řešení takovýchto operativních agend by průběžně vznikal seznam potřeb systému, které je potřeba řešit. Pomohlo by to zároveň i k hledání nástrojů, jak problémy silně dezintegrovaného zdravotnického systému ČR řešit ve vlastním prostředí autonomně, s pomocí KHK, reprezentantů jednotlivých segmentů a lékařské samosprávy. Takováto koordinační skupina by vedle operativních problémů měla koordinovat rozvojové plány kraje a dalších významných subjektů a zejména pak FN HK, která ve spolupráci s MZ ČR plánuje své vnitřní rozvojové projekty s dopadem na celé krajské zdravotnictví, a to jak rázu investičního (stavebního i přístrojového), tak rázu organizačního (centra vysoce specializované péče). Patří sem i koordinace specializačního vzdělávání výchovy lékařů a vzdělávání zdravotních sester na všech úrovních i koordinace a spolupráce lékařských oborů s nelékařskými obory typu fyzioterapie, klinická psychologie nebo domácí péče.

Rozvojový bod 11.

Posílení informatiky a analytických možností na půdě odboru zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje

Pro všechny jmenované úkoly, jak v roli zřizovatele zdravotnických zařízení, tak v roli krajského koordinátora zdravotnictví, by měl mít kraj k dispozici vlastní zdravotnický informační systém, který by jednoduše, přehledně a systematicky zobrazoval základní děje, které ve zdravotnictví celého kraje probíhají. S pomocí takovýchto informací je možno snáze dokladovat vývoj v čase a v porovnání s ostatními kraji a způsobem evidence based potom rozhodovat o potřebných intervencích a směřování celého systému.

Stávající zdroje z rekonstruovaného Národního zdravotnického informačního systému informační servis pro kraje zatím komplexně nedořešily, ale při spolupráci s ÚZIS ČR na Koncepti se ukázalo, že se stav zlepšuje. Na bázi odboru zdravotnictví KÚ KHK, popřípadě ve spolupráci s aparátem ZH KHK, bude potřeba pokračovat v analýze informačních potřeb a s ÚZIS ČR tento nedostatek dále řešit.

Druhou rovinou pak je dohled nad organizacemi zřizovanými nebo řízenými KHK a analýzy jejich hospodaření, zprávy o stavu personálu a zprávy o zdravotní činnosti ve formátech, srovnatelných mezi jednotlivými poskytovateli v kraji a v časových řadách. Je důležité, aby KHK měl přehled o výše uvedeném a vše, aby bylo podrobena důsledným srovnávacím analýzám. Bez takového přehledu není možné celý systém zdravotnických zařízení KHK seriózně řídit.

Do budoucna je tuto Koncepti a analýzy provedené pro potřeby KHK možno vnímat i jako pokus o vytvoření moderního souboru informací pro řízení zdravotnictví na krajské úrovni. Přes získání netradičních dat a sestavení nestandardních analytických pohledů není však tato práce zdaleka ukončena a po schválení finální podoby Koncepte by bylo potřeba dále kultivovat získané soubory informací, kriticky posuzovat nadbytečná, chybějící nebo nevalidní data a posílit tak zdravotnickou analytickou kapacitu kraje za podpory ZH KHK a FN HK.

Závěr

Aby bylo možno realizovat koncepci, která řeší budoucí směřování jakéhokoli rozsáhlejšího systému, který má problémů mnoho a zdroje pro implementování změn jsou limitované, nelze řešit vše najednou a je potřeba vyčlenit priority, které dostanou přednost. Zanedbání tohoto pravidla obvykle vede k nenaplnění plánu změn, které měly nastat. Druhé pravidlo, které platí pro tuto koncepci a zdravotnictví obecně, je, že překotnými změnami nelze narušit fungování systému, který musí průběžně plnit své základní funkce. Zatřetí, změny, které mají být prováděné, musí být dostatečně zdůvodněné a musí získat podporu lidí, kteří mohou napomáhat či naopak brzdit jejich realizaci.

Navržené změny ve fungování krajského zdravotnictví v KHK vycházejí z provedených analýz, jsou v souladu s potřebou řešení problémů zdravotnického systému v celém státě a jsou v souladu s kroky, které připravuje MZ ČR v rámci dokumentu Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030. Jsou to kroky, které nejsou vázány na některé ideologické a velmi revoluční návrhy změn, které zaznívaly v minulosti, ať ve smyslu razantní privatizace zdravotnictví, anebo naopak ve smyslu výrazně většího zapojení státu ve smyslu zrušení zdravotních pojišťoven nebo alespoň jejich fúzování do jedné centrální, event. státní zdravotní pojišťovny. Neobsahují ani změny, které by předpokládaly změnu současného rozsahu spoluúčasti pacienta ve smyslu zvýšení nebo snížení. Lze je s určitým zjednodušením nazvat jako změny technické a organizační, nebo změny apolitické, které by neměly podnítit rozsáhlé politické kontroverze. Za všemi navrženými změnami stojí jen snaha zlepšit kvalitu péče ve prospěch pacienta, zlepšit efektivitu poskytování služeb a zlepšit spolupráci poskytovatelů zdravotní péče.

Číslování jednotlivých bodů bylo zvoleno pouze pro snazší orientaci v celém textu. 11 strategických rozvojových bodů nevyjadřuje konečný počet všech potřeb krajského zdravotnictví, které musejí být určené politickou reprezentací kraje. Na základě informací obsažených v koncepci bude možno vytyčit časový rámec, rychlost změn a jejich finanční podporu, ve smyslu nastavení rozpočtu zdravotnictví v kraji tak, aby bylo možno vyváženě podpořit jak koncepční priority, tak běžný provoz, a začít detailnější přípravu jednotlivých kroků.

Jednotlivé priority koncepce budou dále rozvíjeny, a to formou samostatného implementačního plánu. Zadání takového implementačního plánu Radou KHK by tak provázalo objemnější rozvojové investice do nemocnic ZH KHK, již schválené v aktuálním seznamu záměrů (zásobník záměrů v oblasti zdravotnictví, schválený Radou KHK dne 30.11.2020) pro programové období 2021+ a též s Fondem rozvoje a reprodukce Královéhradeckého kraje tak, aby byly s koncepcí v podobě, v jaké bude schválena kompatibilní co do možného finančního objemu a časového plánu.

Seznam použité literatury a citací

1. *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2015. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Koncepce_zdravotnictvi_khk_2016_2020.pdf
2. *Analytický podklad pro Koncepti Královéhradeckého kraje 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2015 Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Analytický_podklad_koncepce_zdravotnictvi_khk.pdf
3. *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2015–2020* (přípravný analytický materiál P. Marešová, Univerzita Hradec Králové, říjen 2015), k dispozici pouze na Odboru zdravotnictví Krajského úřadu Královéhradeckého kraje
4. *Vstupní analýza lůžkové zdravotní péče v nemocnicích zřizovaných a založených MSK a návrh dalšího postupu* [online]. Odbor zdravotnictví Moravskoslezského kraje, ©2017. Dostupné z: <https://www.msk.cz/assets/temata/zdravotnictvi/vstupni-analyza-luzkove-zdravotni-pece.pdf>
5. *Střednědobá koncepce zdravotnictví Pardubického kraje* [online]. Krajský úřad Pardubického kraje, ©2010. Dostupné z: <https://www.pardubickykraj.cz/koncepce-oz>
6. *Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015–2020 /Aktualizované znění únor 2017/* [online]. Krajský úřad Jihočeského kraje, ©2017. Dostupné z: <https://www.kraj-jihocesky.cz/krajsky-urad/odbor-zdravotnictvi#koncepce-zdravotnictvi-jihoceskeho-kraje-na-obdobi-2015---2020>
7. *Optimalizace struktury poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních zřizovaných a založených moravskoslezským krajem* [online]. Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor zdravotnictví, ©2018. Dostupné z: <https://docplayer.cz/105014373-Optimalizace-struktury-poskytovane-zdravotni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-zrizovanych-a-zalozenych-moravskoslezskym-krajem.html>
8. *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2011–2015* [online]. Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s., Hradec Králové, ©2011. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/kraj-volene-organy/volene-organy/info-zastupitele/Koncepce-zdravotnictvi-KHK.pdf>
9. NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

10. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf
11. *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>
12. *SWOT analýza*. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT>
13. *Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje 2030* [online]. Centrum investic, rozvoje a inovací, ©2019. Dostupné z: https://ciri.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/1770_01770/koncepce-zdravi-khk-2020-final-verze-10-2019.pdf
14. *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*. Paříž: OECD Publishing a Brusel: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/058290e9-en>
15. *Zdravotníci volá o pomoc*, Tempus Medicorum – Časopis České lékařské komory 7–8/2017, ROČNÍK 26, s. 8-12. Dostupné online z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-07_08_17-130.pdf
16. *Euro Health Consumer Index 2018*, Report. Marseille: Health Consumer Powerhouse Ltd., 2019. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné online z: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
17. *Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje 2018*. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje ve spolupráci s Centrem investic, rozvoje a inovací KHK, Materiál pro 23. ZASEDÁNÍ ZASTUPITELSTVA 14. 10. 2019, bod č. 13, usnesení č. 23/10
18. BURCIN Boris, KUČERA Tomáš a KURANDA Jan. *Prognózy vývoje obyvatelstva Královéhradeckého kraje a jeho vybraných územních součástí na období 2018–2050*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta Katedra demografie a geodemografie, 2019. Prezentace východisek, předpokladů a výsledků prognóz, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 13. února 2019
19. DZÚROVÁ DAGMAR, HULÍKOVÁ Klára. *Covid nám už sebral 85 000 let*. Tempus Medicorum, Roč. 29, č. 12/2020, str. 5-7. Česká lékařská komora, Olomouc, ISSN 1214-7524. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_12_2020_web-170.pdf

20. HROBOŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání)

21. *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

22. ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>
<https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/vystupy-projektu>

23. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

24. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6

25. *Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů*, tisková zpráva z 20. 12. 2019 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

26. *Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR*, Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ročník 2020, částka 9, vydáno dne 31.08.2020, Dostupné z: https://zachrannasluzba.cz/wp-content/uploads/2020/09/Vestnik-MZ_9-2020_UP.pdf

27. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=z%C3%A1kon+%C4%8D.+372%2F2011>

28. Lékařská pohotovostní služba Královéhradeckého kraje – přehled [online]. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?id=314631>
29. Webové stránky České stomatologické komory / Pohotovosti [online]. Dostupné z: <https://www.dent.cz/pohotovosti/>
30. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. kapitola 5 Činnost praktických zubních lékařů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, str. 53–55. ISBN 978-80-7472-134-2- Dostupné online: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/cinzdrz2013.pdf>
31. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>
32. *Výroční zprávy Fakultní nemocnice Hradec Králové 2004–2018* [online]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2005–2019. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>
33. *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
34. *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK-_2_.pdf
35. *Psychiatrická péče 2017 Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-178-6.
36. *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část*. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>
37. *Metodické doporučení pro dlouhodobou a následnou péči*. Věstník MZ ČR, Částka 12/2019, s.116-125. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-12-2019/>
38. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, ©2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

39. WIJA Petr, BAREŠ Pavel a ŽOFKA Jan. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s., 2019. ISBN 978-80-907662-2-8. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-sociálních-a-zdravotních-sluzeb-dlouhodobé-peče-v-CR.pdf>
40. *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026. Revize č. 2 schválená Zastupitelstvem kraje dne 8. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, ©2019. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategie-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>
41. ALEXA Jan, REČKA Lukáš, VOTÁPKOVÁ Jana, VAN GONNEKEN Ewout., SPRANGER Anne, WITTENBECHER Friedrich. *Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition*, 2015; 17(1):1–165. World Health Organisation and European Observatory on Health Systems and Policies, ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1
42. FALL Falilou a GLOCKER Daniela. *Improving the Czech Health Care System*, OECD Economics Department Working Papers No. 1522. Paris: OECD Publishing, 2018. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9686b4f3-en.pdf?expires=1597144757&id=id&accname=guest&checksum=1ECD5AAD9732211C9055DE6C25A5480E>
43. Modernizace náhodské nemocnice bude pokračovat další etapou, tisková zpráva z 1.12.2020. Královéhradecký kraj, ©2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/tiskove-centrum/aktuality1/modernizace-nachodske-nemocnice-bude-pokracovat-dalsi-etapou--323541/>
44. *Koncepce domácí péče*. MZ ČR, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>
45. *Typologie strategických a prováděcích dokumentů. Metodické doporučení*. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2017. Dostupné z: https://www.mmr.cz/getmedia/a8e367ae-8c84-48f2-9ce4-5484e4d5de52/Typologie-strategicky-ch-a-provade-cich-dokumentu_final.pdf
46. *Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace únor 2021*. Vláda České republiky 19.02.2021. Dostupné z: [Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace | Vláda ČR \(vlada.cz\)](https://vlada.cz/Dobrovolnictvi-v-dobe-pandemie-aktualizace)
47. *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026. Revize č. 2 schválená Zastupitelstvem kraje dne 8. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019* [online]. Příloha č. 2. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, ©2019. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategie-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>

Poděkování

Poděkování náleží všem odborníkům, kteří se na přípravě Konceptce podíleli a bez jejichž zkušeností, podnětů a konzultací by předkládaný materiál vznikl mnohem obtížněji.

Poděkování patří i všem, kteří se účastnili projednávání a přípravy podkladů pro jednotlivé obory (zejména členům minitýmů) a všem lůžkovým zdravotnickým zařízením v KHK, která zpracovatelům Konceptce poskytla statistická data.

Děkujeme zástupcům Ministerstva zdravotnictví České republiky, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Všeobecné zdravotní pojišťovny – Regionální pobočky Hradec Králové, Svazu zdravotních pojišťoven, České lékařské komory, České stomatologické komory, Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a.s., odboru sociální věci KÚ KHK, Centru rozvoje, investic a inovací.

Záměrně v poděkování není uveden jmenný seznam všech, kdož se na vzniku Konceptce podíleli, neboť výčet odborníků by byl velmi obsáhlý a případné opomenutí jakéhokoliv odborníka by nás velmi mrzelo.