

M.C. TRITON

M.C. TRITON, spol. s r.o.
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6

telefon: + 420 255 710 600, fax: + 420 255 710 699
e-mail: info@mc-triton.cz, www.mc-triton.cz

IČ: 49622005, DIČ: CZ49622005

 **TCert** ISO 9001
Consulting Group

Kontaktní osoba:

Petr Váňa

Mobil: 603 486 482

E-mail: vana@mc-triton.cz

Koordinace a rozvoj Zdravotní péče v Pardubickém kraji



PARDUBICKÝ KRAJ

VÝSTUP Z PROJEKTU

OBSAH

1	MANAŽERSKÝ SOUHRN	4
1.1	KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ	4
1.2	DOPORUČENÍ	8
1.3	AKČNÍ PLÁN	11
2	REKAPITULACE ZADÁNÍ	12
3	POSTUP PROJEKTU	13
4	FAKTA A ZJIŠTĚNÍ	15
4.1	PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE (ZZS PK)	17
4.1.1	Fakta a zjištění	17
4.1.2	Mapa návaznosti péče	18
4.2	AMBULANTNÍ PÉČE PRIMÁRNÍ	20
4.2.1	Fakta a zjištění	20
4.2.2	Mapa návaznosti péče	21
4.3	AMBULANTNÍ PÉČE SPECIALIZOVANÁ	23
4.3.1	Fakta a zjištění	23
4.3.2	Mapa návaznosti péče	23
4.4	AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE	25
4.4.1	Fakta a zjištění	25
4.4.2	Mapa návaznosti péče	26
4.5	NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE	27
4.5.1	Fakta a zjištění	27
4.5.2	Mapa návaznosti péče	28
4.6	DLOUHODOBÁ LŮŽKOVÁ PÉČE	30
4.6.1	Fakta a zjištění	30
4.6.2	Mapa návaznosti péče	31
4.7	DOMÁCÍ PÉČE	32
4.7.1	Fakta a zjištění	32
4.7.2	Mapa návaznosti péče	32
4.8	LÁZEŇSKÁ LÉČEBNÁ PÉČE	34
4.8.1	Fakta a zjištění	34
4.8.2	Mapa návaznosti péče	34
4.9	PALIATIVNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE (HOSPIC)	36



4.9.1	Fakta a zjištění	36
4.9.2	Mapa návaznosti péče	37
4.10	CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	38
4.10.1	Fakta a zjištění	38
4.11	LÉKAŘSKÁ / LÉKÁRENSKÁ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA	39
4.11.1	Současný stav	39
4.11.2	Doporučení	39
4.12	PROHLÍDKA TĚL ZEMŘELÝCH	41
4.12.1	Současný stav	41
4.12.2	Doporučení	41
4.13	PROTIALKOHOLNÍ A PROTITOXIKOMANICKÁ ZÁCHYTNÁ SLUŽBA	42
4.13.1	Současný stav	42
4.13.2	Doporučení	43



1 MANAŽERSKÝ SOUHRN

1.1 KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ

Na základě zmapování současného stavu způsobu a úrovně návaznosti zdravotní péče v Pardubickém kraji (Pk) jsme identifikovali následující klíčová zjištění:

1. Pk má vytvořenou řadu koncepčních dokumentů, které se zabývají některými oblastmi poskytované zdravotní péče. Vznikly v různých časových obdobích (nejstarší platný materiál je z roku 2010 a nejnovější z letošního roku), odrážejí různé přístupy jejich zpracovatelů a nejsou navzájem provázané. Jedná se zejména o následující strategické dokumenty:
 - Střednědobá koncepce zdravotnictví Pardubického kraje (schválená usnesením Zastupitelstva Pardubického kraje dne 18.2.2010)
 - Koncepce lůžek následné péče v Pardubickém kraji (2013)
 - Koncepce návazné péče v Pardubickém kraji (2015)
 - Koncepce rozvoje psychiatrické péče v Pardubickém kraji pro období 2015 až 2020
 - Program rozvoje Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Fáze 2: Návrh vývoje klinických oborů a neklinických úseků v rámci NPK, a.s. (2017)
2. Velké finanční prostředky vynaložené v rámci akutní péče nejsou v rámci následné zdravotní péče efektivně zhodnocovány formou rychlého návratu „produktivních“ lidí do pracovního procesu a „neproduktivních“ lidí do vhodného sociálního prostředí.
3. Po drahé moderní, rozvinuté akutní zdravotní péči, která stabilizuje pacienta, přichází systémově špatně provázaná navazující péče (zejména legislativně a finančně), která obtížně, dlouho a často neefektivně doléčuje pacienta a vrací ho do jeho domácího prostředí, respektive předává poskytovatelům sociálních služeb.
4. Chybí systém sledování a hodnocení kvality zdravotních služeb poskytovaných jednotlivými poskytovateli napříč všemi oblastmi. Existují 3 klíčové subjekty, které spoluvytvářejí toto prostředí – instituce, které vydávají registraci poskytovatelům, zdravotní pojišťovny, které financují poskytnutou péči a MZ ČR, které vytvářejí legislativní rámec. Každý z těchto subjektů by měl mít jasně definovanou roli v systému sledování a hodnocení kvality zdravotních služeb.



5. Pk v současné době řídí zdravotnická zařízení, která zřídil, zejména prostřednictvím:
- předkládání návrhů pro jednání Rady Pk,
 - pravidelných ročních schůzek s jejich vedením, kde hodnotí uplynulé období a diskutují plán na další rok,
 - plánu a realizace investičních akcí,
 - řešení stížností
 - ad hoc porad a jednání v místě sídla zdravotnického zařízení,
 - metodické podpory, zejména v oblasti účetní, ekonomické a administrativní (ne zdravotnické).
6. Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje (ZZS Pk) zajišťuje některé činnosti, které nejsou z hlediska jejího poslání prioritní a které vážou kapacitu personálu i techniky (např. ohledání těl zemřelých, sekundární převozy, vnitronemocniční přeprava pacientů, organizace pohotovosti v oblasti zubního lékařství, apod.).
7. Spolupráci jednotlivých poskytovatelů s praktickými lékaři do značné míry komplikuje následující „vnitřní přesvědčení“ praktických lékařů:
- činnost praktického lékaře je obtížně slučitelná s jinými aktivitami v rámci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, např. lékařskou pohotovostní službou (LPS), apod.,
 - praktičtí lékaři jsou velmi vytížení, musí se především věnovat svým pacientům (problém dodržování Zákoníku práce),
 - finance (nízké úhrady za související aktivity, zejména administrativního charakteru, kterých stále přibývá).
- Poskytovatelé ostatních typů zdravotní péče tyto skutečnosti vnímají odlišně.
8. Poskytovatelé akutní, následné i dlouhodobé péče charakterizují spolupráci s praktickými lékaři jako velmi složitou, která vyplývá zejména z rozdílného individuálního přístupu jednotlivých lékařů. Možné příčiny tohoto stavu jsou:
- ne zcela jasná role praktických lékařů v systému zdravotní péče,
 - způsob financování neprovázaný s rolí praktických lékařů (včetně řady nesystémových limitů),
 - chybějící standardy primární ambulantní péče a způsob jejich prosazování do praxe.
9. Odbornou praxi praktických lékařů (rezidentů) v Nemocnici Pardubického kraje (NPK) v rámci vzdělávání vnímají obě strany odlišně – finance (problém ze strany NPK) a kvalita praxe (problém ze strany praktických lékařů).



10. Ambulantní lékaři jednotlivých odborností navzájem velmi málo spolupracují, většinou se jedná o skupiny odborníků, které komunikují zejména v rámci odbornosti mezi ambulantní a lůžkovou péčí, respektive s poskytovateli jiné odborné ambulantní péče.
11. V oblasti ambulantní péče ubývá, respektive se velice obtížně hledá náhrada praktických lékařů i odborných specialistů na periferii Pk. Pro praktické lékaře pro děti a dorost to platí na území celého Pk.
12. Řešení nedostatku lékařů, nárůstem jejich počtu z cizích zemí v ambulantní sféře, provází rizika komunikace s pacientem v ČJ, nízká kvalita poskytované péče a nedostatečná kvalifikace lékařů.
13. Kapacita ÚPS v NPK je nadměrně zatěžována výkony, které by měli zajišťovat praktičtí lékaři a ambulantní specialisté, respektive lékaři v rámci LPS.
14. V rámci NPK je nedostatečná kapacita „ventilovaných“ lůžek v rámci anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO) v nemocnici v Ústí nad Orlicí (ÚNO), což komplikuje přijímání pacientů od ZZS Pk.
15. NPK vnímá domácí péči jako velice důležitou formu zdravotní péče. Zároveň upozorňuje na její nedostatečnou kapacitu a rozdílnou úroveň poskytovaných služeb.
16. NPK a poskytovatelé následné a dlouhodobé lůžkové péče mají odlišný pohled na překlady pacientů mezi poskytovateli této péče (nesoulad v indikačních parametrech překlady, nesoulad mezi skutečným stavem pacienta a propouštěcí zprávou, vybavení pacienta léky a zdravotnickými prostředky, apod.).
17. Nemocnice v řadě případů překládají nedolčené pacienty, což způsobuje komplikace poskytovatelům navazující péče (chybí personální i přístrojové vybavení) i samotným pacientů, kteří se zbytečně vrací do akutní péče.
18. Poskytovatelé následné (zejména rehabilitační) péče říkají, že evidují velice málo pacientů z NPK – nemají přehled o tom, kam pacienti po ukončení akutní péče odcházejí.
19. Poskytovatelé dlouhodobé péče signalizují odlišný přístup a úroveň spolupráce jednotlivými nemocnicemi v rámci NPK.
20. Chybí intenzivnější diskuse a spolupráce lékaře s pacientem za to, co bude s pacientem po ukončení akutní lůžkové péče – určení a zajištění vhodné navazující péče. Problém se projevuje i v oblasti paliativní péče – většina lidí chce umřít ve svém sociálním prostředí. Problémem je, že se dozví o svém reálném zdravotním stavu pozdě (lékaři nechťejí a často neumí tyto informace sdělovat), aplikují opakovaně léčebné metody a prostředky v situacích, kdy je zřejmé, že pacientovi nepomohou, ale zbytečně ho zatěžují. Výsledkem je, že takto nemocný člověk často umírá v nemocnici, nemá možnost se připravit a důstojně dožít doma, respektive v hospici.



21. ZZS Pk i poskytovatelé paliativní a psychiatrické péče vnímají jako určitý problém přepravu těchto pacientů, pokud dojde ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Často je nejvhodnější postup dopravit pacienta k jeho ambulantnímu specialistovi, respektive praktickému lékaři, nebo do hospice. Umístění na lůžka akutní péče jeho stav většinou zhorší, respektive nezlepší.
22. Pacienti ani lékaři ambulantní a akutní lůžkové péče nemají dostatek informací o tom, jakou péči nabízí a reálně poskytují zdravotnická zařízení navazující na jimi poskytnutou péči.
23. Poskytovatelé napříč celým spektrem zdravotní péče vnímají negativně možnost umístění klientů po ukončení léčby do péče zařízení, poskytujících sociální služby (zejména pobytové).



1.2 DOPORUČENÍ

Na základě klíčových zjištění uvedených v předchozí kapitole, navrhuje zaměřit se následující oblasti a realizovat tato opatření:

A) Zlepšení spolupráce mezi poskytovateli jednotlivých forem zdravotní péče

1. Nastavit jasná očekávání Pk od jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče v regionu – to povede k efektivnějšímu využití kapacit a synergickým efektům mezi krajem zřizovanými zdravotnickými zařízeními.
2. Vytvořit a zavést do praxe „Standard předávání pacienta mezi ZZS Pk a NPK“.
3. Vytvořit a zavést do praxe „Standard překlady pacienta z lůžek akutní péče na lůžka následné a dlouhodobé lůžkové péče“.
4. Při uvažovaném snižování počtu akutní lůžek v NPK akcentovat jejich transformaci na lůžka intenzivní následné péče (včasné, krátkodobé rehabilitační péče), respektive geriatrické péče, která by zajistila jednak vhodnou přípravu pacienta pro jeho efektivní doléčení v rámci následné, respektive dlouhodobé lůžkové péče a současně pacient byl v bezprostředním dosahu akutní péče, pokud by se jeho zdravotní stav zhoršil (bez nutnosti jeho překlady mezi zdravotnickými zařízeními) – zvýšení kvality péče o pacienta a zefektivnění (zrychlení) celého procesu uzdravení pacienta.
5. Rozšířit kapacitu ventilovaných lůžek v rámci oddělení ARO v ÚNO o 4 a nasmlouvat úhrady se ZP.
6. Zmonitorovat pohyb pacientů po ukončení akutní péče v NPK ve vazbě na uvedené jednotlivé typy poskytované navazující péče. Na základě zjištěných skutečností hledat příležitosti pro větší synergie v rámci sítě zdravotnických zařízení zřizovaných Pk.
7. U poskytovatelů navazující péče zvážit rozšíření portfolia poskytovaných služeb (např. specializované ambulance, rehabilitace, domácí péče) v některých zdravotnických zařízeních dlouhodobé péče včetně jejich nasmlouvání se ZP – cílem je zatraktivnit péči pro zaměstnance (včetně získávání nových zdravotníků) i pro pacienty (provázání lůžkové a domácí péče). Uvažovat i o možných zdravotních službách přímo hrazených klientem



B) Řízení zřizovaných / založených zdravotnických organizací

8. Pk podpoří spolupráci poskytovatelů jednotlivých typů zdravotní péče – formální i neformální setkání, řešení společných témat s cílem zlepšit vzájemnou komunikaci a maximálně ekonomicky „vytěžit“ péči o pacienta ve „vlastních“ zdravotnických zařízeních.
9. Posílit Krajský úřad Pk (KÚPk) o odborníky – zdravotníky lékaře i nelékaře. Formou koordinátorů (např. externích odborných konzultantů – neformálních autorit), respektive „poradního sboru“ pro oblast přednemocniční a akutní péče a následné a dlouhodobé péče, jejichž hlavní rolí by bylo hledat možné synergie uvnitř sítě poskytovatelů (proklientské, finanční, personální, apod.) a podporovat a rozvíjet jejich vzájemnou spolupráci.
10. V rámci vlastnického řízení zřizovaných organizací poskytujících zdravotní péči se zaměřit zejména na následující oblasti:
 - Do motivace ředitelů zavést prvky podporující vzájemnou spolupráci napříč celým spektrem zdravotních služeb.
 - V rámci pravidelného setkávání s řediteli jednotlivých organizací sledovat plnění cílů v příslušném roce, získávat a poskytovat zpětnou vazbu).
 - Podpořit sdílení zkušeností a řešení společných důležitých témat – větší zapojení klíčových lidí do procesu změn, vytěžení jejich potenciálu.
11. Zvážit vytvoření nové firmy „DZS Pk“, integrovat do ní jednotlivé DZS, které dnes provozují některé organizace zřizované Pk a jednotně ji řídit v rámci celého kraje (minimalizovat využívání ZZS Pk k vnitřnemocničním a sekundárním převozům).

C) Zvyšování informovanosti

12. Zlepšit na úrovni kraje i jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče informační činnost včetně např. informačního webu (obdoba Elektronického katalogu sociálních služeb Pk) a zvýšit tak informovanost občanů a lékařů o zdravotních službách v Pk, zejména o službách, které navazují na akutní lůžkovou péči.



D) Podpora systémových změn

13. Formou dlouhodobých investic do zdravotnických zařízení následné a dlouhodobé lůžkové péče zlepšit prostředí a vybavení (zpomalit rozevírání nůžek mezi úrovní akutní a navazující péče). S ohledem na potřebný výrazně odlišný přístup k pacientovi (akutní péče vs. následná, respektive dlouhodobá péče), doporučujeme zachovat v tomto duchu specializaci jednotlivých poskytovatelů (zdravotnických organizací).
14. Zvážit sjednocení organizace pohotovostní služby v oblasti zubního lékařství v Pk v duchu toho, jak v současné době funguje v západní části Pk – ve východní části Pk soustředit tuto službu v nemocnici v ÚNO včetně vybudování zázemí pro tuto službu a zajištění jejího financování.
15. Prohlídky těl zemřelých zvážit variantu spolupráce s externím dodavatelem, který se na tuto službu specializuje – uvolnit kapacity a odpovědnost ZZS Pk.
16. Posílit kapacitu praktických lékařů a nástroje sledování a hodnocení kvality poskytované péče formou oboustranně výhodné spolupráce se „síťovými“ poskytovateli ambulantní péče.
17. Podpořit v rámci legislativních procesů změnu úhrad za ambulantní péči ve smyslu bonifikace ordinací praktických lékařů a vybraných ambulantních specialistů na periferii či na území celého kraje a tím přilákat lékaře do cílových oblastí (systémové řešení).
18. Podpořit v rámci legislativního procesu změnu kompetencí kraje (zejména u praktických lékařů či stomatologů), která by umožnila zakotvit určité specifické podmínky pro výkon příslušné praxe (např. v souvislosti s participací na LPS, kvalitou služeb, apod.) a definovala nástroje pro kontrolu vyžádání jejich plnění.



1.3 AKČNÍ PLÁN

Cílem tohoto projektu není pouze identifikovat potenciál pro zlepšení spolupráce poskytovatelů zdravotní péče v Pk a navrhnout opatření k harmonickému fungování a rozvoji zdravotní péče na území kraje ve všech jeho segmentech, ale podpořit jeho dosažení v praktickém každodenním životě.

Nástrojem pro naplnění uvedeného cíle je akční plán. Jeho úkolem je transformovat navržená doporučení do konkrétních aktivit, čímž dává návod pro jejich implementaci do praxe.

Jinak řečeno akční plán stanovuje CO, KDO a KDY má udělat, aby se očekávané změny promítly v každodenním poskytování zdravotní péče v Pk.

Akční plán je zároveň základním nástrojem pro řízení realizace změn. Slouží k zapojení dalších kompetentních lidí do projektu a zároveň slouží ke koordinaci a kontrole naplňování jednotlivých aktivit v praxi.

S ohledem na rozsah projektu a očekávání dosažení významných praktických výsledků v relativně krátkém časovém horizontu, doporučujeme zapojit do plnění akčního plánu nejen „interní“ kapacity (zaměstnance KrÚ Pk a zřizovaných / založených organizací), ale ve vybraných případech i externí odborníky a to jak zdravotníky (lékaře i nelékaře), tak i např. procesního specialistu, ekonoma, apod.

Plnění akčního plánu se samozřejmě vždy setkává s realitou, často realizace některých opatření vyvolá potřebu řešení nových témat, je vhodné, aby byla možnost na základě zjištěných odchylek tento dokument operativně aktualizovat. Optimální rozhodovací úroveň pro schvalování a aktualizaci akčního plánu je kompetence člena Rady Pk za oblast zdravotnictví.

Akční plán implementace opatření vyplývajících z dokumentu Koordinace a rozvoj zdravotní péče v Pk je proto samostatným dokumentem.



2 REKAPITULACE ZADÁNÍ

Zadání projektu lze shrnout do následujících 4 bodů:

1. Popsat podobu krajského zdravotnictví v souvislosti s realizací změn v akutní lůžkové péči (NPK, a.s.), definovat dopady změn v akutní lůžkové péči na ostatní sektory (přednemocniční, následná péče, ambulantní sektor, pohotovostní službu a navazující služby - laboratoře, doprava, domácí péče apod.). Popsat optimální vztahy mezi všemi segmenty péče, doporučit jejich vzájemné vazby, kontrolní body, metody spolupráce, eliminaci úzkých míst a možných konfliktů.

Jde zejména o následující oblasti:

- návaznost akutní a následné lůžkové péče,
 - role odborných léčebných ústavů a geriatrických center, paliativní péče,
 - vazba ambulantní a lůžkové péče,
 - lázeňská péče v Pardubickém kraji,
 - úloha, postavení nově vznikajících center duševního zdraví,
 - role praktických lékařů,
 - lékařská pohotovostní služba, úloha praktických lékařů a nemocnic, navazující lékárenská pohotovostní služba,
 - provoz protialkoholní a protitoxikomanické záchranné služby (stanice),
 - provádění prohlídek těl zemřelých,
 - zdravotnická dopravní služba,
 - přesahy mezi zdravotní a sociální péčí,
 - a jiné.
2. Navrhnout opatření k harmonickému fungování a rozvoji zdravotní péče na území kraje ve všech jeho segmentech. Přitom zohlednit reálný vliv kraje na jednotlivé sektory s ohledem na aktuální situaci v Pk (zakládání a zřizování právnické osoby) a na systém řízení a financování zdravotnictví v ČR. Důraz klást na konkrétní opatření s definicí co, kdo, kdy.
 3. Cílem není zpracovat popis, analýzu současného stavu, toto převzít z výše uvedených výchozích podkladů. Prioritou je popsat žádoucí stav a cestu jeho dosažení.
 4. Součástí projektu jsou konzultace se zainteresovanými stranami, získání jejich názorů a podnětů workshopu se zástupci poskytovatelů zdravotní péče s cílem prezentovat a společně diskutovat klíčová zjištění a návrhy opatření



3 POSTUP PROJEKTU

1. Studium vybraných strategických dokumentů Pk, týkajících se zdravotnictví.
2. Vytvoření základní mapy typů zdravotní péče v Pk.
3. Verifikace a projednání základní mapy se zadavatelem (Ing. Gregor).
4. Individuální schůzky se zástupci poskytovatelů jednotlivých typů zdravotní péče:

Účastníci	Organizace	Typ péče
MUDr. Tomáš Gottvald	NPK	akutní lůžková péče
MUDr. Vladimír Ninger, Ph.D.	NPK	akutní lůžková péče
Ing. Petr Rudzan	NPK	akutní lůžková péče
MUDr. Igor Paar	ZZS Pk	přednemocniční neodkladná péče
Ing. Ladislava Kratochvílová	ZZS Pk	přednemocniční neodkladná péče
Ing. Josef Pejchl	Vysokomýtská nemocnice	dlouhodobá lůžková péče
Mgr. Eva Havlíková	Vysokomýtská nemocnice	dlouhodobá lůžková péče
Ing. Jan Nezval	Vysokomýtská nemocnice	dlouhodobá lůžková péče
Mgr. Jana Tomšů	LDN Rybitví	dlouhodobá lůžková péče
Ing. Alfréd Mede	LDN Rybitví	dlouhodobá lůžková péče
MUDr. Jindra Kvíčalová	NNP Moravská Třebová	dlouhodobá lůžková péče
Jitka Pirošová	NNP Moravská Třebová	dlouhodobá lůžková péče
MUDr. Michaela Tomanová, MBA, Ph.D.	RÚ Brandýs nad Orlicí	následná péče - OLÚ
Ing. Lenka Smékalová	OLÚ Jevíčko	následná lůžková péče
MUDr. Martina Dia	OLÚ Jevíčko	následná lůžková péče
MUDr. Radmila Binarová	OLÚ Jevíčko	následná lůžková péče
MUDr. Jan Marek	Albertinum Žamberk	následná lůžková péče
MUDr. Václav Volejník, CSc.	Hamzova odborná léčebna	následná lůžková péče
MUDr. Jiří Košťál	Hospic Chrudim z.ú.	paliativní lůžková péče
MUDr. Marie Blažková	Hospic Chrudim z.ú.	paliativní lůžková péče
Mgr. Marie Hubálková	Oblastní charita Pardubice	domácí péče
MUDr. Petr Hejzlar	Péče o duševní zdraví, z.s.	centra duševního zdraví
MUDr. Jiří Zdražil	krajský předseda SPL ČR Pk	ambulantní péče primární
MUDr. Tomáš Rejda	předseda OSK Pardubice	ambulantní péče specializovaná
Bohdana Opočenská	Léčebné lázně Bohdaneč	lázeňská péče



5. Zpracování informací z jednotlivých jednání, shrnutí klíčových zjištění z hlediska zadání projektu a návrhy opatření.
6. Projednání prvního návrhu výstupu se zadavatelem (Ing. Valtr, Ing. Gregor).
7. Zpracování připomínek a doplnění výstupu.
8. Prezentace a projednání druhého návrhu výstupu se zástupci poskytovatelů zdravotní péče v Pk za účasti zadavatele.
9. Zpracování a předání finálního výstupu včetně návrhu akčního plánu zadavateli.
10. Účast vyžádaná zadavatelem při projednávání výstupu v orgánech Pk.



4 FAKTA A ZJIŠTĚNÍ

Základní struktura typu zdravotní péče pro účely tohoto projektu:

- I. Přednemocniční neodkladná péče – zdravotnická záchranná služba
- II. Zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení:
 1. Ambulantní péče:
 - a. primární
 - b. specializovaná
 2. Lůžková péče:
 - a. akutní intenzivní / standardní
 - b. následná
 - c. dlouhodobá
 - d. paliativní
 3. Lázeňská péče
- III. Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:
 1. Návštěvní služba jako součást primární ambulantní péče
 2. Domácí ošetrovatelská péče
 3. Domácí paliativní péče
- IV. Dopravní zdravotní služba
- V. Specifické činnosti v rámci zdravotní péče:
 1. Lékařská a lékárenská pohotovostní služba
 2. Prohlídka těla zemřelého (§§ 83-87 zákona 372/2011 Sb.)
 3. Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba
 4. Centra duševního zdraví

V praxi jednotliví poskytovatelé často realizují více typů zdravotní péče v jednom zařízení. V takovém případě je zajištění funkční návaznosti jednotlivých typů péče zcela v kompetenci příslušného poskytovatele.



V grafickém vyjádření struktury typů zdravotní péče jsou navíc zobrazeny „SOCIÁLNÍ SLUŽBY“ bez vazeb na jednotlivé typy zdravotní péče. Je to z toho důvodu, že provázání zdravotní a sociální péče je velice úzké a zároveň komplikované, včetně zcela odlišného způsobu financování. Zmapování těchto vazeb je jednak nad rámec zadání tohoto projektu (koordinace a rozvoj zdravotní péče v Pk) a jednak by bylo časově poměrně náročné.



4.1 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE (ZZS Pk)

4.1.1 Fakta a zjištění

Přednemocniční neodkladnou péči v rámci Pk zajišťuje ZZS Pk ve spolupráci s leteckou ZZS sousedních krajů.

Za uplynulých 10 let se počet výjezdů téměř zdvojnásobil – zatímco v roce 2006 evidovala ZZS Pk celkem 23 496 výjezdů, v roce 2016 to bylo 54 184 výjezdů. Zároveň se zvýšil počet posádek „v pohotovosti“ z 22 v roce 2010 na 30 v roce 2016.

ZZS Pk realizovala za poslední 3 roky v průměru 2 900 výjezdů ročně (tj. v průměru 8 výjezdů za kalendářní den), jejichž cílem jsou sekundární převozy mezi nemocnicemi, z toho cca 600 za účasti lékaře (tj. v průměru 1,6 výjezdů denně) a 2 300 bez účasti lékaře. Sekundární převozy jsou přitom často časově náročné a jejich počet rovněž narůstá (z 2 391 v roce 2009 na 2 2879 v roce 2016), což omezuje kapacitu ZZS, která má primárně sloužit k řešení život ohrožujících situací.

Předání pacienta na příslušné pracoviště v NPK je někdy problematické z hlediska prioritizace poskytnutí potřebné péče (mezioborový pacient).

Ve východní části kraje (zejména ÚNO) se často stává, že pacient, který vyžaduje péči ARO, není nemocnicí přijat z důvodů kapacitních (lůžka + přístroje, personál, smluvní podmínky se ZP) – pacient musí být převezen do vzdálenější nemocnice.

Problém jsou rovněž zásahy u intoxikovaných pacientů, kteří nejsou bezprostředně v ohrožení života ani zdraví (tudíž nejsou pacientem pro ZZS), ale situace v terénu vyžaduje poskytnutí služby (např. donucení účastníkem ohrožujícím posádku). Tyto situace se ZZS Pk daří úspěšně řešit především díky velmi dobré spolupráci s městskou policií v regionu Pk.

Problém psychiatrických pacientů – často je nejvhodnější postup dopravit pacienta k jeho ambulantnímu specialistovi, respektive praktickému lékaři. Umístění do psychiatrického lůžkového oddělení jeho stav většinou zhorší. Tuto přepravu ale neuhradí zdravotní pojišťovny. Analogicky platí i pro paliativní péči.

ZZS Pk zajišťuje činnosti související s ohledáním těl zemřelých – počet výjezdů se pohybuje na úrovni 1 200 za rok, z toho je cca 2/3 (tj. 800 výjezdů) za účelem ohledání těla mrtvého (tj. v průměru 2,3 výjezdů denně – přepočteno na kalendářní den), což blokuje kapacity zejména lékařů.

Náročnost pro lékaře se násobí v důsledku toho, že jde o činnosti s nízkou frekvencí (je třeba si připomínat) a vykonávanou i externími lékaři (nutnost edukace) – je zdrojem chyb.



Úkon ohledání a vyplnění dokumentů trvá v ideálním případě cca 0,5 hod, v průměru 1,0 hod. V případě podezření na kriminální čin se doba výkonu, respektive čekání (na příjezd specialistů Policie ČR) na možnost provést ohledání, může protáhnout na několik hodin.

Při novelizaci zákona číslo 372/2011 Sb. o zdravotních službách, kdy došlo k definování služby ohledání těla zemřelého, ZZS Pk vybrala skupinu lékařů a zajistila její proškolení v této odbornosti, záměr se ale nepodařilo realizovat v praxi (důvodem byla nedohoda mezi krajem a lékaři na výši finanční částky za poskytnuté služby).

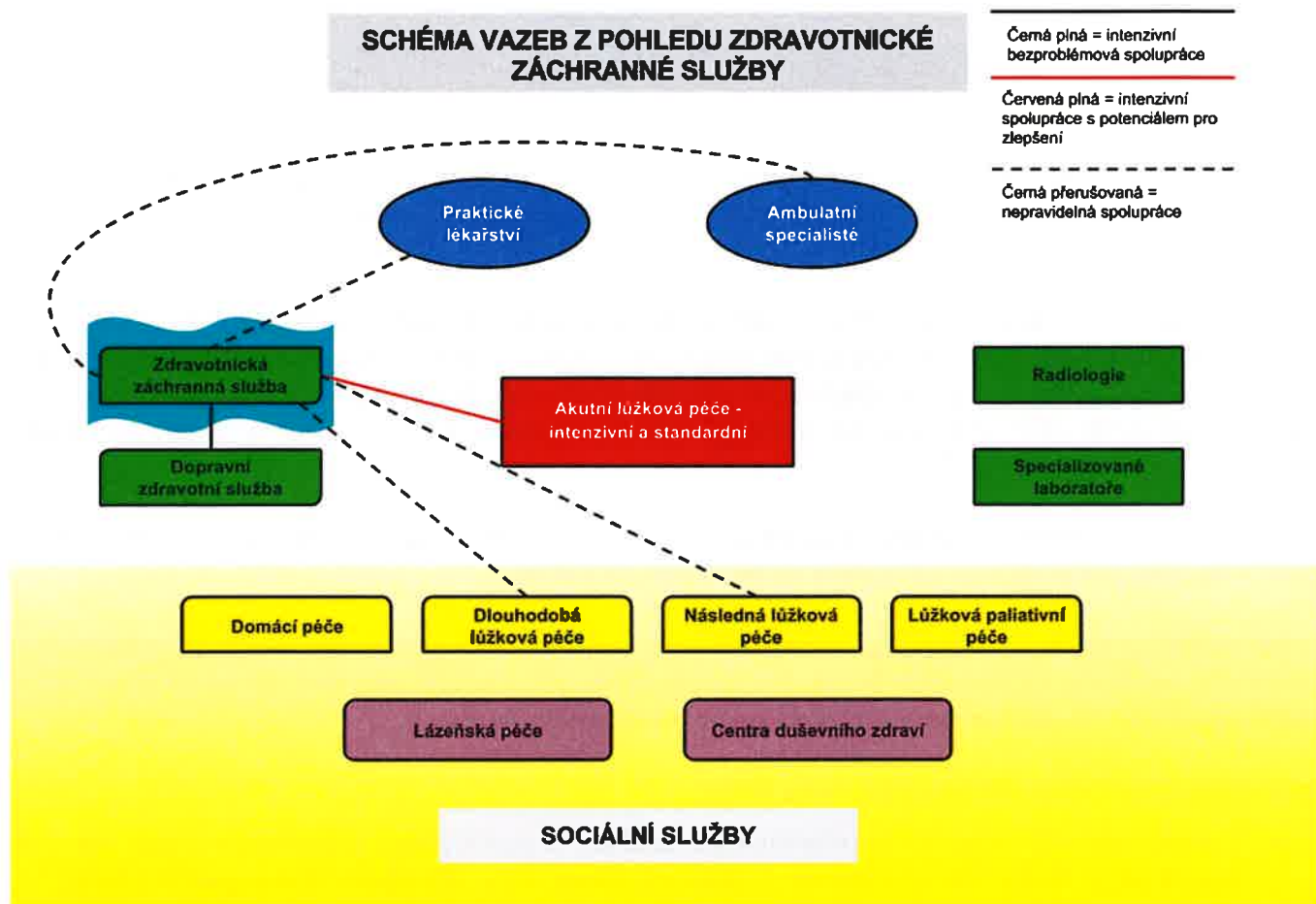
S ohledem na poměrně vysokou frekvenci těchto činností v rámci ZZS Pk by tato služba měla být zajišťována jiným způsobem.

ZZS v rámci východní části Pardubického kraje organizuje a zodpovídá za pohotovostní službu v oblasti zubního lékařství – realizaci zajišťuje prostřednictvím Oblastní stomatologické komory v Litomyšli. Lékaři v „pohotovosti“ poskytují péči ve vlastních zubních ambulancích a vykazují ji přímo zdravotním pojišťovnám.

4.1.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu přednemocniční neodkladné péče.

SCHÉMA VAZEB Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY



4.2 AMBULANTNÍ PÉČE PRIMÁRNÍ

4.2.1 Fakta a zjištění

K poskytování primární ambulantní péče v Pk bylo vydáno 315 povolení k poskytování zdravotní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro dospělé a praktické lékařství pro děti a dorost.

„Premisa“ zástupce praktických lékařů – činnost praktického lékaře je obtížně slučitelná s jinými aktivitami v rámci sítě poskytovatelů zdravotních služeb (např. LPS, apod.) – hlavním důvodem je kapacita (praktičtí lékaři jsou velmi vytížení, musí se především věnovat svým pacientům, problém dodržování Zákoníku práce) a dále finance (nízké úhrady za související aktivity). Poskytovatelé ostatních typů zdravotní péče tyto skutečnosti vnímají odlišně.

V minulosti byla prakticky nemožná komunikace se ZZS (personifikováno do osoby bývalého ředitele ZZS), v současnosti očekávají od nového vedení změny k lepšímu.

Záměr realizovat službu ohledání těla zemřelého prostřednictvím sítě praktických lékařů a ambulantních specialistů ztroskotat na financích (nízké úhrady ze strany ZP a kraje), nicméně zástupce praktických lékařů signalizuje, že jejich ochota zapojit se do této služby dále existuje.

Spolupráce s nemocnicí má některá kritická místa:

- Zapojení do LPS – nevyřeší ani připravované centrální urgentní příjmy (odbornost – praktik nemůže sloužit sám), řešení vidí ve službách praktických lékařů v tzv. nízkoprahovém urgentním příjmu.
- Vzdělávání lékařů (stáže v nemocnicích) – ochota, kapacita, obsah (něco je reálně naučit, ne pouze administrativu), finance nejsou problém.

Spolupráce s ostatními lůžkovými zařízeními funguje formou „požadavku“ objednatele, doporučuje zařízení na principu „kdo nabízí lepší a dostupnější služby“ (zpětná vazba od pacientů). Obdobně funguje i vazba na ambulantní specialisty, radiologii a specializované laboratoře. Obecně – funguje tržní prostředí.

Praktičtí lékaři často obtížně umísťují své klienty v zařízeních poskytujících sociální služby (dlouhé čekací lhůty).

Spolupráce v oblasti domácí ošetrovatelské péče je hodnocena pozitivně, ulehčuje praktickým lékařům práci, ale jsou velké rozdíly v kvalitě a musí se kontrolovat. Funguje tržní prostředí a lze si vybírat mezi poskytovateli.



Kapacita jednoho hospice v Pardubickém kraji je dostatečná. Význam mobilních hospiců je velký, ale chybí jasné finanční a legislativní podmínky poskytování této péče (např. o pacienta se stará „mobilní hospicový tým“, ale odpovědnost zůstává na praktickém lékaři, přestože u léčby není).

Praktičtí lékaři jsou v současné době nedostatečně zapojeni do LPS, ohledání těla zemřelého, apod. Důvody, které uvádějí, jsou:

- chybějící kapacita („příliš mnoho kmenových pacientů“),
- nedostatečná finanční odměna za uvedené služby.

Velké rozdíly v kvalitě poskytované péče (domácí péče, dopravní zdravotní služba, ambulantní specialisté, specializované laboratoře).

Nedostatečná ambulantní kapacita některých odborností – kardiologie, psychiatrie, angiologie.

4.2.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu primární ambulantní péče.

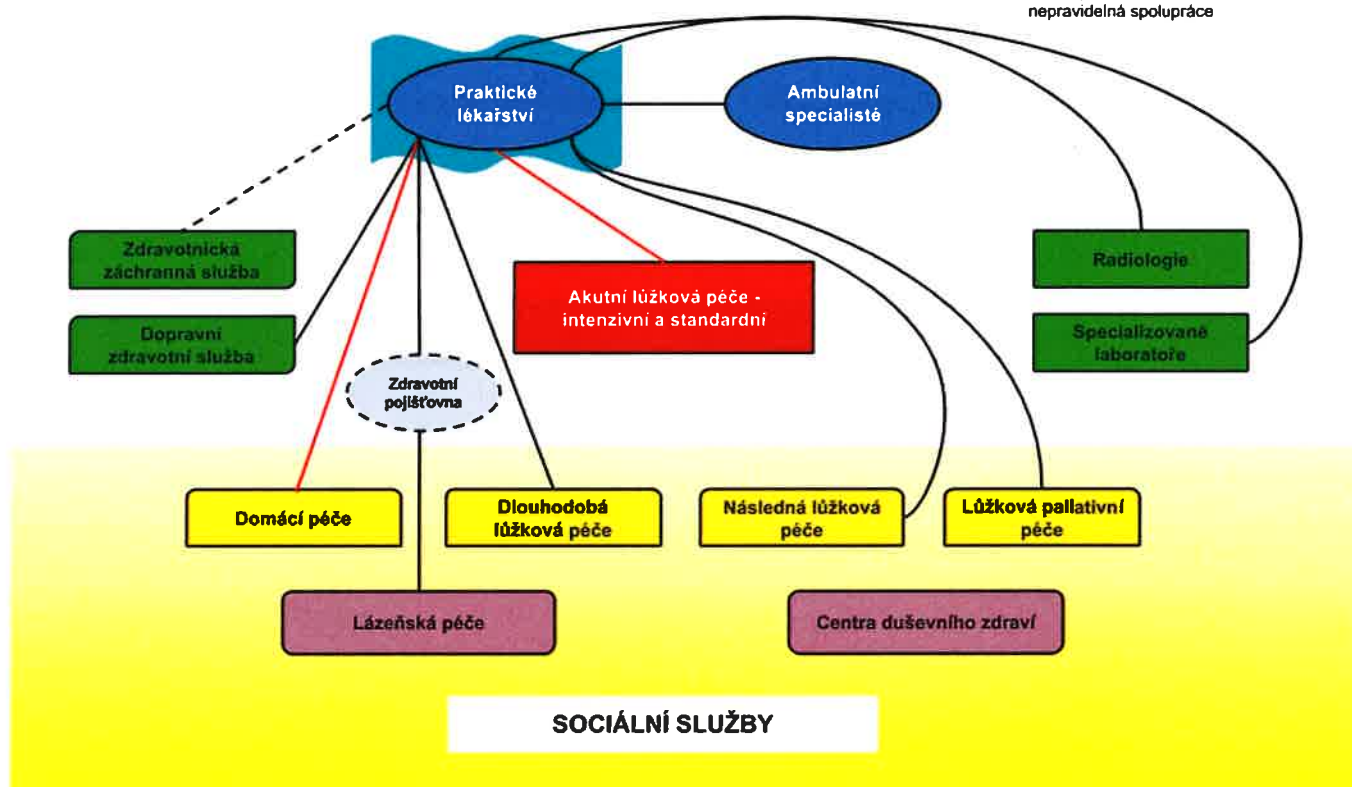


SCHÉMA VAZEB Z POHLEDU PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ

Černá plná = intenzivní bezproblémová spolupráce

Červená plná = intenzivní spolupráce s potenciálem pro zlepšení

Černá přerušovaná = nepravidelná spolupráce



PARDUBICKÝ KRAJ

Koordinace a rozvoj zdravotní péče v Pardubickém kraji

8281_listopad_2017

© M.C.TRITON, spol. s r.o.

4.3 AMBULANTNÍ PÉČE SPECIALIZOVANÁ

4.3.1 Fakta a zjištění

Skupina ambulantních specialistů podle odbornosti je velice široká. Skupiny lékařů podle odbornosti jsou více či méně organizované a prakticky nelze nalézt průsečíky jejich společných aktivit či zájmů.

Navíc lékaři jednotlivých odborností navzájem jen velmi málo spolupracují, většinou se jedná o „uzavřené“ skupiny odborníků, které komunikují zejména v rámci odbornosti mezi ambulantní a lůžkovou péčí, respektive s poskytovateli primární ambulantní péče.

Jednou z nejlépe organizovaných „odborností“ jsou stomatologové. Proto jsme jako reprezentanta ambulantní specializované péče, vybrali právě tuto odbornost.

Počet stomatologů považuje za dostatečný, problém je dostupnost péče v okrajových částech kraje – mohly by řešit zdravotní pojišťovny ve spolupráci s Pk.

Riziko vidí v nárůstu počtu stomatologů z východních zemí, kteří nemají potřebnou kvalifikaci pro výkon povolání (v některých případech nevěrohodné doklady o vzdělání a praxi).

Odlišný způsob zajištění i financování pohotovostní služby v oblasti zubního lékařství ve východní a západní části Pk. Průměrně na jednoho stomatologa vychází jedna služba za čtvrtletí.

4.3.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu specializované ambulantní péče.

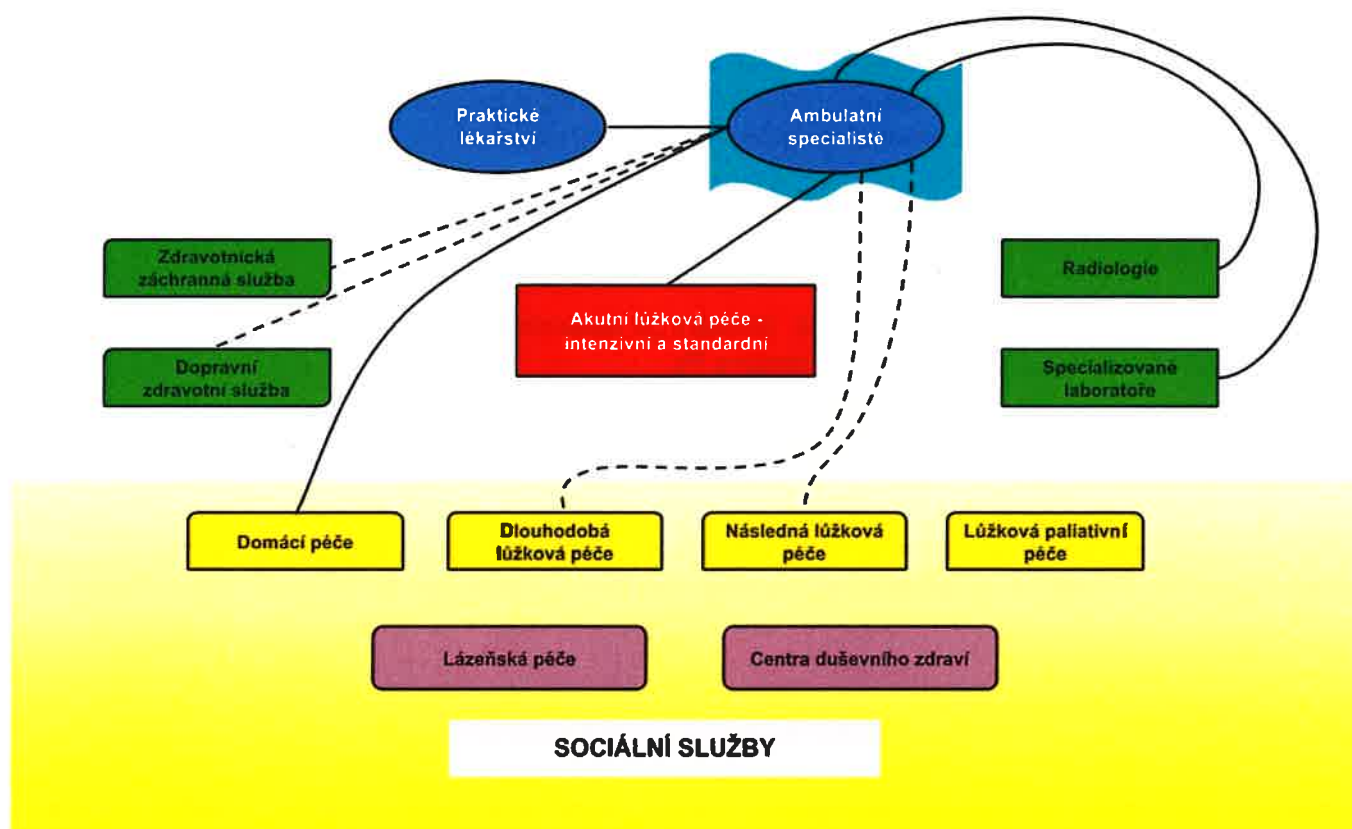


SCHÉMA VAZEB Z POHLEDU AMBULANTNÍCH SPECIALISTŮ

Černá plná = intenzivní
bezproblémová spolupráce

Červená plná = intenzivní
spolupráce s potenciálem pro
zlepšení

Černá přerušovaná =
nepravidelná spolupráce



4.4 AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE

4.4.1 Fakta a zjištění

Akutní lůžkovou zdravotní péči v Pk zajišťuje jediný poskytovatel – NPK.

Nejasná role praktických lékařů v systému poskytované péče včetně distribuce financí – generuje nárůst ambulantních výkonů zejména v kontextu (době) ÚPS, z toho cca 50% by měl ošetřit praktický lékař, respektive ambulantní specialista (neměli by se dostat vůbec dostat k vyšetření v rámci ÚPS).

Rovněž do zajištění LPS by se měli více angažovat praktičtí lékaři – pacienti chodí přímo do nemocnic (ÚPS).

NPK vnímá nedostatečnou kapacitu lůžek s intenzivní péčí (ARO), což způsobuje třecí místa ve vztahu k ZZS Pk při umísťování „ventilovaných“ pacientů.

Poznámka: počet „ventilovaných“ ARO lůžek ve spádové oblasti ÚNO je 7 a ve srovnatelné spádové oblasti Litomyšl + Svitavy je 10.

Dopravní zdravotní služba je ve východní části regionu součástí nemocnic, v západní části regionu není a proto spolupracují se soukromými poskytovateli – protože je ekonomicky výhodná uvažují o jejím poskytování nemocnicí i v západní části regionu (např. formou akvizice existující firmy).

NPK má vytvořené funkční vazby na centra superspecializované péče.

NPK podporuje rozvoj a posílení domácí ošetrovatelské péče (účelné a efektivní) – doporučuje standardizovat (existuje řada poskytovatelů s odlišnou úrovní kvality služeb) a zároveň zvyšovat kapacitu.

NPK říká, že poskytovatelé následné a dlouhodobé péče mají nedostatečnou kapacitu lůžek (i personálu), odmítají náročné pacienty (vazba na platby od ZP), je potřeba najít shodu na indikačních parametrech pro překlady pacientů.

Soukromé poskytovatele v oblasti laboratoří využívají pouze pro některá specializovaná vyšetření (malý objem i frekvence), radiologii nevyužívají jinou než vlastní. Zároveň upozorňují na neefektivní využívání vyšetřovacích metod (radiologie a laboratoře) v celé síti poskytovatelů zdravotní péče zřízených Pk – úvahy o jeho centralizaci.

Centra duševního zdraví určitě budovat a rozvíjet – rizikem může být nedostatek odborného personálu a jeho případné „přetahování“ z NPK do těchto center.

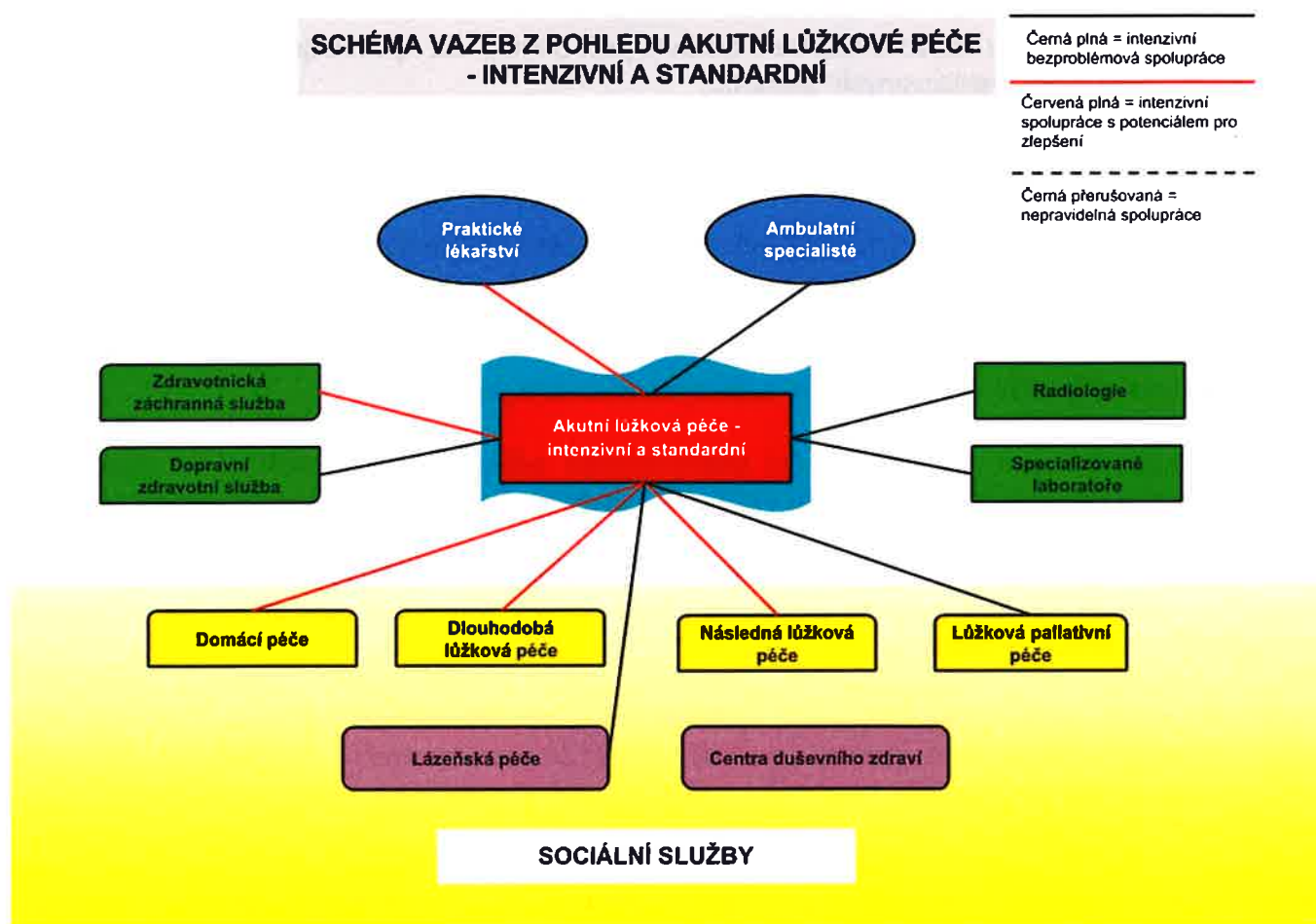


NPK signalizuje nedostatečnou kapacitu mobilní paliativní péče. Nezbytné zároveň bude její legislativní dořešení a finanční zajištění.

NPK ve své strategii předpokládá přeměnu nadbytečných akutních lůžek na následnou péči a geriatrické oddělení.

4.4.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu akutní lůžkové péče.



4.5 NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

4.5.1 Fakta a zjištění

Následnou lůžkovou péči zajišťuje v Pk celkem 5 poskytovatelů, přičemž Pk je zřizovatelem 4 z nich.

Patří sem:

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí
Odborný léčebný ústav Jevíčko
Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
Nemocnice Pardubického kraje
Hamzova léčebna Košumberk (MZ ČR)

Následná lůžková péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí (citace zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách).

Poskytovatelé následné lůžkové péče vnímají lázně jako konkurenci co do rozsahu poskytované péče. Výrazná odlišnost je však v kvalitě a intenzitě poskytované péče (je mimo jiné dáno i požadavky na personální a technické vybavení). Lázeňskou péči vnímají spíše jako „dlouhodobější doladování zdravotního stavu“ a relaxační a wellnessovou záležitost. Přitom řada poskytovatelů lázeňské péče dnes rozšiřuje svoje služby o následnou lůžkovou péči.

Řada praktických lékařů nerozlišuje mezi následnou lůžkovou péčí a lázeňskou péčí a preferuje i na základě historických zkušeností lázně.

Většina klientů přichází od praktických lékařů (po schválení revizním lékařem ZP), respektive ambulantních specialistů a dále od poskytovatelů akutní lůžkové péče (často s nereálným očekáváním od následné lůžkové péče – „tak jsem tady a dejte mě za čtrnáct dní dohromady“).

V poslední době se stále častěji stává, že pacient je ošetřujícím lékařem odkázán na to, aby si sám (bez jakéhokoliv doporučení) vyhledal vhodného poskytovatele následné zdravotní péče.

Je evidentní i trend, kdy z nemocnic přichází stále více „nedoléčených“ pacientů, kteří dále vyžadují akutní péči. Důvody jsou pravděpodobně finanční a personální (nedostatek kvalifikovaného personálu v NPK). To se samozřejmě promítá do zvýšených nároků v následné péči zejména na:



- kapacitu odborného personálu
- léky a zdravotnický materiál
- potřebnou zdravotnickou techniku

Poskytovatelé zřizování Pk evidují nízký podíl pacientů, kteří přicházejí z NPK (poskytovatelé následné lůžkové péče nemají informace o tom, kam jsou odesíláni pacienti z NPK).

ZP limitují ve smlouvách s poskytovateli následné lůžkové péče dobu pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení. Na základě odborného zdůvodnění lze dobu prodloužit – každá ZP se chová trochu jinak.

Po ukončení následné lůžkové péče řada pacientů potřebuje další péči, ať už domácí nebo lůžkovou (dlouhodobou následnou lůžkovou péči, sociální péči) – řeší příslušní sociální pracovníci. V oblasti sociálních služeb je evidentní výrazný nedostatek kapacit.

Kraj 1x za 1/2 roku shromažďuje přehled stížností a pochval od uživatelů služeb, ale nejde o systémovou práci se ZV a kvalitou služeb.

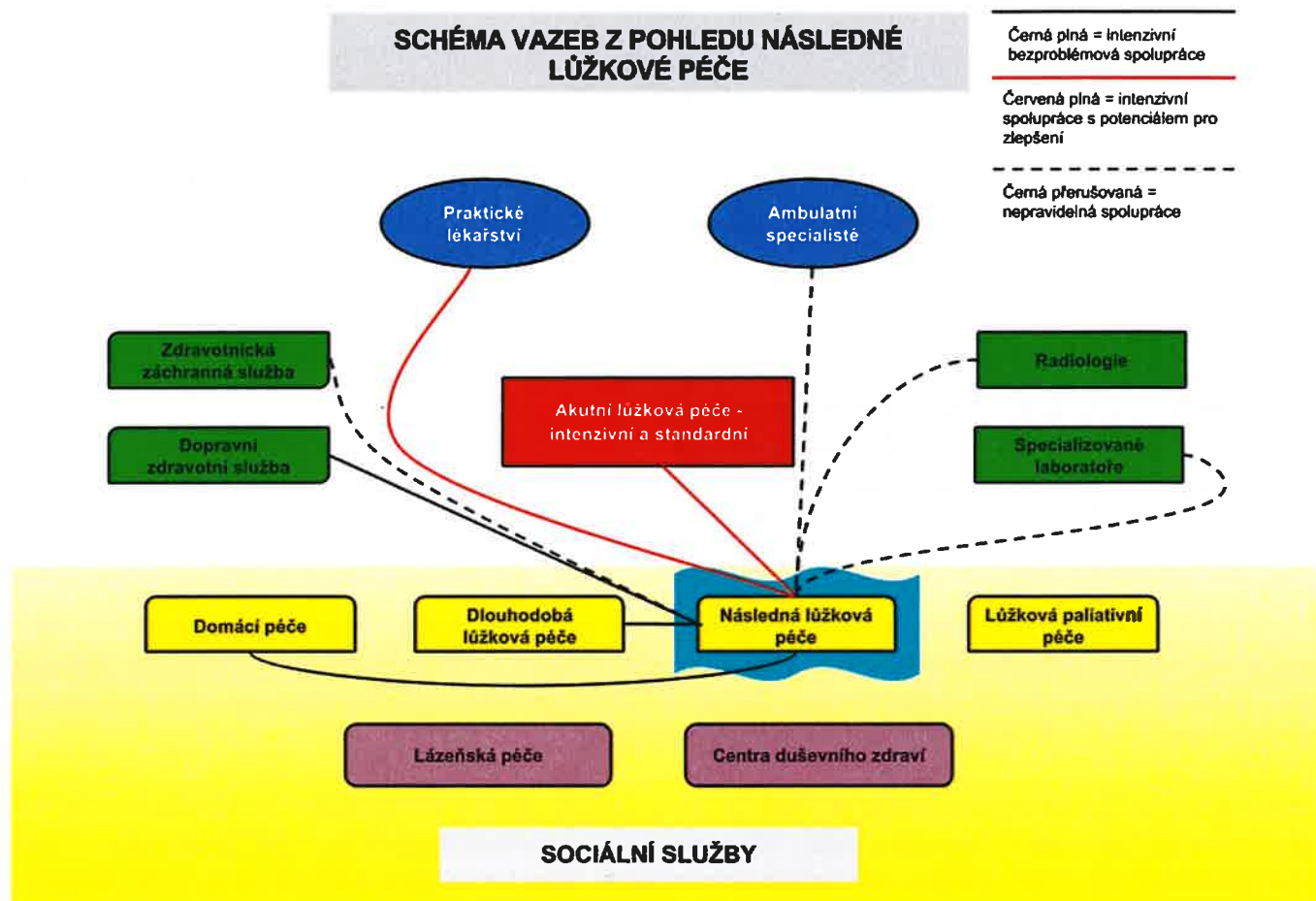
Překladové zprávy z nemocnic nejsou standardizovány, někdy charakterizují stav pacienta optimističtěji než je realita (lékaři OLÚ si často pomocí cílených otázek např. po telefonu zjistí reálný stav, nicméně jde o důsledek znalosti prostředí a praxe lékaře.

Zástupci poskytovatelů zřizovaných krajem se setkávají 1x ročně se zástupci zřizovatele (vedoucí odboru zdravotnictví + ekonom odboru zdravotnictví), kde řeší aktuální rok z hlediska finančního a projednávají výhled na další období zejména v oblasti investic.

4.5.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu následné lůžkové péče.

SCHÉMA VAZEB Z POHLEDU NÁSLEDNÉ LŮŽKOVÉ PÉČE



4.6 DLOUHODOBÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

4.6.1 Fakta a zjištění

Dlouhodobou lůžkovou péčí zajišťuje v Pk celkem 7 poskytovatelů, přičemž Pk je zřizovatelem prvních 5 z nich.

Patří sem:

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví
Vysokomýtská nemocnice
Nemocnice následné péče Moravská Třebová
Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
Nemocnice Pardubického kraje
AESKULAP spol. s r.o. – Léčebný ústav v Červené Vodě
Poličská nemocnice, s.r.o.

Dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí (citace zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách).

Lze konstatovat, že dlouhodobá péče je podfinancovaná a její úroveň neodpovídá „21. století“ (prostředí, vybavení, personál, rozsah zdravotní péče). Mezi jednotlivými zařízeními (poskytovateli) jsou velké rozdíly dané řadou faktorů (např. stavebními dispozicemi objektů, strukturou péče nasmlouvané u ZP, kvalitou zdravotnického personálu, apod.).

Dlouhodobá péče není vnímána poskytovateli zdravotní péče jako rovnocenná zdravotnická služba pro akutní či ambulantní péči. Veřejnost má velmi málo informací o této zdravotní službě. Pro politickou reprezentaci to není „zajímavá“ oblast zdravotnictví. Pomohla by edukace pacienta v rámci akutní péče o tom, co může reálně očekávat v rámci dlouhodobé péče.

Po ukončení dlouhodobé lůžkové péče řada pacientů potřebuje další péči, ať už domácí nebo sociální – řeší příslušní sociální pracovníci. V oblasti sociálních služeb je evidentní výrazný nedostatek kapacit.

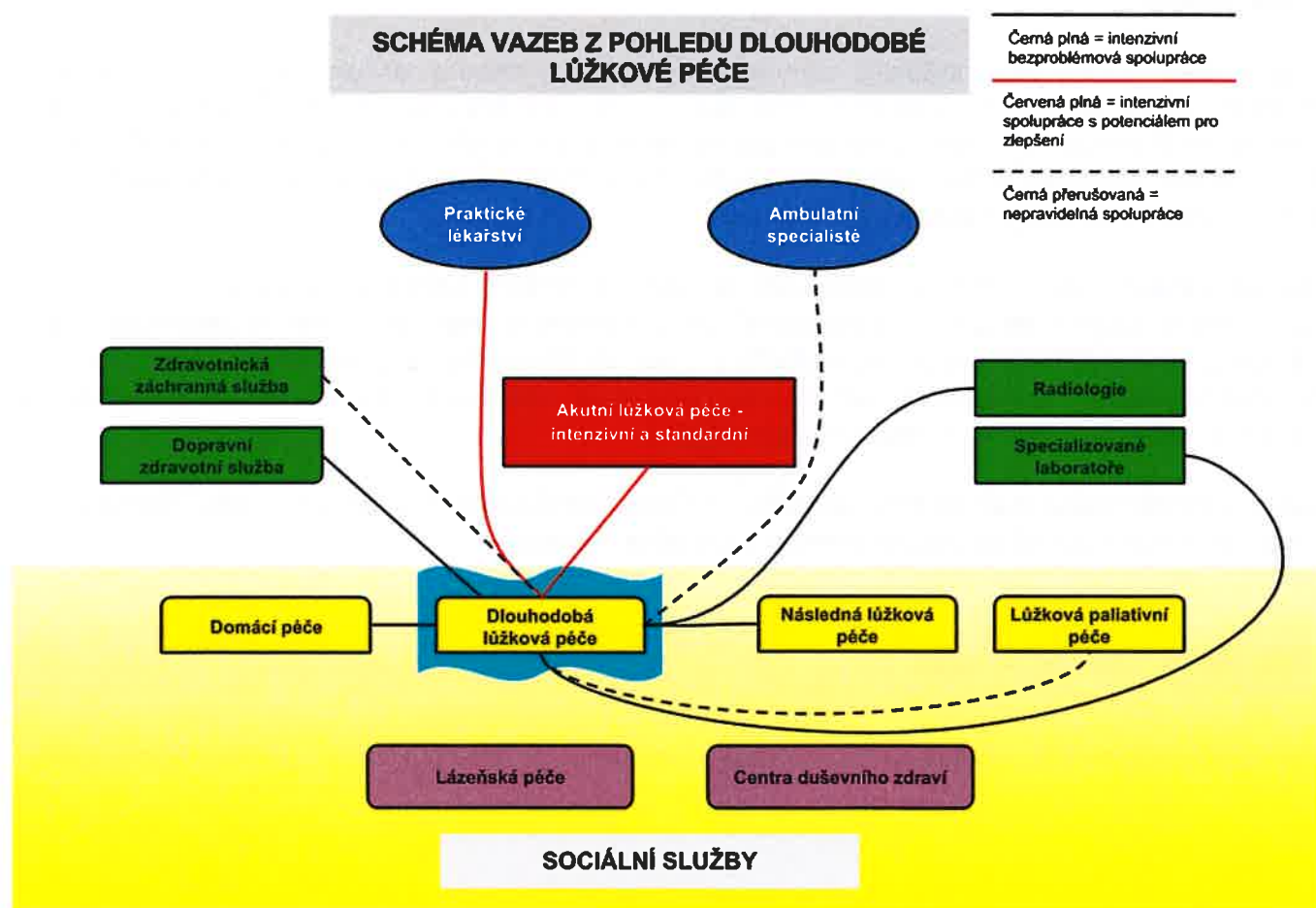
Poskytovatelé vnímají odlišnou úroveň spolupráce s jednotlivými nemocnicemi v rámci NPK hodnoceno způsobem komunikace a organizace (např. při překladu pacienta poptají sociální sestry všechny poskytovatele v kraji, následně někam pacienta umístí, ale už neinformují ostatní poskytovatele, kteří mají rezervované kapacity pro jeho přijetí), nevhodná „distribuce“ pacientů do zařízení, která nejsou vybavena na péči o těžké pacienty, apod.



Poskytovatelé charakterizují spolupráci s praktickými lékaři jako špatnou, hodně závislou na konkrétním člověku (někdo chce a funguje to, někdo nechce a „nejede přes to vlak“). Obecně je také nízká úroveň znalostí praktických lékařů o tom, co poskytovatelé dlouhodobé péče nabízí a jak fungují.

4.6.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu dlouhodobé lůžkové péče.



4.7 DOMÁCÍ PÉČE

4.7.1 Fakta a zjištění

Domácí péči zajišťuje v Pk v současné době celkem 25 registrovaných poskytovatelů (od soukromých subjektů, přes charitativní organizace, poskytovatele sociálních služeb až po město Letohrad).

Řada poskytovatelů kombinuje poskytování zdravotních a sociálních služeb.

Nevyhovující systém úhrad za péči od ZP – peníze nejdou za pacientem. Řada poskytovatelů hledá „náhradní“ způsoby financování (např. sponzorské dary), aby mohla péči poskytnout a pokryla alespoň vlastní náklady.

Poskytovatelé domácí péče nejčastěji komunikují s praktickými lékaři a poskytovateli akutní, následné a dlouhodobé zdravotní péče. I v tomto případě platí, že nejobtížnější komunikace je s praktickými lékaři (myslí si, že to je do značné míry ovlivněno špatně nastaveným systémem úhrad od ZP, kdy je praktický lékař limitován objemem indikované domácí péče). Spolupráce s poskytovateli lůžkové zdravotní péče prostřednictvím sociálních sester je na dobré úrovni.

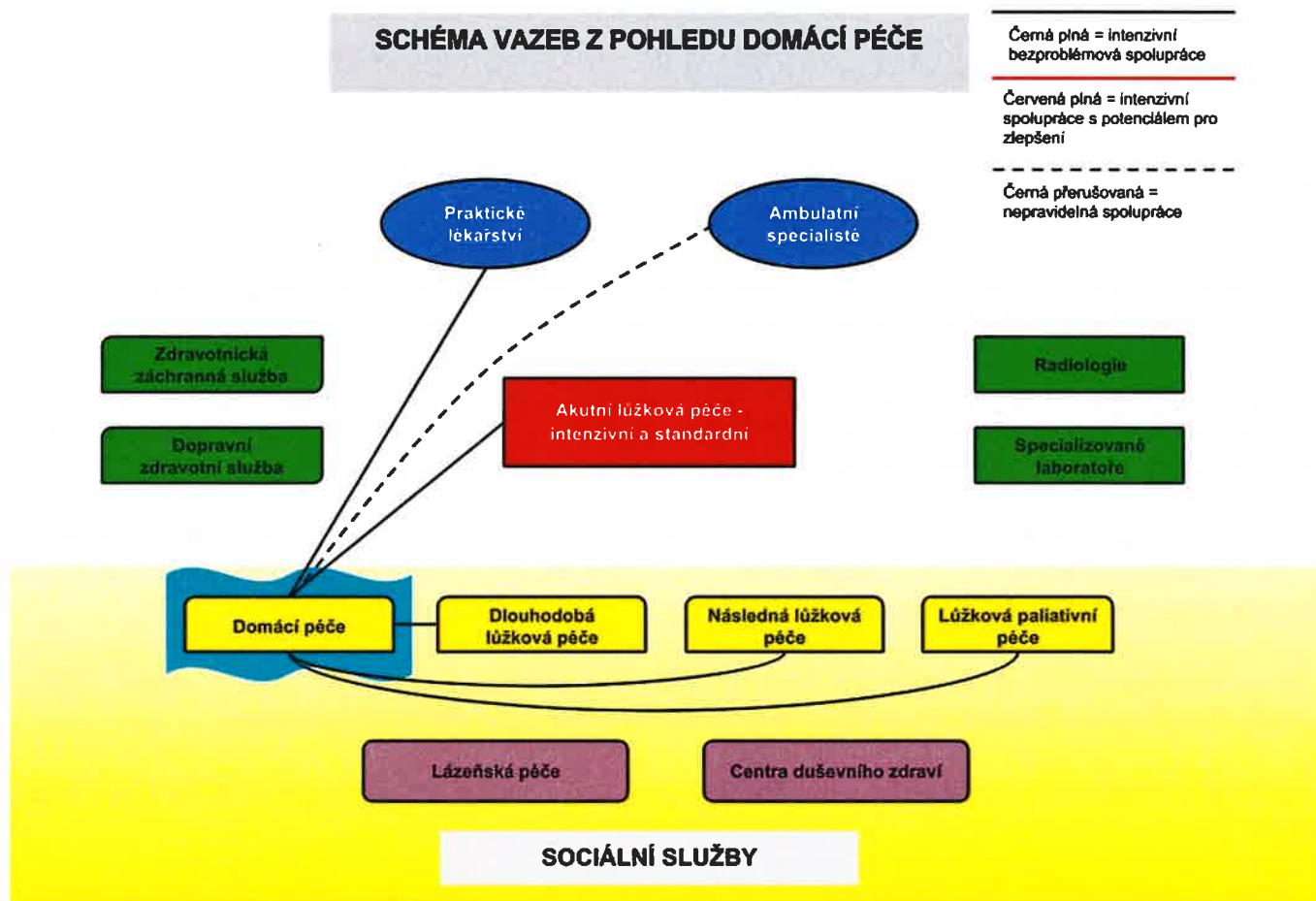
Problém paliativní péče – 80% lidí chce umřít ve svém sociálním prostředí, problémem je, že se člověk dozví o svém reálném zdravotním stavu pozdě (lékaři nechtějí a často neumí tyto informace sdělovat), aplikují opakovaně léčebné metody a prostředky v situacích, kdy je zřejmé, že pacientovi nepomohou, ale zbytečně ho zatěžují. Výsledkem je, že takto nemocný člověk často umírá v nemocnici, nemá možnost se připravit a důstojně dožít doma, respektive v hospici.

Lidé obecně mají velice málo informací o službách, které poskytovatelé domácí péče nabízejí a co od nich mohou očekávat. Rovněž se obtížně orientují v kvalitě těchto služeb.

4.7.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu domácí péče.

SCHÉMA VAZEB Z POHLEDU DOMÁCÍ PÉČE



4.8 LÁZEŇSKÁ LÉČEBNÁ PÉČE

4.8.1 Fakta a zjištění

Léčebné lázně Bohdaneč a.s. (LLB) jsou jediným lázeňským zařízením v Pk.

Lázeňská péče v ČR funguje na principu přírodních léčivých zdrojů, které jsou spolu s indikačním seznamem určující pro základní strukturu poskytovaných zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění. Jedinečností přírodních zdrojů je často dán i jejich nadregionální charakter.

LLB jsou zaměřeny na léčbu pohybového aparátu s orientací na zánětlivá revmatologická onemocnění, artrózu, vertebrogenní syndromy, Bechtěrevovu nemoc a totální endoprotézy. Zajišťují léčbu dlouhodobých potíží, předoperačních i pooperačních stavů a poúrazovou rehabilitaci.

Z hlediska spolupráce s poskytovateli zdravotní péče v Pk spolupracují LLB zejména s poskytovateli primární ambulantní péče a akutní lůžkové péče, odkud přichází jejich klienti po schválení návrhu revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny.

LLB je akciová společnost, která funguje na komerčních principech. Udržování a rozvoj vztahů s poskytovateli výše uvedených typů péče je nedílnou součástí jejich obchodní strategie.

Kromě péče hrazené ze zdravotního pojištění poskytují LLB i služby pro samoplátce, firmy či wellness pobyty.

Součástí LLB je středisko Alzheimer Care ve Svobodě nad Úpou (mimo Pk), které poskytuje kompletní péči a zdravotní dohled pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Jeho kapacita je 120 lůžek.

4.8.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu lázeňské léčebné péče.

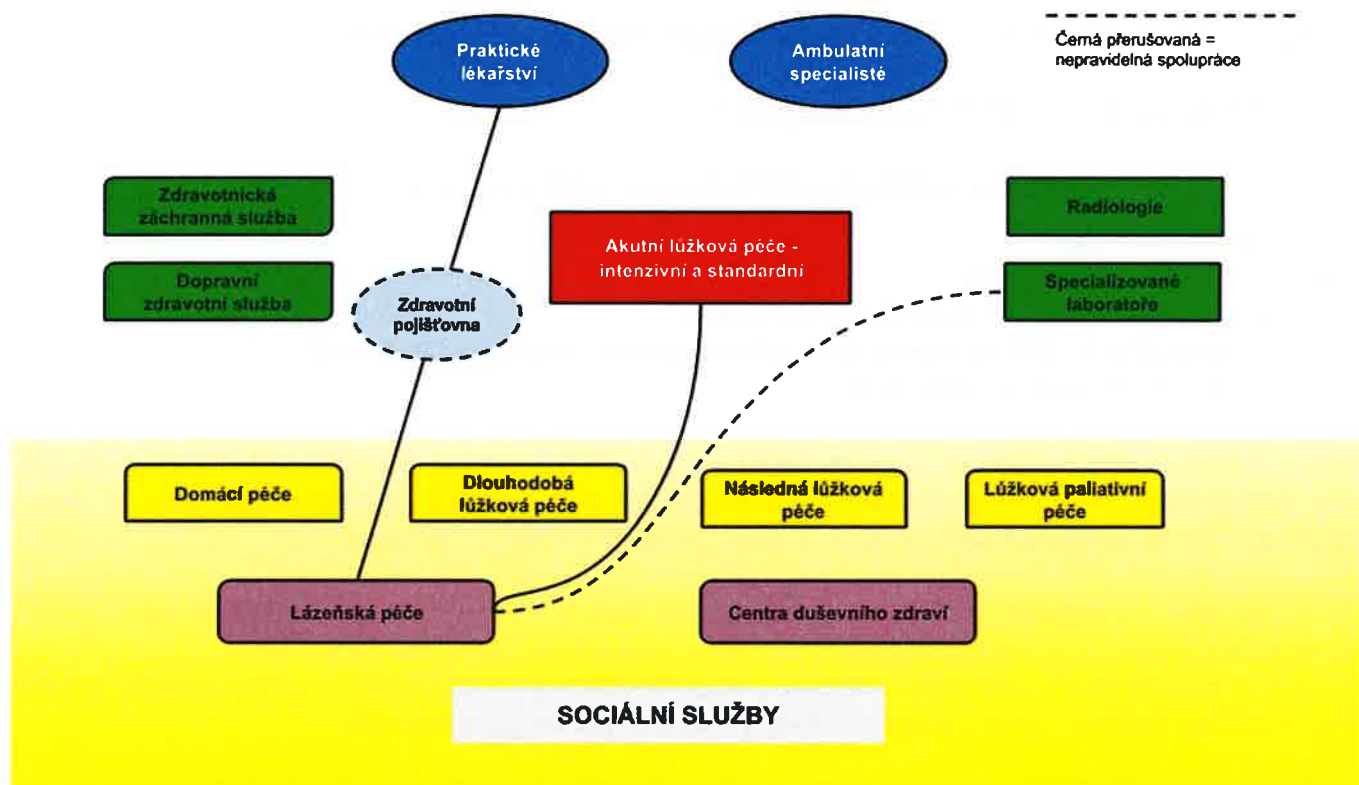


SCHÉMA VAZEB Z POHLEDU LÁZEŇSKÉ PÉČE

Černá plná = intenzivní
bezproblémová spolupráce

Červená plná = intenzivní
spolupráce s potenciálem pro
zlepšení

Černá přerušovaná =
nepravidelná spolupráce



4.9 PALIATIVNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE (HOSPIC)

4.9.1 Fakta a zjištění

Paliativní lůžkovou péči zajišťuje v Pk v současné době jeden hospic v Chrudimi.

Chybí nastavený a funkční systém paliativní péče v ČR.

Paliativní péče je v Pk v současné době zajišťována následujícími formami:

- praktickými lékaři,
- ambulantními specialisty,
- provozovateli paliativní lůžkové péče (hospic),
- provozovateli mobilní specializované paliativní péče (nově vznikající forma),
- v rámci dlouhodobé léčebné péče.

Hospic spolupracuje při přijímání pacientů nejčastěji s praktickými lékaři a poskytovateli akutní lůžkové péče, méně často s ambulantními specialisty a poskytovateli následné a dlouhodobé lůžkové péče. Úroveň spolupráce velice výrazně kolísá a je dána především lidským faktorem.

Chybí větší zájem a odpovědnost lékařů za to, co bude s pacientem po ukončení běžné zdravotní péče, kdy medicína nestačí na vyléčení pacienta a ten je ve složité zdravotní a životní situaci.

Po otevření hospice v Chrudimi vedení oslovilo a pozvalo všechny praktické lékaře v Pk k návštěvě tohoto zdravotnického zařízení („Den otevřených dveří“) – ze 300 pozvaných přišlo 8!!!

Problémem je i „nemožnost“ převézt ZZS Pk „paliativního“ pacienta, který je např. v domácím prostředí a jehož zdravotní stav se zhoršil, přímo do hospice. V těchto případech ho ZZS předá vždy do nemocnice, kde pacient buď umírá, nebo ho čeká další přeprava, tentokrát už do hospice.

V Pk chybí provázaná síť poskytovatelů paliativní péče, která by vhodnou kombinací praktických lékařů, mobilní specializované paliativní péče a lůžkové paliativní péče umožnila lidem, kteří tuto péči potřebují, důstojný konec jejich života.

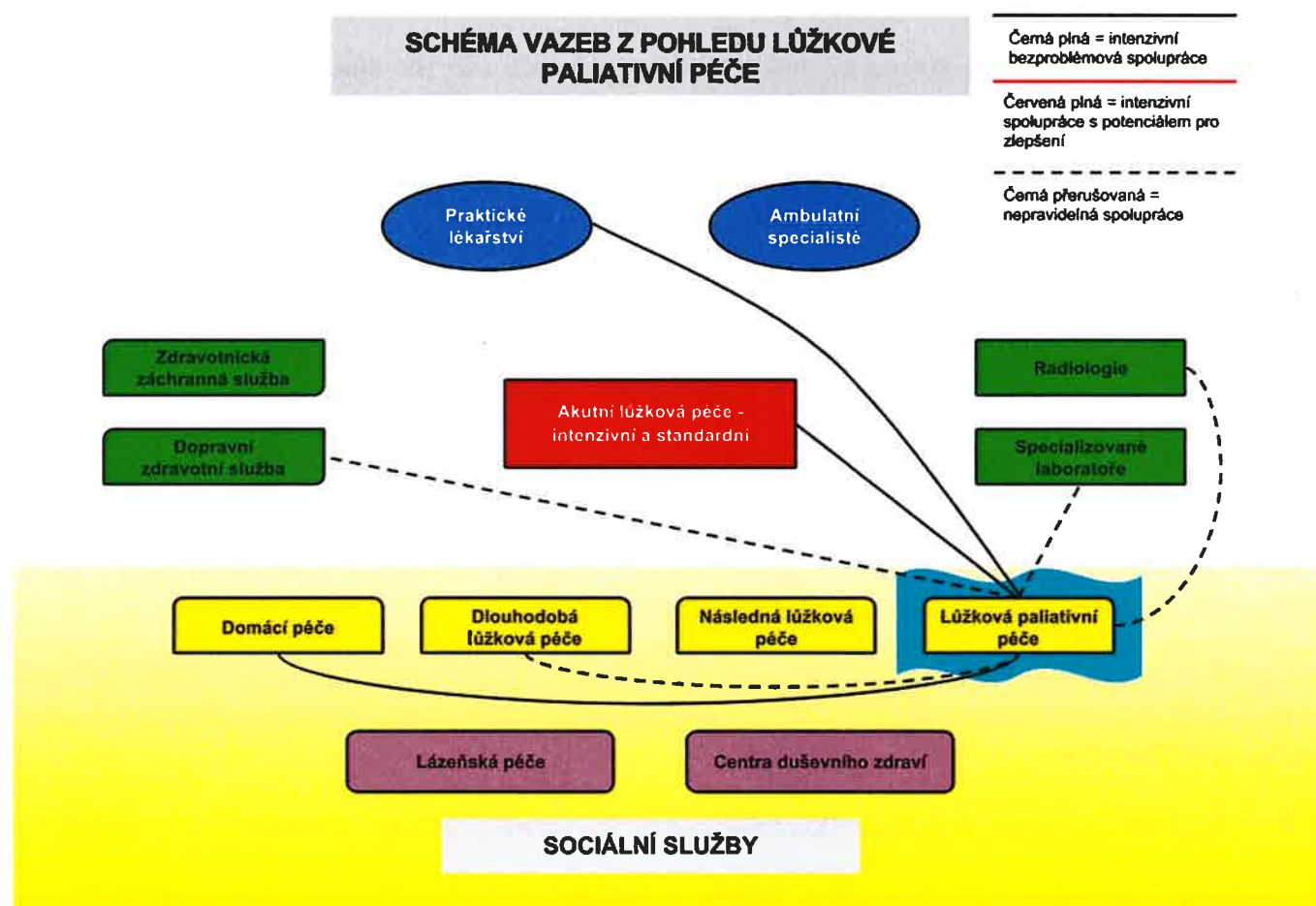
V síti poskytovatelů paliativní péče chybí ambulantní složka, která by řešila péči o pacienta v období mezi ukončením akutní péče a přijetím do hospice, respektive mobilní specializované paliativní péče.

Současný systém financování paliativní péče ze strany ZP je nedostatečný zejména u mobilní /domácí) péče.



4.9.2 Mapa návaznosti péče

Následující obrázek znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými typy zdravotní péče z pohledu paliativní lůžkové péče.



4.10 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

4.10.1 Fakta a zjištění

Projekt vybudování center duševního zdraví je ve fázi pilotních projektů (v současné době existují 3 centra v ČR mimo Pk).

Vznik prvních center a jejich provoz by měl být zpočátku financován (po omezenou dobu – do konce stávajícího programového období) za výrazné podpory EU fondů v ročním objemu cca 1,5 mld. Kč.

V Pk se připravuje vznik prvního centra duševního zdraví.

V tuto chvíli nemá zdravotní péče, která by měla být poskytována v centrech duševního zdraví, odraz v seznamu zdravotních výkonů.

Centra duševního zdraví by měla úzce propojit „terénní“ zdravotní a sociální služby. Kritickým místem se ukazuje jejich budoucí financování v kontextu s nastavením současného systému.

Terénní psychiatrická péče je mnohem účinnější a pro pacienta vhodnější, zároveň levnější než lůžková.

Ročně narůstá počet pacientů, kteří potřebují psychiatrickou péči (o 5-10% meziročně) – jde zejména o „lehčí“ diagnózy (deprese, stres, apod.), což způsobuje velký tlak na stávající ambulantní složku, která logicky nemá dostatek prostoru věnovat se „těžším“ pacientům.

V roce 2016 zveřejnilo MZ ČR Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (Věstník MZ ČR č. 5/2016 ze dne 26.4.2016), který je hodně ambiciózní a v tuto chvíli obtížně naplnitelný v praxi (personálně i finančně).

V ČR by mělo do budoucna vzniknout 100 center duševního zdraví (v každém okrese minimálně jedno).

Komunikace s praktickými lékaři je velice špatná v důsledku podceňování psychiatrické péče, kterou vnímají částečně jako sociální službu, v níž nemají důvěru a neumí ji využívat. Dalším důvodem jsou výrazně odlišné osobnosti a postoje jednotlivých praktických lékařů.

Důležitá bude spolupráce se ZZS Pk – potřeba vytvořit standard / indikaci stavů, kdy je pacient odvážen do lůžkového zařízení a kdy do Centra duševního zdraví, včetně dalšího postupu směrem k ošetřujícím lékařům. Paralelně s tím bude třeba nastavit i systém financování výkonů ZZS Pk.



4.11 LÉKAŘSKÁ / LÉKÁRENSKÁ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA

4.11.1 Současný stav

V Pk je v současnosti LPS zajištěna v rozsahu uvedeném na webových stránkách Pk (informace odboru zdravotnictví) - viz tabulka na následující stránce.

LPS pro dospělé:

- v Pardubicích zajišťuje Pardubická lékařská pohotovost, s.r.o. (mimo areál NPK),
- v Chrudimi, Svitavách, Litomyšli a Ústí nad Orlicí zajišťují NPK ve svých areálech,
- v Hlinsku zajišťuje město ve své poliklinice.

LPS pro děti a dorost je zajišťována stejně jako pro dospělé s výjimkou Pardubic, kde je zajištěna NPK ve svém areálu.

LPS v oblasti zubního lékařství:

- v západní části kraje organizačně zajišťuje Oblastní stomatologická komora se sídlem v Pardubicích v prostorách pardubické nemocnice, stomatologové zajišťují LPS na základě dohody o provedení práce s NPK, která následně účtuje poskytnutou péči zdravotním pojišťovnám,
- ve východní části Pk organizačně zajišťuje ZZS Pk ve spolupráci Oblastní stomatologickou komorou v Litomyšli, stomatologové poskytují péči ve vlastních ambulancích, tzn., že místo se mění podle toho, kdo má službu.

Praktičtí lékaři nemají zájem o práci v LPS pro dospělé z důvodu výše finanční odměny (názor zástupce praktických lékařů).

4.11.2 Doporučení

Zvážit sjednocení organizace poskytování LPS trvale na stejném místě z důvodu snadné orientace pacientů, ideálně v blízkosti poskytování lékárenské pohotovostní služby. Zároveň vyloučit z této činnosti ZZS Pk.



Přehled pohotovostních služeb

p.č.	město - region	druh PS	místo a telefon	ordinační doba		zajišťuje	odpovídá
				dny	hodiny		
1.	Pardubice	dospělí	Erno Košťála 1014, Pardubice, tel.: 466 989 000	Po-Pá So,Ne,sv.	14:00 - 22:00 10:00 - 22:00	Pardubická lékařská pohotovost, s.r.o.	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice
2.		děti a dorost	dětské oddělení nemocnice, budova č. 7, tel.: 466 015 405	Po-Pá So,Ne,sv.	16:00 - 20:00 8:00 - 19:00		
3.		zubní	ordinace je v Multioborovém pavilonu, budova č. 17, tel.: 466 015 207	Po-Pá So,Ne,sv.	17:00 - 21:00 8:00 - 18:00		
4.		lékárna	u vchodu do areálu nemocnice, tel.: 466 016 210	Po-Pá So,Ne,sv.	7:30 - 22:00 8:00 - 22:00		
5.	Chrudim	dospělí	areál nemocnice - budova ředitelství, tel.: 469 653 032	Pá So,Ne,sv.	16:00 - 20:00 8:00 - 17:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Chrudimská nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Chrudimská nemocnice
6.		děti a dorost	areál nemocnice - budova ředitelství, tel.: 469 653 031	Pá So,Ne,sv.	16:00 - 20:00 8:00 - 17:00		
7.		lékárna		Po-Pá So,Ne,sv.	x x		
8.	Svitavy	dospělí	poliklinika, Kollárova 22, Svitavy, tel.: 461 569 239	Pá So,Ne,sv.	18:00 - 21:00 9:00 - 17:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Svitavská nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Svitavská nemocnice
9.		děti a dorost	poliklinika, Kollárova 22, Svitavy, tel.: 461 569 270	Po-Pá So,Ne,sv.	x 8:00 - 18:00		
10.		lékárna		Po-Pá So,Ne,sv.	x x		
11.	Litomyšl	dospělí	areál nemocnice - budova ředitelství, tel.: 461 655 397	Po-Pá So,Ne,sv.	x 8:00 - 13:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Litomyšlská nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Litomyšlská nemocnice
12.		děti a dorost	dětské oddělení nemocnice, tel.: 461 655 253	Po-Pá So,Ne,sv.	x 8:00 - 13:00		
13.		lékárna	ústavní nemocniční lékárna, tel.: 461 655 530 a lékárny dle rozpisu ve městě	Po-Pá Čt	7:00 - 16:30 7:00 - 18:00		
				So,Ne,sv.	8:00 - 13:00		
14.	Ústí nad Orlicí	dospělí	přízemí neurologického pavilónu nemocnice, tel.: 465 710 192	Pá So,Ne,sv.	x 9:00 - 18:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Orlickoústecká nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Orlickoústecká nemocnice
15.		děti a dorost	ambulance na dětském oddělení nemocnice, tel.: 465 710 191	Po-Pá So,Ne,sv.	x 8:00 - 18:00		
16.		lékárna	nemocniční lékárna Orlickoústecké nemocnice, a.s., tel.: 465 521 007	Po-Pá Ne,sv.	7:00-17:00 8:00 - 12:00		
21.	Hlinsko	dospělí	poliklinika, Nádražní 548, Hlinsko, tel.: 469 311 444	Po-Pá	18:00 - 22:00	Město Hlinsko	Zdravotnická záchranná služba Pk
22.		děti a dorost	poliklinika, Nádražní 548, Hlinsko, tel.: 469 311 444	So,Ne,sv.	10:00 - 19:00		
23.		zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	9:00 - 13:00	Město Hlinsko	Město Hlinsko
24.	V.Mýto, Choceň, Č.Třebová, Ústí n.O.	zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	8:00 - 11:00	Oblastní stomatologická komora se sídlem v Litomyšli	Zdravotnická záchranná služba Pk
25.	Lanškroun, Letohrad, Králupy, Žamberk	zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	8:00 - 11:00	Oblastní stomatologická komora se sídlem v Litomyšli	Zdravotnická záchranná služba Pk
26.	Svitavy, M.Třebová	zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	8:00 - 11:00	Oblastní stomatologická komora se sídlem v Litomyšli	Zdravotnická záchranná služba Pk
27.	Litomyšl, Polička	zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	8:00 - 11:00	Oblastní stomatologická komora se sídlem v Litomyšli	Zdravotnická záchranná služba Pk



4.12 PROHLÍDKA TĚL ZEMŘELÝCH

4.12.1 Současný stav

Prohlídku těl zemřelých provádí v Pk lékaři zdravotnických zařízení, kde pacient zemřel, dále praktičtí lékaři u svých registrovaných pacientů (dle zákona „v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb; provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb“) a lékaři ZZS Pk.

ZZS Pk provádí ročně přibližně 1 200 prohlídek těl zemřelých. Z toho asi 800 prohlídek provádí lékař jako speciální výjezd v roli koronera. Na tuto činnost dostává ZZS Pk finanční příspěvek ve výši 2 mil. Kč od Pk. Výjezdy k provedení této služby částečně omezují kapacitu ZZS Pk při plnění jejího základního poslání, tj. zajištění přednemocniční neodkladné péče.

Praktičtí lékaři projevují neochotu zajišťovat prohlídky těl zemřelých, kterou zdůvodňují nedostatkem časové kapacity, protože musí pečovat o své kmenové pacienty. Dalším důvodem je z jejich pohledu nedostatečné finanční ohodnocení.

4.12.2 Doporučení

Zvážit zajištění prohlídek těl zemřelých externím subjektem, který se na tyto služby specializuje. Pk tím odlehčí ZZS Pk, vyřeší neochotu praktických lékařů tuto službu poskytovat a zajistí profesionální odborný výkon této zdravotnické služby.



4.13 PROTIALKOHOLNÍ A PROTITOXIKOMANICKÁ ZÁCHYTNÁ SLUŽBA

4.13.1 Současný stav

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba („záchytná služba“) byla legislativně upravena zákonem číslo 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, kterým se mimo jiné změnil i zákon číslo 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Ten v § 89a vymezuje záchytnou službu jako „zdravotní službu poskytovanou osobě, která pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek. Záchytná stanice je zdravotnické zařízení.“

Zákon dále stanoví, že záchytnou službu zajišťuje na svém území kraj v samostatné působnosti.

V Pk je v rámci této služby v provozu jedna záchytná stanice a to v Pardubicích (U Svaté Trojice 572, Svítkov) Její kapacita je 11 míst. Jejím provozováním pověřil Pk NPK.

V roce 2016 bylo v této záchytné stanici vyšetřeno celkem 1 144 osob, z toho 1 044 v ní bylo umístěno. U naprosté většiny z nich se jednalo o intoxikaci alkoholem, intoxikace jinou psychoaktivní látkou byla zjištěna jen u 72 případů.

Přesto, že se jedná o zdravotní službu, není její poskytování předmětem úhrad ze zdravotního pojištění. Náklady na její provoz jsou hrazeny z poplatků za pobyt v záchytné stanici, které hradí (tedy spíše nehradí) umístěné osoby. Jejich vymáhání je velice komplikované i s ohledem na skutečnost, že v záchytné stanici jsou často umísťovány opakovaně tytéž osoby. Na provoz tohoto zdravotnického zařízení přispívá rovněž Pk ze svého rozpočtu.

V rámci provozu je ze zákona nezbytná přítomnost lékaře 24 hod denně. V rámci NPK je provoz organizačně začleněn pod psychiatrické oddělení Pardubické nemocnice, pro které je zajištění provozu velkou zátěží s ohledem na počet psychiatrů.“

V ČR jednotlivé kraje zajišťují tuto službu různými formami:

- prostřednictvím svých zdravotnických organizací – nemocnic, ZZS (Jihočeský kraj, Moravskoslezský kraj, Zlínský kraj, Liberecký kraj)
- samostatnou příspěvkovou organizací (Královéhradecký kraj)
- ve spolupráci se státními nemocnicemi (Olomoucký kraj, Jihomoravský kraj)
- ve spolupráci s městy (Praha, Středočeský kraj, kraj Vysočina – službu zajišťuje městská organizace Služby města Jihlavy)
- prostřednictvím soukromých zdravotnických organizací (Plzeňský kraj)



- v Ústeckém kraji není, kraj se snaží prostřednictvím opakovaných výběrových řízení najít vhodného provozovatele

4.13.2 Doporučení

Zvážit snížení výše ceny za pobyt s ohledem na obtížné vymáhání a daňové zatížení (DPH) s cílem zlepšit celkové cash-flow.



