



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

M.C. **TRITON**

Střednědobá koncepce zdravotnictví Pardubického kraje (aktualizace)

Akční plán střednědobé koncepce zdravotnictví Pardubického kraje



PARDUBICKÝ KRAJ

Srpen 2022

POŘIZOVATEL DOKUMENTU:

Pardubický kraj
Komenského nám. 125
532 11 Pardubice
IČ: 70892822

Kontakt:**ZPRACOVATELSKÝ TÝM:**

M.C.TRITON, spol. s r.o.

Ing. Petr Váňa
Ing. Iva Knapová
Ing. Petr Mayer



Realizováno v rámci projektu: „Zefektivnění řízení
Pardubického kraje v samosprávných oblastech prostřednictvím tvorby strategických
dokumentů a vzděláváním projektového řízení“, reg. č. CZ.03.4.74/0.0/0.0/18_092/0014481
v souladu s Pravidly pro žadatele a příjemce Operačního programu Zaměstnanost.
Toto dílo je spolufinancováno z prostředků EU prostřednictvím MPSV ČR.

OBSAH

1.	ÚVOD	7
2.	ANALYTICKÁ ČÁST	10
2.1	ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA SOUČASNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ PK	10
2.1.1	Základní informace o Pk	10
2.1.2	Demografický vývoj	12
2.1.3	Zdravotní stav obyvatel Pk	15
2.1.4	Segmenty zdravotní péče – základní charakteristika a poskytovatelé	20
2.1.5	Řízení PZS zřizovaných, nebo založených Pk z úrovně Pk	36
2.1.6	Aktuální koncepční zdravotnické dokumenty	37
2.2	VÝVOJ VYBRANÝCH UKAZATELŮ V OBDOBÍ 2010-2020 VČETNĚ MEZIKRAJSKÉHO SROVNÁNÍ	44
2.2.1	Základní přehled poskytovatelů zdravotní péče v Pk	44
2.2.2	Lůžková péče	52
2.2.3	Migrace pacientů za hospitalizací	57
2.2.4	Personální situace v organizacích PZS	59
2.2.5	Sledování kvality	63
2.2.6	Ekonomické parametry	65
2.2.7	Vyrovňovací platba, příspěvek na provoz	67
2.2.8	Investice	69
2.3	ANALÝZA ÚČELNOSTI A EFEKTIVITY PODPŮRNÝCH NEZDRAVOTNÍCH SLUŽEB U JEDNOTLIVÝCH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB ZŘÍZENÝCH, NEBO ZALOŽENÝCH PK	71
2.3.1	Stravování	71
2.3.2	Praní prádla	73
2.3.3	Úklidové služby	73
2.3.4	Nakládání s odpady	74
2.3.5	Ostraha objektů	74
2.3.6	Rekapitulace a shrnutí	74
2.4	ZÁKLADNÍ ASPEKTY A VÝZVY SOUVISEJÍCÍ S INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM COVID – 19 PRO ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ	75
2.4.1	Nové faktory, důsledky a dopady do zdravotnického systému	76
2.5	LEGISLATIVNĚ-PRÁVNÍ NÁSTROJE A PRÁVOMOCI STÁTU, KRAJE, OBCÍ A DALŠÍCH ODPOVĚDNÝCH A ZAJINTERESOVANÝCH SUBJEKTŮ	77
2.5.1	Role státu	77
2.5.2	Role kraje	78
2.6	KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ	81
3.	NÁVRHOVÁ ČÁST	84
3.1	VIZE ZDRAVOTNICTVÍ V PK	84

3.2	STRATEGICKÉ CÍLE ZDRAVOTNICTVÍ PK A JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO OBDOBÍ 2022 – 2030	85
3.2.1	Strategické karty	85
3.2.2	Strategické cíle	86
3.2.3	Specifické cíle pro jednotlivé segmenty zdravotní péče	88
3.3	OPATŘENÍ PRO ZVÝŠENÍ EFEKTIVITY A KVALITY VYBRANÝCH PODPŮRNÝCH NEZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V SÍTI POSKYTOVATELŮ ZŘÍZENÝCH, NEBO ZALOŽENÝCH PK	93
3.4	NÁVRH OPATŘENÍ V OBLASTI ŘÍZENÍ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE ZŘÍZENÝCH, NEBO ZALOŽENÝCH PK Z ÚROVNĚ PK	95
3.5	IDENTIFIKACE RIZIK A MINIMALIZACE JEJICH NEGATIVNÍCH DOPADŮ PŘI NAPLŇOVÁNÍ SKZ PK	96
3.6	IMPLEMENTACE A MONITORING NAPLŇOVÁNÍ STANOVENÉ VIZE A STRATEGICKÝCH CÍLŮ	97
3.6.1	Návrh postupu implementace jednotlivých opatření a aktivit	97
3.6.2	Návrh způsobu hodnocení naplňování vize a strategických cílů	97
3.7	SHRNUTÍ A ZÁVĚRY NÁVRHOVÉ ČÁSTI	98
4.	AKČNÍ PLÁN	102
4.1	NASTAVENÍ MONITORINGU A VYHODNOCOVÁNÍ PLNĚNÍ AKČNÍHO PLÁNU	102
4.2	AKČNÍ PLÁN NA OBDOBÍ 2022-2030	102
4.3	ZÁVĚREČNÁ OPATŘENÍ K REALIZACI SKZ	113

Seznam použitých zkratk

AK ČR	Asociace krajů České republiky
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
CDZ	centrum duševního zdraví
CVSP	centrum vysoce specializované péče
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSÚ	Český statistický úřad
DC	dětské centrum
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DRG	Diagnosis Related Groups
FZS UPCE	Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice
HV	hospodářský výsledek
IS	informační systém
ISO	International Organization for Standardization
IT	informační technologie
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	jednotka intenzivní péče
JOP	jiný odborný personál
KLNP	Koncepce lůžek následné péče
KÚ	krajský úřad
KZP	Kancelář zdravotních pojišťoven
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LPS	lékařská pohotovostní služba
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030
NIP	následná intenzivní péče
NNP	nemocnice následné péče
NAPAN	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020-2030
NHZ	náměstkyně hejtmána Pk zodpovědná za zdravotnictví
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
NZPOD	Nelékařští zdravotničtí pracovníci pod odborným dohledem
NZPOSZ	Nelékařští zdravotničtí pracovníci s odbornou a specializovanou způsobilostí
OLÚ	odborný léčebný ústav
OSV	odbor sociálních věcí KÚ Pk
OZ	odbor zdravotnictví KÚ Pk
OZP	ostatní zdravotnický personál
ORP	obec s rozšířenou působností
PA	porodní asistentka
Pk	Pardubický kraj
PZS	poskytovatel zdravotních služeb
RÚ	rehabilitační ústav
RV	rendez vous, setkávací systém
RZP	rychlá záchranná pomoc
SAK	Spojená akreditační komise
SKZ	střednědobá koncepce zdravotnictví
SMI	Severe mental illness (Závažné duševní onemocnění)
SZBD	střední zdravotnický pracovník bez odborného dohledu
SZÚ	Státní zdravotní ústav
THP	technicko-hospodářský pracovník

ÚKŠ	Ústřední krizový štáb
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZDS	zdravotnická dopravní služba
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPBD	zdravotničtí pracovníci pracující bez odborného dohledu
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	zdravotnická záchranná služba

ZKRÁCENÉ NÁZVY PZS

AESKULAP Červená Voda	AESKULAP spol. s r.o. – Léčebný ústav v Červené Vodě
OLÚ Žamberk	Albertinum, Odborný léčebný ústav, Žamberk
DC Holice	Dětské centrum Holice
DC Svitavy	Dětské centrum Svitavy
DC Veská	Dětské centrum Veská
Hamzova léčebna	Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé
LDN Rybitví	Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví
NNP Moravská Třebová	Nemocnice následné péče Moravská Třebová
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
OLÚ Jevíčko	Odborný léčebný ústav Jevíčko
Poličská nemocnice	Poličská nemocnice, s.r.o.
RÚ Brandýs nad Orlicí	Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí
Vysokomýtská nemocnice	Vysokomýtská nemocnice
ZZS Pk	Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje

1. ÚVOD

V průběhu roku 2009 byla vytvořena SKZ Pk, kterou 18.2.2010 schválilo Zastupitelstvo Pk svým usnesením č. Z/151/10.

SKZ Pk je strategickým dokumentem, jehož cílem bylo určit směr fungování krajského zdravotnictví a nastavit systém, který zkvalitní péči o nemocné a přitom zlepší ekonomiku jednotlivých PZS i krajského zdravotnictví jako celku. Hlavním indikátorem funkčnosti celého systému měl být podle autorů spokojený a kvalitně léčený pacient.

Uvedený dokument vznikl v době, kdy v oblasti zdravotnictví neexistoval žádný jiný koncepční dokument, což do značné míry determinovalo jeho strukturu a obsah, která se primárně zaměřila na akutní lůžkovou zdravotní péči poskytovanou nemocnicemi Pk.

V březnu roku 2013 zpracoval odbor zdravotnictví KÚ Pk hodnotící zprávu, která vyhodnocuje plnění deseti globálních cílů aktivně ovlivnitelných Pk. SKZ Pk nebyla v průběhu uplynulého období aktualizována ani pravidelně vyhodnocována. Informaci o vyhodnocení úkolů obsažených v SKZ vzalo na vědomí Zastupitelstvo Pk dne 25.4.2013 svým usnesením Z/60/13.

Hlavní změny, které v uplynulých letech nastaly a měly dopad do zdravotnictví v Pk, byly:

- Pokles počtu poskytovatelů ambulantní zdravotní péče v porovnání období 2020 a 2016 zejména v oborech všeobecné praktické lékařství (-5,4 %), praktické lékařství pro děti a dorost (-4,4 %) a stomatology (-12,0 %). Současně s tím roste i průměrný věk lékařů v těchto zdravotních službách.
- V průběhu roku 2014 proběhla fúze poskytovatelů akutní lůžkové zdravotní péče (5 nemocnic) do jedné akciové společnosti – NPK. Cílem této změny majetkoprávního uspořádání bylo:
 - snížit míru zadlužování nemocnic;
 - vytvořit vhodné prostředí pro restrukturalizaci akutní lůžkové péče v Pk, která by vedla ke zvýšení její kvality a efektivity;
 - posílit pozici při vyjednáváních o úhradách za zdravotní péči se ZP a rovněž při vyjednávání o dodacích a cenových podmínkách při nákupu léčiv, zdravotnických a dalších materiálů a služeb s dodavateli;
 - optimalizovat způsob zajištění podpůrných nezákladních služeb a snížit náklady na jejich realizaci.
- Pandemie COVID-19 od počátku roku 2020 do současnosti zásadně ovlivnila nejen celospolečenský život, ale fungování celého zdravotnického systému napříč jednotlivými typy služeb.
- V průběhu období 2010-2021 vznikla postupně řada dalších koncepčních dokumentů, které řeší vybrané oblasti zdravotní péče v regionu. Aktuální vybrané dokumenty jsou uvedeny v kapitole 2.1.6.

Účelem tohoto dokumentu je provést aktualizaci stávající SKZ Pk v kontextu ostatních existujících uvedených koncepčních materiálů a současně:

1. Definovat vizi a strategické cíle pro zdravotnictví Pk do roku 2030.
2. Stanovit priority na období 2022-2025 včetně akčního plánu.
3. Nastavit systém pravidelného monitorování a vyhodnocování jeho naplňování.

Metodika

Při zpracování tohoto dokumentu jsme postupovali v následujících krocích:

Analytická fáze:

- Identifikace potřebných dat a jejich sběr
 - Zdroje dat:
 - ÚZIS
 - ČSÚ
 - WHO
 - Výroční zprávy poskytovatelů zdravotní péče
 - Data zpracovávaná v rámci KÚPk
 - Speciálně vytvořené tabulky vyplněné poskytovateli zdravotní péče
 - Informace získané v průběhu řízených rozhovorů
 - Řízené rozhovory s vybranými zástupci Pk a poskytovatelů zdravotní péče:
 - Pk:
 - Ing. Michaela Matoušková, MPA – náměstkyně hejtmana odpovědná za zdravotnictví
 - Mgr. Bc. Pavel Čech – vedoucí odboru zdravotnictví
 - Ing. Pavel Špaček – vedoucí ekonomického oddělení odboru zdravotnictví
 - Ing. Jiří Kučera, CSc. – ekonomické oddělení odboru zdravotnictví
 - Ing. Stanislava Minaříková – ekonomické oddělení odboru zdravotnictví
 - JUDr. Jaroslav Fejt – právník odboru zdravotnictví
 - Ing. Aleš Boňatovský – vedoucí odboru krizového řízení
 - Ing. Helena Zahálková, MBA – vedoucí odboru sociálních věcí
 - Albertinum, Odborný léčebný ústav, Žamberk
Ing. Rudolf Bulíček – ředitel
 - Dětské centrum Svitavy
Mgr. Drahomíra Votřelová – ředitelka
 - Dětské centrum Veská
Mgr. Bc. Markéta Tauberová – ředitelka
MUDr. Barbora Červíčková – zástupkyně ředitelky pro oblast léčebně preventivní péče
 - Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví
Mgr. Bc. Jana Tomšů – ředitelka
 - Nemocnice následné péče Moravská Třebová
MUDr. Pavel Havíř – ředitel
 - Odborný léčebný ústav Jevíčko
Bc. Naděžda Ivkovičová – ředitelka
 - Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí
Mgr. Světlana Jeřábková – ředitelka
 - Vysokomýtská nemocnice
Ing. Josef Pejchl – ředitel
 - Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje
MUDr. Igor Paar, LL.M. – ředitel
Ing. Ladislava Kratochvílová, LL.M. – ekonomicko-technický náměstek

- Centrum duševního zdraví
MUDr. Petr Hejzlar – psychiatr
- Oblastní charita Polička
Mgr. Jitka Kosíková – vedoucí Domácího hospice sv. Michaela
- Energiea o.p.s.
Jana Černocká – zakladatelka společnosti
- Univerzita Pardubice
Doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. – fakulta zdravotnických studií
- Osobní návštěvy u jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče:
 - Albertinum, Odborný léčebný ústav, Žamberk
 - Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví
 - Vysokomýtská nemocnice
 - Dětské centrum Svitavy
 - Dětské centrum Veská
 - Nemocnice následné péče Moravská Třebová
 - Odborný léčebný ústav Jevíčko
 - Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje
- Účast na jednání kulatého stolu k paliativní péči v Pk dne 15.2.2022
- 3 workshopy s řediteli PZS následné a dlouhodobé péče v Pk včetně ředitelek DC 6.5.2022, 6.6.2022 a 20.6.2022
- Účast na pravidelných jednáních zástupců zadavatele a zpracovatele materiálu
- Analýza a vyhodnocení dat a informací včetně mezikrajského srovnání
- SWOT analýza a charakteristika současného stavu zdravotnictví v Pk

OZ Pk oslovil jednotlivé poskytovatele lůžkové zdravotní péče v Pk a následující odborníky se žádostí o sdělení připomínek k návrhu tohoto dokumentu:

Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel ÚZIS

Doc. Ing. Jana Holá, Ph.D., děkanka FZS UPCE

MUDr. Pavel Hroboň, M.S., řídící partner Advance Healthcare Management Institute

Ing. Michal Provazník, ředitel regionální pobočky VZP pro Královéhradecký kraj a Pk

PhDr. Mgr. Michaela Hofštetřová Knotková, ředitelka Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Mgr. Jitka Kosíková, vedoucí Domácího hospice sv. Michaela, Oblastní charita Polička

Ing. Helena Zahálková, MBA, vedoucí odboru sociálních věcí KÚ Pk

Mgr. Jaroslav Marek, koordinátor reformy péče o duševní zdraví, odbor sociálních věcí KÚ Pk

Zaslané připomínky byly zohledněny v konečném návrhu tohoto dokumentu.

2. ANALYTICKÁ ČÁST

2.1 Základní charakteristika současného zdravotnictví Pk

2.1.1 Základní informace o Pk

Pk zaujímá rozlohu 4 519 km² a k 30.9.2021 měl 521 435 obyvatel.

V mezikrajském srovnání je Pk co se týká rozlohy čtvrtý nejmenší z krajů a třetí nejmenší co do počtu obyvatel. Hustotu obyvatel má Pk pátou nejmenší.

Na severu sousedí s Královéhradeckým krajem a polským Dolnoslezským vojvodstvím, na západě se Středočeským krajem, na jihu s krajem Vysočina a Jihomoravským krajem a na východě s Olomouckým krajem.

Geografická mapa Pardubického kraje
Geographical map of the Pardubický Region



Pk zahrnuje území čtyř okresů – Pardubice, Chrudim, Ústí nad Orlicí a Svitavy.

Pk je tvořen 451 obcemi, z toho je 15 ORP – Česká Třebová, Hlinsko, Holice, Chrudim, Králíky, Lanškroun, Litomyšl, Moravská Třebová, Pardubice, Polička, Přelouč, Svitavy, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto a Žamberk.

Administrativní mapa Pardubického kraje



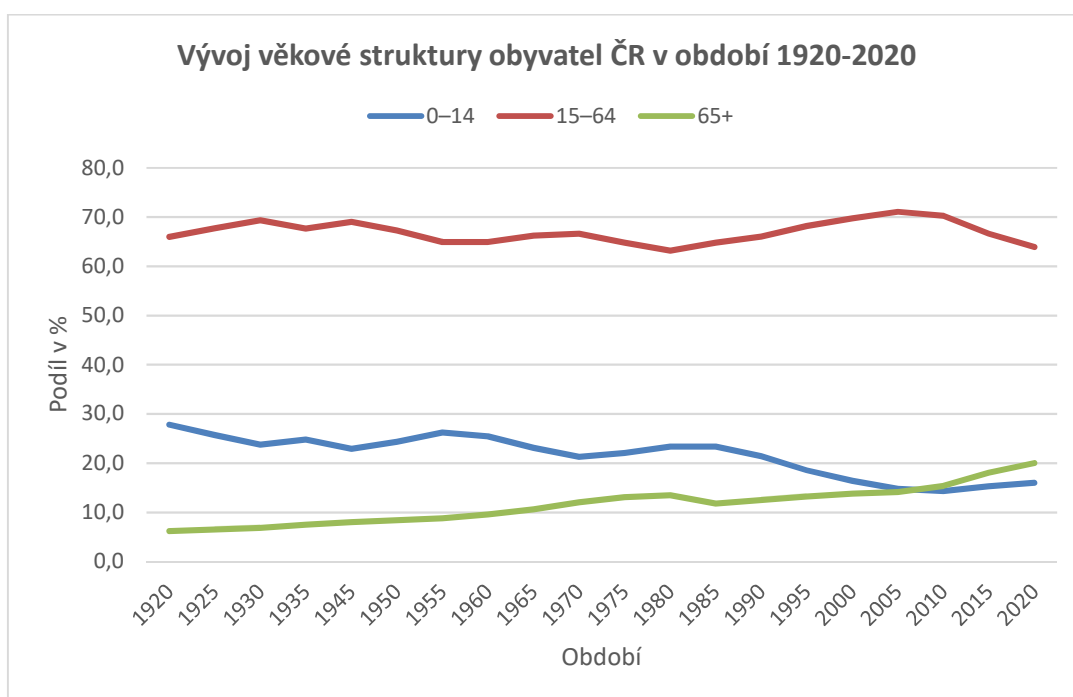
2.1.2 Demografický vývoj

Počet a struktura obyvatel je odrazem předchozího vývoje porodnosti, úmrtní a migrace.

Následující tabulka ukazuje vývoj počtu obyvatelstva a jeho věkové struktury v ČR za posledních 100 let.

Rok	Počet obyvatel celkem	Podíl obyvatel ve věku (%)		
		0–14	15–64	65+
1920	9 966 856	27,8	66,0	6,2
1925	10 358 399	25,7	67,8	6,5
1930	10 636 788	23,8	69,3	6,9
1935	10 841 914	24,8	67,7	7,5
1945	7 884 150	22,9	69,1	8,0
1950	8 925 122	24,3	67,3	8,4
1955	9 365 969	26,3	64,9	8,8
1960	9 659 818	25,4	64,9	9,7
1965	9 785 102	23,1	66,3	10,6
1970	9 805 157	21,3	66,6	12,1
1975	10 062 366	22,1	64,8	13,1
1980	10 326 792	23,4	63,1	13,5
1985	10 336 742	23,4	64,8	11,8
1990	10 362 740	21,5	66,0	12,5
1995	10 330 759	18,6	68,2	13,2
2000	10 272 503	16,4	69,8	13,8
2005	10 234 092	14,8	71,1	14,1
2010	10 517 247	14,3	70,3	15,4
2015	10 542 942	15,3	66,6	18,1
2020	10 701 777	16,1	63,7	20,2

zdroj: ČSÚ



Z uvedené tabulky a grafu je zřejmé, že populace v ČR stárne. Výraznější změna tohoto trendu nastala v 60. letech minulého století od kdy se podíl obyvatel ve věku 0-14 let snížil o 36,6 % a naopak podíl obyvatel ve věku 65 let a více se více než zdvojnásobil (nárůst o 108,3 %).

Vývoj Počtu a struktury obyvatelstva Pk v období 2011-2020 ukazuje následující tabulka.

Ukazatel			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Počet obyvatel k 31.12. celkem			516 411	516 440	515 985	516 372	516 149	517 087	518 337	520 316	522 662	522 856
v tom ve věku	0-14 let	celkem	77 030	77 616	77 936	78 671	79 315	80 394	81 098	82 063	83 010	83 619
		muži	39 672	39 949	40 074	40 474	40 766	41 331	41 611	42 013	42 581	42 883
		ženy	37 358	37 667	37 862	38 197	38 549	39 063	39 487	40 050	40 429	40 736
	15-64 let	celkem	354 670	351 073	347 586	344 618	341 189	338 204	335 911	334 475	333 567	331 606
		muži	180 576	178 826	177 054	175 726	174 156	172 841	172 058	171 743	171 814	170 899
		ženy	174 094	172 247	170 532	168 892	167 033	165 363	163 853	162 732	161 753	160 707
	65 a více let	celkem	84 711	87 751	90 463	93 083	95 645	98 489	101 328	103 778	106 085	107 631
		muži	34 713	36 243	37 669	38 937	40 237	41 519	42 935	44 192	45 299	46 007
		ženy	49 998	51 508	52 794	54 146	55 408	56 970	58 393	59 586	60 786	61 624
	Průměrný věk k 31.12.		celkem	41,0	41,2	41,5	41,7	41,9	42,1	42,3	42,4	42,6
muži			39,5	39,8	40,0	40,2	40,5	40,7	40,9	41,0	41,1	41,3
ženy			42,5	42,7	42,9	43,1	43,3	43,5	43,7	43,8	44,0	44,1

Zdroj: ČSÚ

Také vývoj v Pk kopíruje trend stárnutí obyvatelstva. Jenom za uplynulých 10 let se zvýšil průměrný věk obyvatel Pk o 3,9 % ze 41 let na 42,7 roku.

Porovnání počtu obyvatel a věkové struktury Pk s ostatními kraji a průměrem v ČR k 31.12.2020 ukazuje následující tabulka.

Region	Počet obyvatel	z toho (%) ve věku			Průměrný věk	Index stáří
		0-14	15-64	65+		
Česko	10 701 777	16,1	63,7	20,2	42,6	125,5
Hlavní město Praha	1 335 084	15,9	65,1	19,0	42,0	118,9
Středočeský kraj	1 397 997	17,8	63,6	18,6	41,4	104,4
Jihočeský kraj	643 551	15,9	63,3	20,8	43,0	130,8
Plzeňský kraj	591 041	15,6	63,8	20,6	42,9	131,8
Karlovarský kraj	293 311	15,2	64,1	20,7	43,3	136,5
Ústecký kraj	817 004	16,1	64,0	19,9	42,4	124,2
Liberecký kraj	442 476	16,4	63,1	20,5	42,4	124,9
Královéhradecký kraj	550 803	15,6	62,4	22,0	43,4	140,7
Pardubický kraj	522 856	16,0	63,4	20,6	42,7	128,7
<i>Chrudim</i>	104 708	15,8	63,1	21,1	42,9	133,6
<i>Pardubice</i>	176 137	16,1	63,7	20,2	42,6	125,1
<i>Svitavy</i>	104 000	15,8	63,5	20,7	42,7	131,0
<i>Ústí nad Orlicí</i>	138 011	16,1	63,2	20,7	42,6	128,1
Kraj Vysočina	508 852	15,7	63,5	20,8	43,0	132,8
Jihomoravský kraj	1 195 327	16,2	63,6	20,2	42,6	125,1
Olomoucký kraj	630 522	15,7	63,3	21,0	43,1	133,7
Zlínský kraj	580 119	15,3	63,6	21,1	43,4	138,2
Moravskoslezský kraj	1 192 834	15,4	64,2	20,4	43,0	132,3

Zdroj: ČSÚ

Toto mezikrajské srovnání ukazuje, že ve sledovaných demografických parametrech se Pk aktuálně nachází na úrovni celorepublikového průměru.

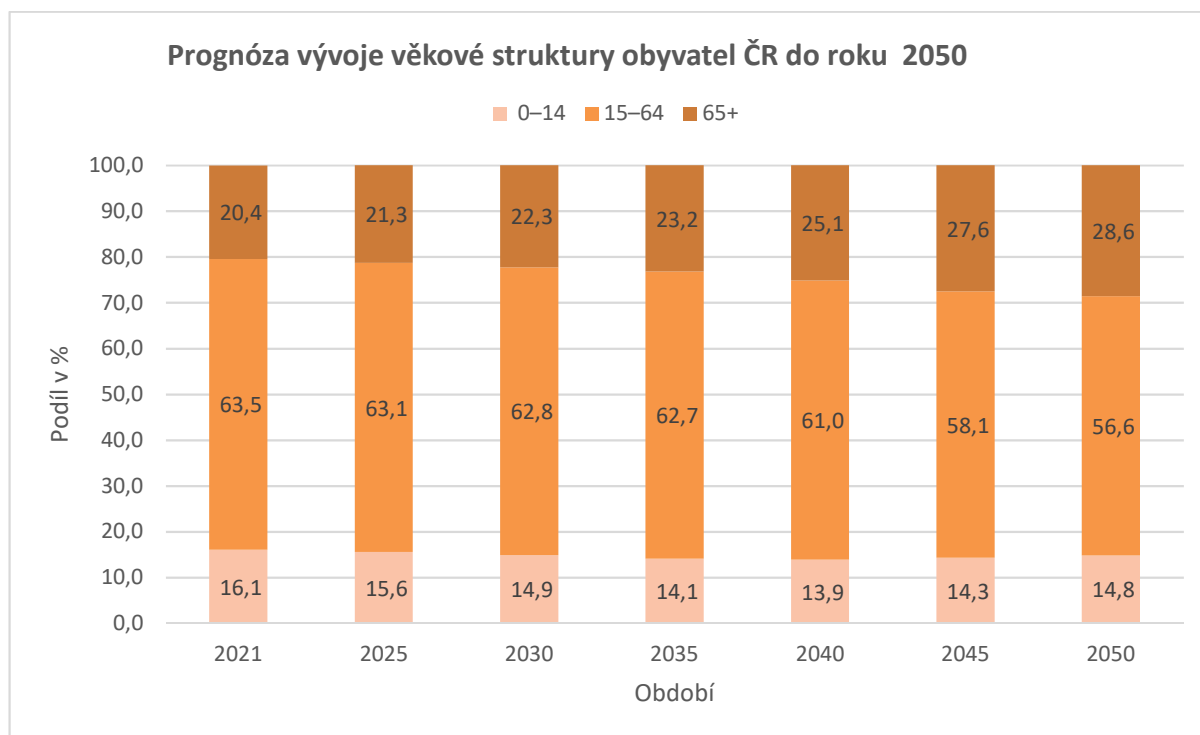
Zajímavé informace vyplývají z predikce vývoje počtu a věkové struktury obyvatel ČR do roku 2050, kterou zpracoval ČSÚ. Následující tabulka a graf ukazují tzv. „střední variantu“ prognózy.

Ukazatel	2021	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Počet obyvatel celkem	10 697 056	10 761 502	10 783 895	10 763 927	10 742 630	10 736 052	10 736 254
Podíl obyvatel ve věku (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0–14	16,1	15,6	14,9	14,1	13,9	14,3	14,8
15–64	63,5	63,1	62,8	62,7	61,0	58,1	56,6
65+	20,4	21,3	22,3	23,2	25,1	27,6	28,6
Index stárání ¹⁾	126,8	137,0	149,5	164,5	180,6	192,5	193,3
Index závislosti ²⁾	69,4	73,3	73,9	74,7	79,0	87,2	92,6
Průměrný věk	42,7	43,4	44,4	45,2	45,7	46,0	46,3
- muži	41,3	42,0	43,0	43,8	44,4	44,8	45,1
- ženy	44,1	44,8	45,7	46,5	47,0	47,2	47,4

Vysvětlivky

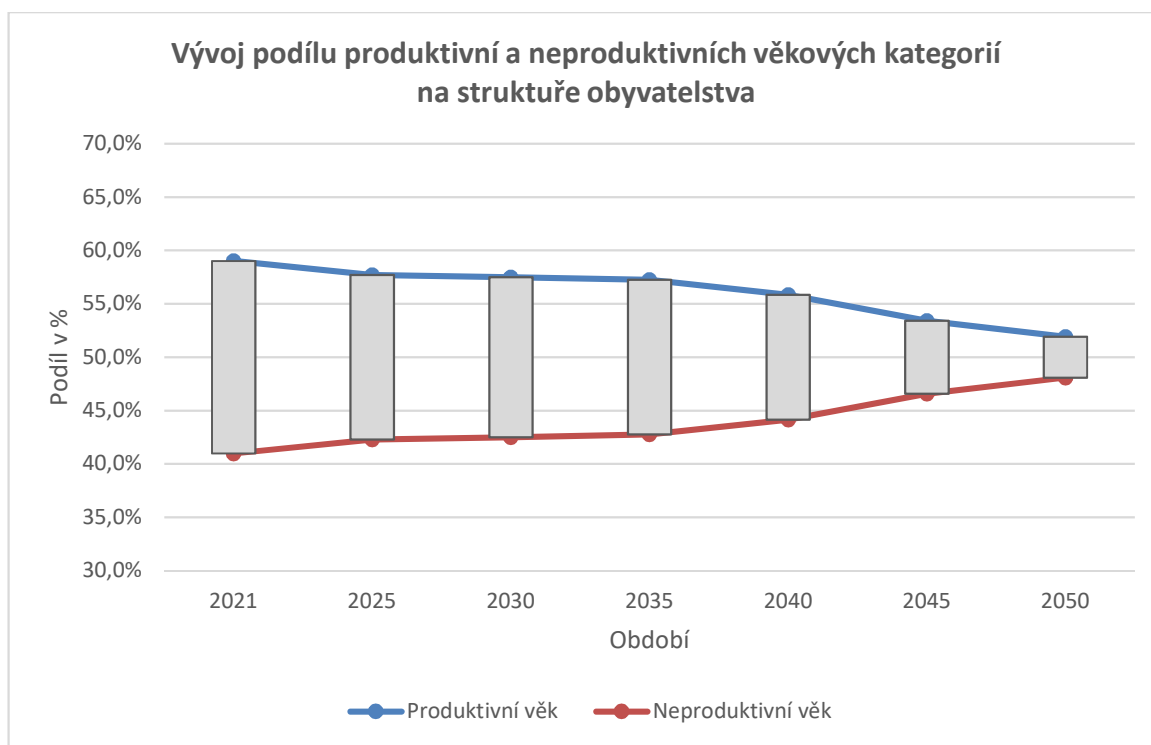
1) Počet obyvatel ve věku 65+ na 100 obyvatel ve věku 0-14

2) Počet obyvatel ve věku 0-19 a 65+ na 100 obyvatel ve věku 20-64



Z uvedené prognózy je zřejmé, že v následujících 30 letech dojde k výraznému zvýšení podílu věkové kategorie 65+ a to o více než 40 %. Průměrný věk se přitom zvýší ze 42,7 roku na 46,3 roku, tj. více než o 8 %. Tento vývoj bude nejen přímým důsledkem očekávané úrovně vývoje porodnosti, úmrtní a migrace, ale nepřímě bude ovlivněn i vývojem medicíny, v jejímž důsledku bude možný vyšší věk dožití.

Stárnutí populace bude paralelně vyžadovat zvýšené náklady na fungování systému zdravotní a sociální péče.



Z uvedených dat a předchozího grafu dále vyplývá, že v nejbližších 30 letech bude populace stárnout a zároveň se významně zvýší podíl obyvatel v tzv. neproduktivním věku (tj. 0-19 let a 65 a více let). V současné době je rozdíl mezi podílem „produktivní“ a „neproduktivní“ populace na úrovni +18,0 procentního bodu ve prospěch „produktivní“ skupiny, v roce 2050 se bude podle uvedené prognózy ČSÚ pohybovat už jenom na úrovni kolem +3,8 procentního bodu.

Tento fakt kromě očekávaného stárnutí populace bude mít negativní dopad do systému financování zdravotní péče a zejména do systému důchodového zabezpečení. Pokles obyvatel v produktivním věku bude znamenat oslabení příjmové stránky rozpočtu a navýšení počtu obyvatel v neproduktivním věku vyšší nároky na jeho čerpání.

2.1.3 Zdravotní stav obyvatel Pk

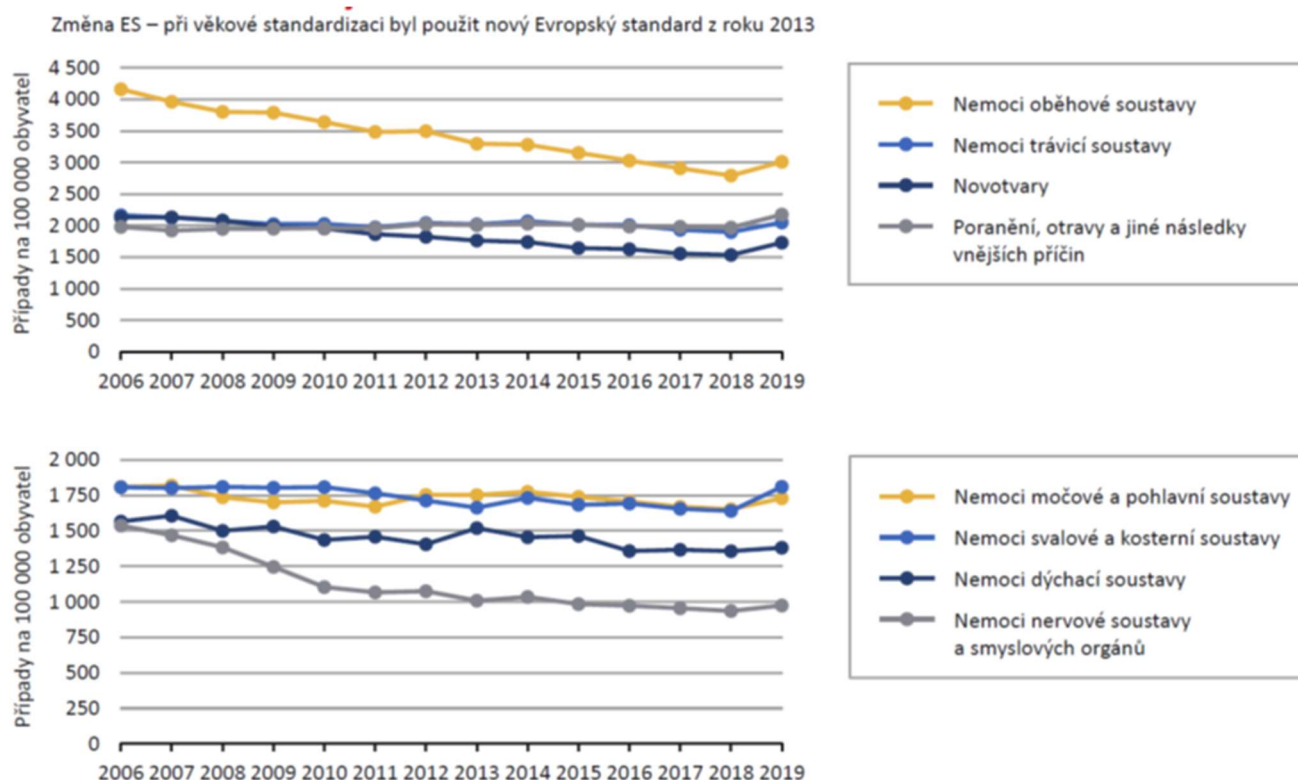
Na zdravotní stav obyvatel je možné nahlížet z různých úhlů pohledu.

Pro vytvoření základní představy o zdravotním stavu obyvatel Pk jsme použili následující ukazatele:

a) Příčiny hospitalizací

V roce 2021 vydal ÚZIS poslední aktualizovanou verzi publikaci „Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR“, která kromě historických časových řad uvádí jako nejaktuálnější dostupné informace z roku 2019. Protože data ve struktuře dle diagnóz podle jednotlivých krajů nejsou k dispozici, vycházíme z předpokladu, že odchylky v jednotlivých regionech v ČR budou minimální.

Následující grafy zobrazují podíl nejvýznamnějších skupin diagnóz, které byly příčinou hospitalizací v nemocnicích v ČR a jejich vývoj v čase od roku 2006 do roku 2019.



Ze zveřejněných informací vyplývají v kontextu s nemocností obyvatel ČR (bez hospitalizací souvisejících s reprodukcí a vnějších příčin onemocnění jako jsou poranění, otravy apod.), následující skutečnosti:

- Nemoci oběhové soustavy (13,2 % v roce 2019) jsou stále nejčastější příčinou hospitalizací i přes výrazný klesající trend (za posledních sledovaných 15 let došlo k poklesu o 33,9 %). Průměrný věk pacientů s touto diagnózou v roce 2019 byl 69,3 roku a průměrná ošetrovací doba 7,5 dne.
- Nemoci trávicí soustavy (9,2 % v roce 2019) jsou druhou nejčastější příčinou hospitalizací. Průměrný věk pacientů s touto diagnózou v roce 2019 byl 54,5 roku a průměrná ošetrovací doba 5,0 dne.
- Novotvary (7,9 % v roce 2019) jsou další významnou příčinou hospitalizací i přes výrazný klesající trend (za posledních sledovaných 15 let došlo k poklesu o 23,8 %). Průměrný věk pacientů s touto diagnózou v roce 2019 byl 61,8 roku a průměrná ošetrovací doba 5,5 dne.
- Z ostatních onemocnění jsou pak významné ještě nemoci svalové a kosterní soustavy (8,2 % v roce 2019), nemoci močové a pohlavní soustavy (7,8 % v roce 2019) a nemoci dýchací soustavy (6,1 % v roce 2019).

b) Příčiny úmrtí

Následující tabulka ukazuje vývoj narozených a zemřelých v Pk za uplynulých 10 let:

Ukazatel	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Počet obyvatel k 31.12. celkem	516 411	516 440	515 985	516 372	516 149	517 087	518 337	520 316	522 662	522 856
Živě narození	5 312	5 385	5 077	5 410	5 302	5 533	5 372	5 526	5 672	5 454
Živě narození na 1000 obyvatel	10,3	10,4	9,8	10,5	10,3	10,7	10,4	10,6	10,9	10,4
Zemřelí	5 365	5 403	5 392	5 123	5 440	5 234	5 389	5 528	5 558	6 383
z toho podle příčin smrti	novotvary	1 288	1 375	1 296	1 220	1 294	1 383	1 315	1 377	1 413
	% případů	24,0%	25,4%	24,0%	23,8%	23,8%	26,4%	24,4%	24,9%	25,4%
	nemoci oběhové soustavy	2 701	2 548	2 469	2 352	2 440	2 222	2 378	2 380	2 305
	% případů	50,3%	47,2%	45,8%	45,9%	44,9%	42,5%	44,1%	43,1%	41,3%
	nemoci dýchací soustavy	318	347	376	327	403	367	393	439	425
	% případů	5,9%	6,4%	7,0%	6,4%	7,4%	7,0%	7,3%	7,9%	6,7%
	nemoci trávicí soustavy	201	203	194	200	190	214	212	240	246
	% případů	3,7%	3,8%	3,6%	3,9%	3,5%	4,1%	3,9%	4,3%	3,9%
	vnější příčiny	331	333	338	270	312	286	272	266	313
	% případů	6,2%	6,2%	6,3%	5,3%	5,7%	5,5%	5,0%	4,8%	5,6%
v tom ve věku	ostatní příčiny	526	597	719	754	801	762	819	826	856
	% případů	9,8%	11,0%	13,3%	14,7%	14,7%	14,6%	15,2%	14,9%	15,4%
	0-14 let	26	25	15	23	17	21	20	20	17
	15-64 let	1 125	1 146	1 018	918	914	893	902	923	872
Zemřelí na 1000 obyvatel	65 a více let	4 214	4 232	4 359	4 182	4 509	4 320	4 467	4 585	4 669
		10,4	10,5	10,5	9,9	10,5	10,1	10,4	10,6	10,7

Zdroj: ÚZIS

V uplynulých 10 letech zemřelo v průměru 5 482 obyvatel. Z toho zhruba 45 % příčin úmrtí představují nemoci oběhové soustavy, 25 % tvoří onkologická onemocnění, 7 % nemoci dýchací soustavy a 4 % nemoci trávicí soustavy.

V roce 2020 k výraznému nárůstu počtu zemřelých a to o 901 (nárůst proti průměru o 16,4 %), přičemž se na něm podílely „ostatní příčiny“ (meziroční nárůst 64,2 %) a nemoci oběhové soustavy (meziroční nárůst o 14,4 %). K uvedenému nárůstu došlo pravděpodobně v důsledku pandemické situace související s onemocněním COVID-19.

c) Rizikové faktory

V rámci plánu Zdraví 2020 schváleného vládou, SZÚ v roce 2014 připravil a koordinoval podle evropské metodiky lékařské vyšetření reprezentativního vzorku obyvatel ČR ve věku 25-64 let. Tento projekt byl součástí Evropského výběrového šetření zdravotního stavu populace s lékařským vyšetřením (EHES 2014).

Jeho cílem bylo přinést aktuální informace o zdravotním stavu české populace a zmapovat rizikové faktory, které ho ovlivňují. Klíčová zjištění lze shrnout do následujících faktů:

- Svě zdraví považovala za velmi dobré necelá ¼ respondentů, ½ jej hodnotila jako dobré. Pouze necelých 6 % považovalo svůj zdravotní stav za špatný nebo velmi špatný.
- Hypertenze byla zjištěna u 46 % mužů a 26 % žen. Současně u 15 % mužů a 8 % žen byla identifikována prehypertenze.
- Dyslipidemie byla zjištěna u 77 % mužů a 66 % žen, přičemž cca dvě třetiny z nich o svém zdravotním problému nevědělo.
- Nad hranicí normální hmotnosti se dle hodnot BMI pohybuje 64 % populace (73 % mužů a 65 % žen), přičemž do kategorie obezita spadá 29 % mužů a 25 % žen.
- Významné rizikové faktory životního stylu jsou:
 - Kouření
 - Nízká fyzická aktivita
 - Špatné stravovací návyky
 - Nadměrné konzumování alkoholu
 - Nadváha
 - Vysoký krevní tlak
 - Vysoká hladina cholesterolu v krvi
 - Metabolické rizikové faktory

Nejnovější obdobný projekt realizoval SZÚ v roce 2020. Ten byl zaměřen na monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí.

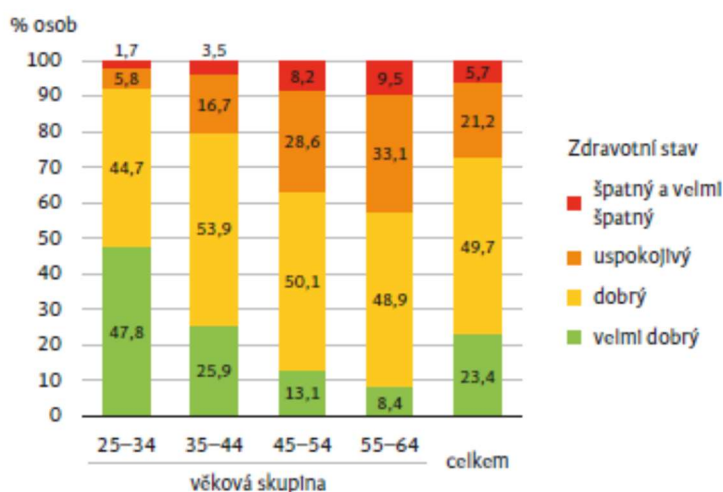
Další zajímavou studií monitorující zdravotní stav populace provedl SZÚ pod názvem Zdraví dětí 2016 (poznámka: jednalo se o pátou studii tohoto druhu od roku 1996), která byla zaměřena na sledování prevalence alergických onemocnění, obezity, rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, poruch pohybového aparátu a stravovací návyky u dětí ve věkových kategoriích 5, 9, 13 a 17 let. Klíčové závěry vyplývající z této studie jsou:

- Každé třetí dítě mělo diagnostikován nějaký typ alergie.
- Prevalence nadváhy a obezity byla zjištěna u 17,8 % (7,5 % + 10,3 %) dětí.
- Pravidelně sportuje polovina dětí (v průměru 4 hodiny týdně). Pětina dětí byla s nulovou pohybovou aktivitou, ve skupině sedmnáctiletých to byla třetina.
- Doba průměrně strávená u počítače, televize, tabletu apod. byla 2 hodiny denně. Tři a více hodin denně trávila tímto způsobem čas třetina dětí.
- Vadné držení těla lékaři zjistili u 42 % dětí. Boolestmi hlavy trpěla pětina dětí. U dětí, které nesportují nebo tráví delší čas u počítače, byl výskyt vadného držení těla i bolestí hlavy vyšší.
- Dobré stravovací návyky měla pětina dětí. Čtvrtina dětí konzumuje méně než jednu porci ovoce a zeleniny denně.

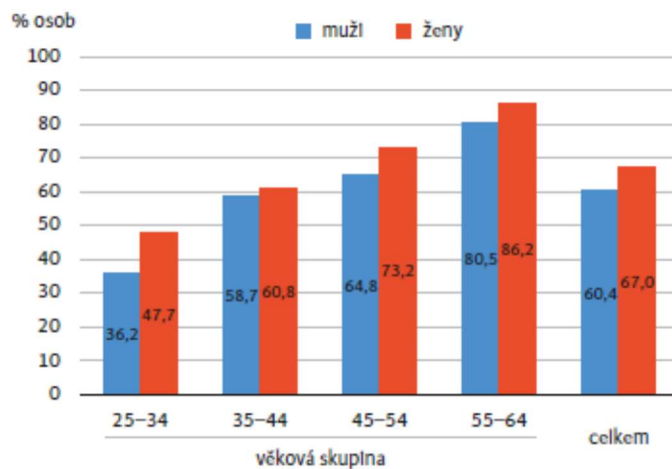
d) Vlastní vnímání zdravotního stavu

V rámci projektu SZÚ zmíněného v předchozím bodě, bylo i zjišťování vlastního zdravotního stavu zkoumaného vzorku populace. Jeho výsledky jsou znázorněny v následujících grafech.

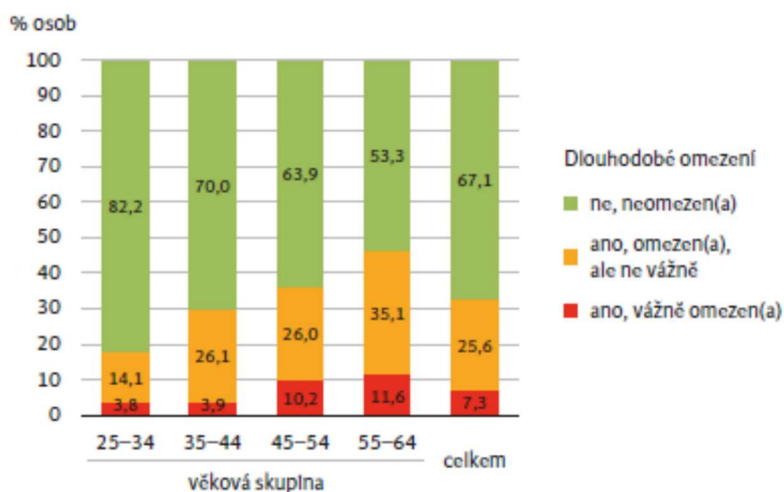
Obrázek 1 Subjektivní hodnocení zdraví v populaci 25–64 let (%)



Obrázek 2 Výskyt chronické nemocnosti v populaci 25–64 let (%)



Obrázek 3 Prevalence dlouhodobého omezení činností v populaci 25–64 let (%)



Z výsledků šetření vyplývá, že výrazně klesá míra subjektivního hodnocení zdravotního stavu v kategorii velmi dobrý ve věkové kategorii 25–34 let ze 47,8 % na 13,1 % ve věkové kategorii 45–54 let. Téměř třetina respondentů ve věkové kategorii 55–64 let hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný a velmi špatný.

2.1.4 Segmenty zdravotní péče – základní charakteristika a poskytovatelé

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, v §§ 5-10 specifikuje druhy a formy zdravotní péče. Pro účely tohoto dokumentu jsme základní segmenty zdravotní péče vymezili následujícím způsobem:

- I. Preventivní péče
- II. Přednemocniční neodkladná péče
- III. Zdravotní péče zajišťovaná v prostředí PZS:
 1. Ambulantní péče:
 - a) primární
 - b) specializovaná
 2. Lůžková péče:
 - a) akutní intenzivní / standardní
 - b) následná, rehabilitační a dlouhodobá
 3. Lázeňská rehabilitační péče
- IV. Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (terénní služby):
 4. Návštěvní služba jako součást primární ambulantní péče
 5. Domácí zdravotní péče
- V. Specifické činnosti v rámci zdravotní péče:
 6. Dětská centra
 7. Lékařská a lékárenská pohotovostní služba
 8. Paliativní péče
 9. Psychiatrická péče
 10. Zdravotnická dopravní služba
 11. Prohlídka těla zemřelého
 12. Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba

V rámci struktury zdravotní péče budeme věnovat samostatnou pozornost zdravotní prevenci a edukaci občanů.

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

Preventivní péče

Preventivní péče se zaměřuje na včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k jejich odstraňování nebo minimalizaci a předcházení jejich vzniku.

Kvalitní informace z oblasti prevence a zdravého životního stylu poskytuje NZIP, kdy garantem obsahu je MZ ČR a garantem vývoje ÚZIS. Cílem NZIP je poskytovat laické veřejnosti informace z oblasti zdravotnictví, za které ručí vybraní odborníci na danou problematiku v ČR.

Mezi významné nástroje preventivní péče patří:

- Preventivní prohlídky**

Součástí preventivní péče jsou preventivní prohlídky, které mohou pomoci odhalit závažná onemocnění ve stadiu, kdy jsou léčitelná. Vyhláška MZ ČR č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách mj. určuje na jaké bezplatné preventivní prohlídky a v jaké časové frekvenci mají občané nárok.

- Screeningové programy**

Screening neboli vyhledávání rizikových nemocí v populaci představuje velmi užitečný nástroj cílené prevence. Screeningové programy jsou organizovány MZ ČR. Jedná se o plošné vyšetřování populace za účelem detekce onemocnění v jeho časných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky. Aktuálně v ČR probíhají tři programy pro prevenci onkologických onemocnění (screening nádorů prsu, tlustého střeva a konečníku a děložního hrdla). Z hlediska prevence je významný tzv. novorozenecký screening, kdy novorozenec ihned po narození projde spektrem vyšetření, za účelem zjištění, zda nemá některou ze závažných vrozených či dědičných chorob.

Pokrytí screeningem je indikátorem kvality preventivního programu. Tento indikátor je definován jako poměr počtu osob vyšetřených během screeningového intervalu a počtu osob v cílové populaci programu.

Následující tabulka ukazuje mezikrajské srovnání pokrytí onkologických screeningových programů v roce 2017.

Screening karcinomu	tlustého střeva a konečníku		prsu		děložního hrdla	
	vyšetřené osoby	pokrytí v %	vyšetřené osoby	pokrytí v %	vyšetřené osoby	pokrytí v %
Hl. město Praha	107 725	22,9	146 090	48,3	252 420	44,5
Středočeský	123 186	25,3	155 904	50,6	263 728	46,3
Jihočeský	67 658	26,9	83 376	53,4	136 116	49,4
Plzeňský	58 751	25,9	71 277	50,7	120 841	48,4
Karlovarský	34 696	29,6	37 449	51,1	60 566	47,3
Ústecký	101 976	32,8	103 637	52,8	162 941	46,6
Liberecký	48 873	29,2	53 812	50,7	85 803	45,3
Královéhradecký	60 507	27,6	68 404	49,6	112 823	47,3
Pardubický	62 820	31,4	64 342	51,3	107 925	48,6
Vysočina	62 742	31,3	75 197	60,5	103 956	47,7
Jihomoravský	138 362	30,6	153 174	53,6	227 099	44,3
Olomoucký	91 834	37,0	91 562	58,3	132 152	48,0
Zlínský kraj	79 375	34,2	80 756	54,8	115 581	45,3
Moravskoslezský	137 662	29,0	153 454	50,9	241 925	46,0
ČR	1 176 167	29,0	1 338 434	52,2	2 123 876	46,4

Zdroj: NZIS

Občané PK vykazují v rámci ČR nadprůměrnou hodnotu zapojení do screeningového programu na odhalení karcinomu děložního hrdla a tlustého střeva a konečníku, u karcinomu prsu je hodnota lehce pod průměrem.

- Očkování**

Patří mezi nejúčinnější preventivní opatření v boji proti infekčním onemocněním. V ČR jsou děti zdarma povinně očkovány proti devíti nemocem, hrazeny jsou i další vakcíny dětem a rizikovým skupinám dospělých. Některé očkovací látky neposkytují celoživotní ochranu, očkování je nutné opakovat (přehled povinného i nepovinného očkování dospělých je uveden v Očkovacím kalendáři NZIP). Preventivní očkování před cestami do zahraničí zajišťují střediska očkování a cestovní medicíny.

Důležitou roli v preventivní péči mají ZP a jejich preventivní programy. ZP zejména v rámci svých aktivit cílených na udržení si stávajících, případně získání nových pojištěnců, nabízejí řadu příspěvků směřovaných do široké škály preventivních opatření (např. příspěvky na pohybové aktivity, očkování, dentální hygienu, na prevenci onkologických vyšetření, přeplatky na léčiva, zaplacení nad tzv. roční ochranný limit, bezpečnostní prvky, psychosociální podporu, zdravotnické prostředky) nebo na vybrané skupiny pojištěnců (děti, těhotné ženy a maminky, bezpříspěvkové dárce krve a plazmy, seniory, nedonošená miminka, diabetiky, alergiky apod.). Informace o aktuálních příspěvcích jsou dostupné na webových stránkách jednotlivých ZP.

Nenahraditelné v rámci preventivní péče jsou i aktivity poskytovatelů zdravotní péče v Pk. Každý PZS založených/zřizovaných Pk vytváří vlastní plán konkrétních akcí, mezi něž patří zejména:

- Dny zdraví, či pravidelné dny otevřených dveří, v rámci nichž mohou návštěvníci absolvovat vybraná vyšetření, zúčastnit se edukačních programů, apod.
- Programy cílené na dětskou populaci (např. ošetření ran, poskytování první pomoci, dentální hygiena).
- Spolupráce se zájmovými skupinami veřejnosti (kluby důchodců, rodinní příslušníci starající se o chronicky nemocné atd.) či konkrétními organizacemi v oblasti edukace.
- Zapojení do řady informačních kampaní, osvětových akcí a aktivit spojených se zdravým životním stylem. V rámci těchto aktivit je široké veřejnosti nabízena i možnost různých vyšetření, preventivní a screeningové programy. Jedná se např. o Světový den hygieny rukou, Světový den Stop dekubitům, Světový den sluchu, Světový den hlasu a mnoho dalších.

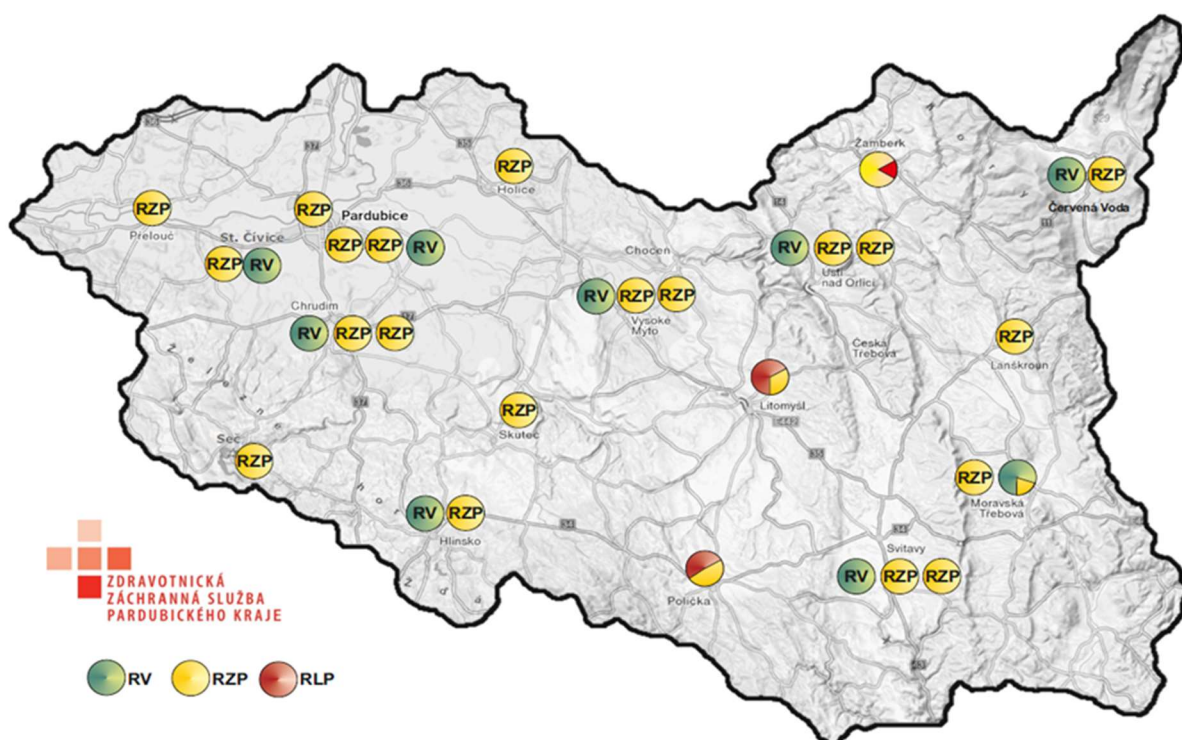
Přednemocniční neodkladná péče

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

Počet volání na tísňovou linku ZZS Pk mírně stoupá, zatímco centrální dispečink v roce 2015 evidoval 65 314 volání, v roce 2020 to bylo 68 840 volání (nárůst o 5,1 %).

Současně trvale výrazným tempem roste počet výjezdů posádek ZZS Pk. Zatímco v roce 2010 evidovala ZZS Pk celkem 36 262 výjezdů, v roce 2020 už to bylo 58 519 (nárůst o 61,4 %). Z toho v roce 2020 bylo 34 % výjezdů ke COVID-19 pozitivním suspektním pacientům.

K 31.12.2020 měla ZZS Pk 18 výjezdových základů a 31 lékařských a nelékařských výjezdových skupin pracujících v nepřetržitém režimu. Z toho 20 výjezdových skupin bylo typu rychlé zdravotnické pomoci (RZP), jejímiž členy jsou zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání, dále 9 typu rendez-vous, jejímž členem je i lékař (RV) a 3 typu rychlé lékařské pomoci, jejímiž členy jsou lékař a zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání (RLP).



ZZS Pk realizuje v průměru 2 900 výjezdů ročně (tj. v průměru 8 výjezdů za kalendářní den) jejichž cílem jsou sekundární převozy mezi nemocnicemi. Tyto výjezdy je možné zejména ve spolupráci s NPK plánovat a jsou realizována jako další využití disponibilních kapacit ZZS Pk.

V uplynulých dvou letech prováděla ZZS Pk průměrně ročně 2 555 prohlídek těl zemřelých (tj. 38,1 % všech zemřelých v Pk), kde lékař působí v roli koronera. Na tuto činnost dostává ZZS Pk finanční příspěvek od Pk. Výjezdy k provedení této služby částečně omezují kapacitu ZZS Pk, která má primárně sloužit k řešení život ohrožujících situací.

Primární ambulantní péče

Primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel (viz zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

V rámci primární ambulantní péče rozlišujeme obory všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro dospělé a praktické lékařství pro děti a dorost.

Podrobné informace o počtu a struktuře samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost v Pk, mezikrajské srovnání, vývoj jejich počtu v čase i aktuální věková struktura lékařů jsou uvedeny v kapitole 2.2. tohoto dokumentu.

Specializovaná ambulantní péče

Specializovaná ambulantní péče je poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče.

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.

Pro účely tohoto dokumentu jsme specializovanou ambulantní péči rozdělili do tří skupin podle odbornosti:

- Gynekologie
- Stomatologie
- Ostatní specialisté

Podrobné informace o počtu a struktuře specializovaných ambulancí v Pk, mezikrajské srovnání, jejich regionální alokace i aktuální věková struktura lékařů jsou uvedeny v kapitole 2.2. tohoto dokumentu.

Dostupnost ambulantní zdravotní péče je jednoznačně a závazně stanovena platnou legislativou. Konkrétně jde o Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Tímto nařízením je u jednotlivých odborností stanovena tzv. dojezdová doba (podle výkladu MZČR je míněna doba jízdy osobním vozem) takto:

- 35 minut je dojezdová doba k praktickému lékaři, na gynekologii, k zubnímu lékaři a do lékárny;
- 45 minut pro následující odbornosti – diabetologie, chirurgie, neurologie, oftalmologie, ORL, ortopedie, radiologie a zobrazovací metody – ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření, rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie, urologie a vnitřní lékařství;
- 60 minut pro následující odbornosti – gastroenterologie, kardiologie, pneumologie a ftizeologie, hematologie a transfúzní lékařství, revmatologie, hemodialýza, psychiatrie, psychologie, logopedie, dermatovenerologie);
- 90 minut pro následující odbornosti – alergologie a klinická imunologie, angiologie, endokrinologie, nefrologie, klinická onkologie, dětská chirurgie, dětská a dorostová psychiatrie, dětská neurologie, ortodoncie, počítačová tomografie;
- 120 minut pro následující odbornosti – dětská gynekologie, foniatrie a audiologie, radiační onkologie, magnetická rezonance, nukleární medicína, kardiochirurgie, neurochirurgie, cévní chirurgie, infekční lékařství, lékařská genetika, plastická chirurgie, geriatrie, sexuologie.

Při rozsahu sítě poskytovatelů ambulantní zdravotní péče je velmi nepravděpodobné, že by v kontextu s uvedeným nařízením vlády nebyla zajištěna dostupnost zdravotních služeb. Otázkou zůstává dostupnost péče z pohledu kapacity poskytovatelů a kvality jimi poskytovaných služeb.

Akutní lůžková péče

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

NPK disponovala k 31.12.2020 celkem 2 201 lůžky, z toho 175 akutních intenzivních a resuscitačních lůžek.

Dle alokace v regionu byla struktura lůžek následující:

Pardubice:	932 lůžek, z toho 75 akutních intenzivních a resuscitačních
Chrudim:	383 lůžek, z toho 39 akutních intenzivních a resuscitačních
Ústí nad Orlicí:	332 lůžek, z toho 26 akutních intenzivních a resuscitačních
Litomyšl:	247 lůžek, z toho 20 akutních intenzivních a resuscitačních
Svitavy:	307 lůžek, z toho 15 akutních intenzivních a resuscitačních

Podrobnější informace o struktuře lůžek dle jednotlivých typů / odborností, využití, včetně mezikrajského porovnání jsou uvedeny v kapitole 2.2. tohoto dokumentu.

Následná, rehabilitační a dlouhodobá lůžková péče

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. Dlouhodobá lůžková péče 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 následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí (viz zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách).

Podle zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů je účelem léčebně rehabilitační péče maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

Rehabilitační lékařství je základní medicínský obor s úzkým propojením na řadu dalších odborností, který se zabývá oblastmi, jež představují v moderní společnosti největší socioekonomický problém. Rehabilitace lidí poškozených nemocí nebo úrazem je celospolečenským procesem (ve smyslu tzv. ucelené, komprehenzivní rehabilitace) a představuje koordinovanou činnost všech složek společnosti (státu, institucí, organizací a jednotlivců) s cílem znovu zařadit člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního společenského života.

Podle OSN je kvalita úrovně rehabilitace kritériem kulturní úrovně společnosti. Jde o celospolečenský proces, který se dotýká téměř všech aspektů společenského života.

Podle průzkumů má 95 % lidí problémy, které lze léčit rehabilitačními postupy. Rehabilitační medicína představuje komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví cestou odstranění či substituce, případně snížením či zpomalením progresu. Použité metody mají za cíl zlepšit stav pohybového aparátu, zmírnit bolest, snížit svalovou únavnost a také zvýšit paměťové schopnosti.

Jak již vyplývá z výše uvedeného, je léčebně rehabilitační péče průřezovou službou, která je realizována jako součást akutní medicíny, služeb v oblasti následné zdravotní péče, specializované lůžkové péče (např. lázeňská péče, rehabilitační péče, apod.), ale i formou ambulantní fyzioterapeutické péče či rehabilitace v domácím prostředí pacienta. Je tedy zřejmé, že poskytovatelů, kteří zajišťují léčebně rehabilitační péči, je velice široké spektrum.

Následnou, rehabilitační a dlouhodobou lůžkovou péči zajišťuje v Pk celkem 10 poskytovatelů, přičemž Pk je zřizovatelem /zakladatelem 7 z nich.

Patří sem:

AESKULAP spol. s r.o. – Léčebný ústav v Červené Vodě (privátní subjekt)

Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (MZ ČR)

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví

Nemocnice následné péče Moravská Třebová

Nemocnice Pardubického kraje a.s.

Odborný léčebný ústav Jevíčko

Poličská nemocnice, s.r.o. (privátní subjekt)

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Vysokomýtská nemocnice

AESKULAP spol. s r.o. – Léčebný ústav v Červené Vodě

Jedná se o soukromého PZS, který poskytuje dlouhodobou léčebně-ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní a sociální péči především pro obyvatele Pk a přilehlých okresů.

Zaměřuje se na doléčení pacientů po traumatologických a ortopedických operacích, po akutních interních a neurologických příhodách. Dále zajišťuje péči o dlouhodobě nemocné pacienty s programem prevence a léčby dekubitů a kondiční rehabilitace, péče o rozsáhlé bércové vředy a diabetické komplikace na dolních končetinách.

Jeho kapacita je 100 lůžek.

Poskytovatel rovněž zajišťuje provoz chirurgické, ortopedické, interní a urologické ambulance a radiodiagnostiky.

Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk

Jedná se o nestátního PZS zřízeného Pk, který poskytuje lůžkovou a ambulantní zdravotní péči zaměřenou především na pacienty s plicní diagnózou (pneumologie a ftizeologie), dále dlouhodobě a chronicky nemocné (následná a dlouhodobá lůžková péče), pacienty s duševním onemocněním (psychiatrie-následná a dlouhodobá lůžková péče) a specializovanou péči o pacienty trpící vážným a nevléčitelným onemocněním (paliativní a hospicová péče).

Dále PZS poskytuje dočasnou sociální službu osobám, které mají sníženou soběstačnost a nezvládnou pobyt v domácím prostředí.

Jeho kapacita je 202 lůžek následné a dlouhodobé péče a 20 lůžek charakteru sociálních služeb.

Součástí poskytovaných služeb je i činnost denního psychiatrického a gerontopsychiatrického stacionáře, odborných ambulancí včetně všeobecného praktického lékařství a oddělení radiodiagnostiky.

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé

Je státní příspěvkovou organizací v přímé řídicí působnosti MZ ČR. Jedná se o rehabilitační ústav, který poskytuje následné a dlouhodobé zdravotnické služby pro dětské i dospělé pacienty z celé ČR, nejvíce však z oblasti východních Čech. V ojedinělé míře poskytuje své služby také klientům ze zahraničí formou lůžkovou i ambulantní, a to v rozsahu vyplývajícím z jejich indikací a dle kapacitních možností.

Hlavní náplní činnosti je poskytování lůžkové i ambulantní léčebně rehabilitační péče pro děti, dorost a dospělé s pohybovým postižením, především z oblasti neurologických a ortopedických onemocnění, ať už vrozeným nebo získaným, včetně stavů poúrazových a pooperačních. Nedílnou součástí Hamzovy léčebny je také oddělení Ortopedické protetiky, kde je zajišťována výroba individuálních ortopedicko-protetických pomůcek pro pacienty léčené na lůžku či ambulantně, a prodejna zdravotnických potřeb. V areálu se nachází i samostatná Základní škola a Mateřská škola. V rámci své činnosti zajišťuje Hamzova léčebna řadu dalších aktivit, jako je např. prodejní činnost, ubytovací a stravovací služby nebo ekologické spalování odpadů.

Kapacita léčebny je 420 lůžek následné rehabilitační péče včetně spinální rehabilitační jednotky a 85 lůžek dlouhodobé péče.

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví

Je nestátní PZS zřízený Pk, který poskytuje služby pro doléčování chronicky nemocných, interní či neurologické postižení, stavů po traumatech, po mozkových a srdečních infarktech a pro onkologické pacienty. Lékařská odborná léčba je doplňována ošetrovatelskou a rehabilitační péčí, která urychluje návrat pacientů zpět do jejich domácího prostředí či zařízení sociálních služeb. V případě nejtěžších nevléčitelných stavů poskytuje služby v podobě paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu jejich nemoci.

Sociální pobytové služby jsou dalším typem služeb, které jsou poskytovány pacientům, kteří se nemohou pro svou celkovou nesoběstačnost vrátit do svého domova.

Kapacita léčebny je 105 lůžek následné a dlouhodobé péče a 17 lůžek charakteru sociálních služeb.

Léčebna provozuje Institut spánkové medicíny, který je akreditovaným ventilačním centrem pro osoby se spánkovými poruchami. Jedná se o jediného PZS tohoto typu v Pk, který je schopen diagnostikovat a léčit neinvazivní plicní ventilaci veškeré poruchy dýchání ve spánku.

Pro své pacienty dále provozuje ZDS, která je určena speciálně pro přepravu seniorů.

Nemocnice následné péče Moravská Třebová

Je nestátní PZS zřízený Pk, který poskytuje služby v oblasti následné a dlouhodobé péče. Součástí poskytovaných služeb jsou i zdravotní služby ambulantního typu v odbornostech chirurgie, interna gynekologie a rehabilitace a fyzikální medicína.

Nemocnice dále zajišťuje provoz radiologie a klinické biochemie. Pro své pacienty i veřejnost zajišťuje dopravní zdravotní službu v regionu.

Kapacita nemocnice je 80 lůžek následné a dlouhodobé péče.

V současné době probíhá výstavba zcela nové lůžkové části nemocnice, včetně stravovacího provozu a zázemí. Do provozu bude uvedena v průběhu letošního roku a její kapacita bude 90 lůžek.

Nemocnice Pardubického kraje a.s.

NPK v rámci svého spektra lůžkové zdravotní péče zajišťuje kromě akutní zdravotní péče i následnou zdravotní péči s celkovou kapacitou 232 lůžek, které jsou v regionu alokovány následovně (údaje z Výroční zprávy NPK za rok 2020):

Pardubice:	70 lůžek
Chrudim:	99 lůžek
Litomyšl:	40 lůžek
Svitavy:	23 lůžek

Odborný léčebný ústav Jevíčko

Jedná se o PZS zřízeného Pk, který poskytuje hospitalizační a ambulantní služby v oblastech léčebné rehabilitace a pneumologické rehabilitace včetně léčby tuberkulózy. Ústav je jediným PZS pro léčbu mimoplicní tuberkulózy v ČR. Své služby poskytuje pacientům z celé ČR, přičemž za rok 2020 bylo nejvíce pacientů z Jihomoravského kraje (50 %), dále z Pardubického kraje (20 %), z Olomouckého kraje (14 %) a Zlínského kraje (12 %).

Kapacita ústavu je 101 lůžek následné a dlouhodobé péče a 75 lůžek léčebné rehabilitace.

Dále ústav zajišťuje provoz ortopedické ambulance, radiologie, klinické biochemie a mikrobiologie.

Poličská nemocnice, s.r.o.

Jedná se o soukromého PZS, jehož jediným společníkem je Svazek obcí AZASS, které tvoří 27 měst a obcí regionu Poličska. Nemocnice poskytuje dlouhodobou léčebně-ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní a sociální péči.

Kapacita ústavu je 120 lůžek následné a dlouhodobé péče a 15 lůžek charakteru sociálních služeb.

Dále nemocnice zajišťuje provoz interní ambulance, radiologie, klinické biochemie a ZDS.

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Je nestátní PZS zřízený Pk, který poskytuje široké spektrum rehabilitačních služeb především pro klienty po úrazech a operacích pohybového a nervového systému. Patří sem vodoléčba, rehabilitační bazén, elektroléčba, magnetoterapie, mechanoterapie, ergoterapie, robotická terapie, logopedie, venkovní cvičení a speciální diagnostika držení těla. Poskytuje péči indikovanou lékařem a hrazenou zdravotními pojišťovnami i rekondiční pobyty pro samoplátce.

Aktuálně realizuje také speciální pobyty pro pracovníky ve zdravotnictví s cílem prevence negativních dopadů fyzické a psychické zátěže a obnovy fyzických a psychických sil v souvislosti s pandemií COVID-19 s využitím státní dotace pro poskytovatele lůžkové péče pro tyto účely.

Kapacita ústavu je 189 lůžek následné rehabilitační péče.

Dále ústav zajišťuje provoz chirurgické a rehabilitační ambulance.

Vysokomýtská nemocnice

Jedná se o nestátního PZS zřízeného Pk, který poskytuje služby v oblasti následné péče pacientům po akutních zákrocích, včetně rehabilitace a paliativní péče.

Kapacita nemocnice je 120 lůžek následné a dlouhodobé péče a 6 lůžek jednodenní chirurgické péče.

Dále nemocnice zajišťuje provoz chirurgické, ortopedické, interní, gynekologické a anesteziologické ambulance a radiodiagnostiky.

Detailní informace o struktuře lůžek dle jednotlivých typů / odborností, využití, včetně mezikrajského porovnání jsou uvedeny v samostatné Koncepci lůžek následné péče v Pk na období 2022 - 2030.

Lázeňská péče

Léčebné lázně Bohdaneč a.s. jsou jediným poskytovatelem lázeňské péče 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.

Specializují se na pooperační rehabilitaci po operacích totálních endoprotéz kyčlí a kolen, po operacích páteře a dále na mnoho pohybových a neurologických indikací. Současně nabízí řadu léčebných a relaxačních pobytů pro samoplátce, včetně screeningových programů v rámci projektu MEDICAL SPA. Nabízí ambulantní služby i nebytováním klientům, pokud to epidemiologická situace dovoluje.

Léčebné lázně Bohdaneč a.s. disponují kapacitou 563 lůžek v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích ve čtyřech lázeňských pavilonech.

V roce 2019 bylo v segmentu klientů zdravotních pojišťoven poskytnuto a čerpáno celkem 145 500 lůžkodnů s léčbou. Samoplátcům pak 25 700 lůžkodnů.

Návštěvní služba jako součást primární ambulantní péče

Návštěvní služba je povinnou součástí práce praktických lékařů, která je uvedena přímo v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Dle jeho § 7 součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba. Tu zákon dále specifikuje jako poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta (tedy doma nebo např. v zařízení sociálních služeb), a to zejména v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit k PZS a poskytnutí zdravotní péče tímto způsobem je s ohledem na její charakter možné.

Na zajištění návštěvní služby je pamatováno i ve smlouvách o poskytování a úhradě hrazených služeb, uzavřených s VZP. Zde je mj. uveden celkový rozsah doby pro poskytování hrazených služeb (zpravidla minimálně 32 hodin týdně), z čehož je 20 hodin ordinační doby a ostatní doba má být využita pro návštěvní službu a administrativní činnost.

V roce 2017 VZP uhradila návštěvní službu praktického lékaře ve více než 417 tis. případech, a to u 121 tis. pojištěnců, což znamená více než 3 návštěvy na jednoho navštíveného pacienta. Dále existuje výkon Návštěva praktického lékaře u pacienta v době mezi 19-22 hod. a dva výkony pro neodkladnou návštěvu (jeden na dobu mezi 22-06 hod., druhý pro den pracovního volna nebo pracovního klidu). Zvláště se vykazuje doprava lékaře v návštěvní službě.

Domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péči rozumíme péči poskytovanou pacientovi multidisciplinárním týmem v jeho vlastním sociálním prostředí, péči založenou na úzké spolupráci praktického lékaře a poskytovatelů domácí péče.

Kvalitně poskytovaná domácí zdravotní péče umožňuje zkrátit dobu hospitalizace jen na nezbytně nutnou dobu nebo se jí zcela vyhnout. Díky domácí péči dochází i k minimalizaci přenosu nákazy či infekce. Velmi důležitým přínosem domácí péče je lepší psychická pohoda pacienta, což má pozitivní vliv na zkrácení doby uzdravování a rychlejší návrat do běžného života.

Domácí zdravotní péče je v současné době poskytována na základě předpisu praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře po hospitalizaci a je v takovém případě hrazena ZP (v maximálním rozsahu 3 hodiny denně). Určitou komplikací je, že lékař, ač není odborníkem na ošetrovatelskou péči, rozsah a obsah péče indikuje. Praxe ukazuje, že sestra musí při hodnocení stavu pacienta často okamžitě reagovat na jeho skutečný aktuální stav a provést některá vyšetření samostatně dle své odborné způsobilosti. V řadě zemí s vyspělým zdravotnictvím provádí indikaci domácí zdravotní péče i zdravotní sestra.

Péče je cílena pro akutně i chronicky nemocné, pro lidi po hospitalizaci z důvodu úrazu, operace, cévní mozkové příhody, pro všechny věkové kategorie, nejčastěji pro seniory. Péči poskytují kvalifikovaní nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Síť poskytovatelů domácí zdravotní péče je tvořena PZS, se kterými má ZP uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Součástí sítě mohou být i poskytovatelé, kteří nemají tuto smlouvu se ZP uzavřenou a péče je v tomto případě hrazena přímou platbou pacienta, formou darů apod.

Poskytovatelé domácí zdravotní péče nejčastěji komunikují s praktickými lékaři a poskytovateli akutní, následné a dlouhodobé zdravotní péče. Za obtížnější komunikaci považují poskytovatelé komunikaci s praktickými lékaři. Domnívají se, že je do značné míry ovlivněno špatně nastaveným systémem úhrad od ZP, kdy je praktický lékař limitován objemem indikované domácí zdravotní péče. Spolupráci s poskytovateli lůžkové zdravotní péče prostřednictvím sociálních pracovníků hodnotí vcelku jako bezproblémovou.

Řada poskytovatelů kombinuje poskytování zdravotních a sociálních služeb.

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

Domácí zdravotní péči zajišťuje v Pk v současné době celkem 43 poskytovatelů ošetrovatelské péče, 11 poskytovatelů léčebně rehabilitační péče, 11 poskytovatelů paliativní péče, 2 poskytovatelé dialýzy a 2 poskytovatelé umělé plicní ventilace. Někteří PZS poskytují více těchto zdravotních služeb současně, přičemž pouze 1 poskytuje péči pro dětské pacienty.

Speciální službou této kategorie jsou služby poskytované DC Veská a DC Svitavy rizikovým novorozencům, dětem s chronickým onemocněním, kombinovanými vadami, poúrazovými a pooperačními stavy, dětem vyžadujícím rehabilitační péči a dětem s nevyléčitelnými onemocněními. Jedná se o zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Návštěvy probíhají v rodinách 1 – 2x týdně dle individuálních potřeb. Služby jsou zajištěny odbornými zdravotnickými pracovníky, dětskými sestrami, fyzioterapeutkami a sociální pracovníci. Nedílnou součástí této služby je i poradenství.

V roce 2018 bylo v Pk v rámci domácí zdravotní péče ošetřeno celkem 10 941 pacientů.

Dětská centra

DC jsou specifická zdravotnická zařízení, která poskytují péči dětem opuštěným, dětem se zdravotním postižením s vrozenými vývojovými vadami nebo chronickými chorobami, popř. jiným způsobem, dětem zanedbávaným, zneužívaným, týraným a dětem ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím, a to formou zdravotní, psychologické, speciálně ošetrovatelské, rehabilitační, výchovné a sociální péče.

Již z uvedeného vymezení vyplývá, že se jedná o poskytování služeb na rozhraní zdravotních a sociálních služeb. Financování DC je vícezdrojové, přičemž zcela zásadní je příspěvek zřizovatele na provoz. Objem prostředků z veřejného zdravotního systému představuje v současné době prakticky zanedbatelnou část rozpočtu těchto organizací.

V Pk v současné době fungují dvě DC, jejichž zřizovatelem je Pk a to DC Veská a DC Svitavy.

Lékařská a lékárenská pohotovostní služba

Dle ustanovení § 110 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, se LPS rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění mimo pravidelnou ordinační dobu registrujícího lékaře. O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele. Obdobný postup je v i případě pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a lékárenské pohotovostní služby.

LPS je tedy určena pro případ náhlé změny zdravotního stavu, nikoli pro poskytování běžných zdravotních služeb!

Za její organizaci a zajištění odpovídá kraj.

S LPS souvisí i otázka úhrady regulačních poplatků, kdy podle ustanovení § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, platí, že pojištěnec, anebo jeho zákonný zástupce je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Výjimky, kdy pojištěnec regulační poplatek za ošetření lékařskou pohotovostní službou neplatí, jsou explicitně uvedeny ve výše zmíněném zákonném ustanovení

Aktuální stav pohotovostních služeb k 1.1.2022 je uveden na webu Pk:

Přehled pohotovostních služeb							
p.č.	město - region	druh PS	místo a telefon	ordinační doba		zajišťuje	odpovídá
				dny	hodiny		
1.	Pardubice	dospělí	areál nemocnice - budova č. 2 (přízemí, prostory neurochirurgické ambulance), tel.: 466 011 288	Po-Pá	17:00 - 22:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice
2.		děti a dorost	dětské oddělení nemocnice, budova č. 7, tel.: 466 015 405	Po-Pá	16:00 - 20:00		
3.		zubní	ordinace je v Multioborovém pavilonu, budova č. 17, tel.: 466 015 207	Po-Pá	8:00 - 19:00		
4.		lékárna	u vchodu do areálu nemocnice, tel.: 466 016 210	Po-Pá	17:00 - 21:00		
5.	Chrudim	dospělí	areál nemocnice - hlavní budova, tel.: 469 653 332	So,Ne,sv.	8:00 - 18:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Chrudimská nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Chrudimská nemocnice
6.		děti a dorost	areál nemocnice - hlavní budova, tel.: 469 653 331	Po-Pá	8:00 - 22:00		
7.		lékárna		So,Ne,sv.	8:00 - 22:00		
8.	Svitavy	dospělí	poliklinika, Kollárova 22, Svitavy, tel.: 461 569 239	Pá	16:00 - 20:00	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	So,Ne,sv.	8:00 - 17:00		
10.		lékárna		Po-Pá	x		
11.	Litomyšl	dospělí	areál nemocnice - přízemí budovy N, tel.: 461 655 319	So,Ne,sv.	9:00 - 17:00	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Litomyšlská nemocnice	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Litomyšlská nemocnice
12.		děti a dorost	areál nemocnice - budova P, tel.: 461 655 258	Po-Pá	x		
13.		lékárna	nemocniční lékárna Litomyšlské nemocnice a lékárny dle rozpisu ve městě	Po-Pá	8:00 - 13:00		
14.	Ústí nad Orlicí	dospělí	přízemí pavilonu C neurologického oddělení, tel.: 465 710 192	Po-Pá	7:00 - 16:30	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	Čt	8:00 - 13:00		
16.		lékárna	nemocniční lékárna Orlickoústecké nemocnice, a.s., tel.: 465 521 007	So,Ne,sv.	8:00 - 18:00		
21.	Hlinsko	dospělí	poliklinika, Nádražní 548, Hlinsko, tel.: 469 311 444	Po-Pá	7:00-17:00	Město Hlinsko	Zdravotnická záchranná služba Pk
22.		děti a dorost	poliklinika, Nádražní 548, Hlinsko, tel.: 469 311 444	Ne,sv.	8:00 - 12:00		
23.		zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	8:00 - 12:00		
24.	V.Mýto, Choceň, Č.Třebová, Ústí n.O.	zubní	dle rozpisu v jednotlivých zubních ordinacích regionu	So,Ne,sv.	9:00 - 13:00	Oblastní stomatologická komora se sídlem v Litomyšli	Zdravotnická záchranná služba Pk
25.	Lanškroun, Letohrad, Králíky, 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
x = neprovozuje se							

Paliativní péče

Paliativní péče cílí na zlepšení kvality života, zmírňuje příznaky nemoci a činí ji snesitelnou. Měla by být dostupná pro všechny pacienty, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich diagnózu.

Paliativní péči rozlišujeme na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je dobrá klinická péče o dětské a dospělé pacienty s pokročilým onemocněním. Jejím základem je ledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu života pacientovu (např. léčba s nejčastějších symptomů, empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, organizace péče s využitím služeb specialistů, zajištění domácí zdravotní péče). Obecná paliativní péče je a měla by být poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností.

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Tento tým tvoří lékař, sestry, sociální pracovník, případně psycholog, fyzioterapeut, psychoterapeut, pastorační pracovník a další odborníci. Poskytování paliativní péče je hlavní náplní tohoto týmu.

Dožití v domácím prostředí je dle průzkumů přáním většiny lidí, přesto v naší moderní době k úmrtím stále nejčastěji dochází na akutních lůžkách v nemocnicích nebo LDN.

Pacienty v terminálním stádiu nemoci vozí ZZS do nemocnic, kde jim je poskytována drahá péče, která nakonec ani není pro pacienta tak komfortní, jako kdyby mu stejné služby poskytoval domácí hospic v jeho vlastním sociálním prostředí. Odborníci na paliativní péči odhadují, že by se polovina zákroků u pacientů v posledním stádiu života dala přesunout do domácího prostředí. Domácí hospice poskytující mobilní specializovanou paliativní péči jsou vybavené personálně, materiálně i přístrojově k provádění úkonů ve vlastním sociálním prostředí pacienta, které vedou ke zmírnění symptomů. Realitou je, že takto nemocný člověk často umírá v nemocnici, nemá možnost důstojně dožít doma, nebo v lůžkovém hospici.

Současnou specializovanou paliativní péči můžeme rozdělit na ambulantní, konziliární v rámci nemocnic, lůžkovou a mobilní.

Paliativní ambulantní péči poskytují specializované ambulance paliativní medicíny pacientům, kteří pobývají ve vlastním sociálním prostředí, většinou domácím prostředí. Služba je především určena pacientům, kteří se ocitli v závěrečné fázi života, a rodinám či blízkým pacientů. Výstupem práce ambulantního týmu je plán péče, který vzniká ve spolupráci s jeho rodinou (u dětí se zákonnými zástupci). Součástí plánu může být sepsání dříve vyslovených přání jako samostatný právní dokument či součást zdravotnické dokumentace.

V rámci Pk v roce 2021 Oblastní charita Pardubice otevřela paliativní ambulanci v Holicích. V ambulanci působí lékař se specializací v oboru paliativní medicíny a je určena pacientům s pokročilými onemocněními zejména onkologickými, interními a neurologickými. Od května 2021 je otevřena i paliativní ambulance v budově lůžkového hospice v Chrudimi. Ambulance z kapacitních důvodů poskytuje služby především nemocným ubytovaným v hospici, pacientům připravujícím se na přijetí do lůžkového hospice nebo pacientům, kteří byli po zlepšení stavu u hospice propuštěni do domácí péče. Tým ambulance nabízí i návštěvní službu lékaře v pacientově přirozeném sociálním prostředí.

Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě lékařského posouzení kratší než šest měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče, to je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na léčení vlastního závažného onemocnění. Jejím cílem je udržet co nejvyšší možný komfort pacienta (mírnit symptomy bolesti, úzkosti, deliria, nevolnosti, obavy, nejistoty), chránit jeho důstojnost a konat tak v souladu s jeho přáními. Krátká časová prognóza pacienta tak zásadně odlišuje péči hospicovou od péče nemocnic, LDN nebo ošetrovatelských ústavů.

Paliativní lůžkovou péči zajišťuje v Pk v současné době Hospic Chrudim z.ú., který od října 2009 poskytuje služby pro nevyléčitelně nemocné, především onkologické pacienty, v pokročilém a posledním stádiu jejich onemocnění. Kapacita hospice je 30 lůžek. V roce 2020 bylo v této organizaci hospitalizováno celkem 331 nemocných. Průměrná

obložnost činila 87 %. Průměrná doba pobytu byla 30,8 dnů. Počet hospitalizací byl srovnatelný s předchozími 10 lety navzdory nižší obložnosti způsobené onemocněním COVID-19.

Paliativní lůžkovou péči poskytuje i OLÚ Žamberk. Na oddělení paliativní péče nabízí specializovanou péči o pacienty trpící vážným a nevyléčitelným onemocněním. Nabízí i podporu rodině a možnost pobytu s blízkým 24 hodin denně.

DC Veská a DC Svitavy poskytují služby paliativní péče pro dětské pacienty, kteří nejsou indikováni pro pobyt ve zdravotnickém zařízení akutní péče a zároveň nemohou být z různých důvodů ve své biologické rodině.

Mobilní specializovaná paliativní péče je určena pro pacienty s rychle se měnící intenzitou symptomů, jejichž zdravotní stav je nestabilní, vyžadují lékařské intervence a benefitují z podpory multidisciplinárního týmu. Podpora je poskytována i pečujícím a blízkým, a to jak po dobu péče o pacienta, tak po jeho úmrtí.

Domácí hospic je komplexní formou poskytování paliativní péče v domácím prostředí v režimu tzv. domácí hospitalizace (24/7). V domácím hospici o klienta společně pečují jeho blízcí (obvykle rodina) a multidisciplinární tým domácího hospice (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, volitelně psycholog, pastorační pracovník, intervent nebo další osoby vykonávající doplňkové služby). Četnost návštěv a péče je čistě individuální, závisí na konkrétních požadavcích a potřebách pacienta a jeho rodiny.

Specifickou skupinou hospicové péče je péče o dětské pacienty, která často trvá delší dobu (6 měsíců i déle), nebo se indikace přijetí do mobilní specializované paliativní péče mění, a často je nutná spolupráce mezi poskytovateli obecné a specializované paliativní péče a dalších odborníků. Péči pro dětské pacienty v současné době poskytuje Energea v rámci domácí zdravotní péče (obecná paliativní péče) a Domácí hospic andělů strážných a Domácí hospic sv. Michaela (specializovaná paliativní péče).

Zdravotní složka péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění formou agregované platby za ošetřovací den, ostatní složky péče jsou hrazeny z dotací, darů a grantů.

V Pk mobilní hospicové služby nabízí v podstatě jen pobočky Charity ČR. Obecnou mobilní paliativní péči v podobě domácí zdravotní péče v Pk zajišťuje 7 poskytovatelů.

Psychiatrická péče

Aktuálně se nacházíme v procesu reformy psychiatrické péče, která je systémovou změnou poskytování psychiatrické péče, jejímž hlavním cílem je zvýšení její kvality a efektivity a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním.

Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že stávající systém péče má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století. Současný model péče nezajišťuje dostatečně podporu pacientů v jejich vlastním prostředí ani spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné. Služby v komunitě (ve vlastním prostředí pacientů/klientů) existují jen na některých místech, a to ještě v nedostatečné míře. Zároveň psychiatrická péče jako zdravotní obor se potýká s dlouhodobým podfinancováním.

Hlavními nástroji, jak naplnit cíle reformy jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě PZS, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči.

Důraz bude kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch. Podpořena bude spolupráce mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami. Bude dobudována síť stávajících všeobecných i specializovaných psychiatrických ambulancí a ambulancí klinických psychologů. Dojde k výraznému rozšíření komunitní péče. Budou vytvořeny nové typy služeb – CDZ a ambulance s rozšířenou péčí. Paralelně s tímto procesem dojde k postupné redukci dlouhodobé lůžkové péče.

Cílem je vytvořit vyvážený model péče o duševní zdraví (inspirovaný tzv. balanced care modelem), kde:

- služby reflektují priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují,
- existuje vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními (konvenčními) službami,

- služby jsou poskytovány co nejblíže bydliště pacienta/klienta,
- intervence se zaměřuje jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta/klienta.

Reforma zároveň předpokládá růst celkového objemu finančních prostředků do tohoto segmentu péče nad hranici průměru ostatních segmentů zdravotní péče. Úhradové mechanismy by měly být nastaveny tak, aby motivovaly poskytovatele k chování, které je v souladu se základním záměrem reformy, a to přesunem péče do vlastního prostředí pacienta/klienta.

Na novém systému financování se bude podílet státní rozpočet, zdravotní pojišťovny i kraje. Systém bude respektovat budoucí podobu sítě služeb pro duševně nemocné, která vznikne v podobě regionálních plánů sítě v každém kraji.

CDZ je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou - akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem CDZ jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče.

Tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby. K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů, spolupracuje CDZ s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových a jiných aktivit.

V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby. Veškerá činnost se řídí platnou legislativou, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

V roce 2016 zveřejnilo MZ ČR Standard péče poskytované v CDZ (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). Podle něho by v ČR mělo do budoucna vzniknout 100 center duševního zdraví (v každém okrese minimálně jedno).

Služby CDZ jsou revoluční změnou v systému péče o duševně nemocné. Ta se od klasické liší tím, že pomáhá nemocným lidem v podmínkách jejich každodenních životů, například se zajištěním bydlení nebo pracovního místa. Pacienti v domácím prostředí neztrácejí kontakt s běžným životem jako je tomu, když jsou léčeni takzvaně za zdí.

V současné době je v ČR 30 CDZ – viz mapa portálu MZ ČR Reforma psychiatrie (<https://reformapsychiatrie.cz>).

V Pk jsou 2 CDZ a to v Pardubicích a v Chrudimi.

Zdravotnická dopravní služba

ZDS se rozumí přeprava pacienta ke smluvnímu PZS nebo od něho do místa pobytu vozidlem ZDS.

Převoz sanitkou, který je hrazený z veřejného zdravotního pojištění, indikuje lékař. Ten musí vždy posoudit, zda aktuální zdravotní stav pacienta vyžaduje přepravu sanitkou, nebo je schopen přepravy běžným způsobem.

Pokud pacient splňuje kritéria stanovená ZP, lékař vystaví na převoz poukaz a náklady jsou následně hrazeny ze zdravotního pojištění. Příkaz ke zdravotnímu transportu vyplňuje odesílající ošetřující lékař, který poskytnutí zdravotní péče požaduje. Příkaz ke zdravotnímu transportu zpět vyplňuje lékař, který zdravotní péči poskytl.

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění je transport hrazen vždy jen ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního PZS, který je schopen požadované hrazené služby poskytnout. Pokud požaduje pacient převoz ke vzdálenějšímu PZS, kterého si sám vybral, uhradí dopravci rozdíl mezi cenou dopravy k nejbližšímu a jím zvolenému PZS.

Pokud diagnóza neposkytuje právo na přepravu ZDS hrazenou ZP, dopravu si může pacient nebo jeho rodina objednat za vlastní úhradu.

V Pk zajišťuje ZDS zejména NPK, LDN Rybitví, NNP Moravská Třebová, Poličská nemocnice a dalších 11 poskytovatelů.

NPK zajišťuje ZDS prostřednictvím 28 sanitek vybavených transportním lehátkem do 250 kilogramů, transportním křeslem do 250 kilogramů, některé pak i klimatizací a přídatným naftovým topením v prostoru pro pacienty. Vozy jsou dále vybaveny zádržným systémem, příkrývkami a lůžkovinami, defibrilátorem, transportní plachtou a dalšími prostředky. V rámci této služby funguje i nepřetržitý telefonní dispečink.

Prohlídka těla zemřelého

Postup při úmrtí je vymezen v §§ 83-87 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Prohlídku těla zemřelého je třeba provést vždy; jejím účelem je zjistit smrt osoby, pravděpodobné datum a čas úmrtí, pravděpodobnou příčinu smrti a dále určit, zda bude provedena pitva.

Prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat:

- a) poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb; provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb,
- b) nejde-li o postup podle písmene a), lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel, se kterým kraj uzavřel za účelem zajišťování prohlídky těl zemřelých smlouvu,
- c) poskytovatel, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí,
- d) poskytovatel zdravotnické záchranné služby v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Přitom praktičtí lékaři nejsou příliš ochotni zajišťovat prohlídky těl zemřelých, což zdůvodňují nedostatkem časové kapacity, protože musí pečovat o své kmenové pacienty. Dalším důvodem je z jejich pohledu nedostatečné finanční ohodnocení.

Velké množství prohlídek těl zemřelých provádí ZZS Pk. V řadě těchto případů je v návaznosti na úmrtí nařízena soudní pitva a to z důvodu, že lékař, který provádí příslušné úkony související s úmrtím, zemřelého na rozdíl od praktického lékaře nezná. To může někdy zbytečně finančně zatěžovat systém veřejného zdravotního pojištění.

Činnost koronera v současné době zajišťuje v 8 krajích soukromá společnost 1.KORONERSKÁ s.r.o., v Praze, Pk, Libereckém, Karlovarském, Olomouckém a Jihomoravském kraji zajišťuje tuto činnost příslušná ZZS.

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba („záchytná služba“) je legislativně upravena v §§ 89a – 89e zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, kde je mimo jiné záchytná služba vymezena jako zdravotní služba poskytovaná 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.

Ze statistických údajů ÚZIS vyplývá, že počet léčených pacientů (zachycení) vykazuje v ČR klesající trend z 30 487 (290 na 100 000 osob v populaci) pacientů v roce 2010 na 23 744 (223 na 100 000 osob) pacientů v roce 2019.

V ČR je v současné době celkem 19 záchytných služeb, přičemž v každém kraji je jedna (včetně Prahy), pouze v Jihomoravském kraji jsou 4.

V ČR jednotlivé kraje zajišťují tuto službu různými formami:

- prostřednictvím „vlastních“ PZS – 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),
- prostřednictvím soukromých zdravotnických organizací (Plzeňský kraj).

V Pk je v rámci této služby v provozu záchytná stanice v Pardubicích (U Svaté Trojice 572, Svítkov). Jejím provozováním pověřil Pk NPK.

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.

2.1.5 Řízení PZS zřizovaných, nebo založených Pk z úrovně Pk

Řízení organizací zřizovaných, nebo založených Pk se odlišuje podle toho, zda jde o obchodní společnost nebo příspěvkovou organizaci.

Jedinou organizaci, která je v současné době aktivní a kterou Pk založil v oblasti zdravotnictví jako obchodní společnost, je akciová společnost NPK. K jejímu řízení využívá následující nástroje:

- Pk v roli jediného akcionáře vykonává působnost na valné hromadě prostřednictvím Rady Pk. Působnost valné hromady je uvedena v §14 platných Stanov.
- Valná hromada (Rada Pk) volí představenstvo, které je aktuálně tříčlenné a s jeho jednotlivými členy uzavírá smlouvy o výkonu funkce.
- Systém hodnocení členů představenstva NPK, který stanovuje 10, respektive 11 konkrétních cílů pro jednotlivé členy představenstva včetně váhy přiřazené jednotlivým cílům z oblasti:
 - Ekonomické
 - Personální
 - Kvality péče
 - Ad hoc cílů
- Dozorčí rada, jejíž 2/3 (aktuálně 4 zástupce) volí valná hromada a která je kontrolním orgánem společnosti a dohlíží na výkon působnosti představenstva a uskutečňování podnikatelské činnosti. Její působnost je uvedena v §26 platných Stanov.
- Finanční plán na příslušný rok schvalovaný Radou Pk a Investiční plán, který Rada Pk bere na vědomí.
- Plán rozvoje NPK na období 2017-2025 a jeho pravidelné roční vyhodnocování.
- V rámci kontrolní činnosti Odbor zdravotnictví provádí každoročně finanční kontrolu závazku veřejné služby dle Smlouvy o poskytování veřejné služby a podmínkách poskytnutí vyrovnávací platby za splnění závazku veřejné služby, uzavřené mezi PK a NPK; dále Odbor zdravotnictví provádí ad hoc dílčí tematické kontroly (v roce 2020 nebyla provedena žádná kontrola, v roce 2021 byla provedena 1 kontrola); další kontroly provádí Oddělení kontrolní KÚ Pk dle ročního plánu kontrol.

V oblasti zdravotnictví je Pk zřizovatelem devíti příspěvkových organizací. K jejich řízení využívá následující nástroje:

- Zřizovací listina příspěvkové organizace, jejíž součástí je zejména:
 - vymezení předmětu hlavní činnosti a okruhy doplňkové činnosti,
 - označení statutárních orgánů (ředitelů) a způsob, jakým vystupují jménem organizace,
 - vymezení majetku ve vlastnictví zřizovatele, který se příspěvkové organizaci předává k hospodaření, včetně vymezení práv, která organizaci umožní, aby se svěřeným majetkem mohla

plnit hlavní účel, k němuž byla zřízena.

- Jmenování a odvolání ředitele příspěvkové organizace
- Odměňování ředitele příspěvkové organizace, které je v současné době nastaveno dvousložkově:
 - Měsíční fixní plat
 - Pololetní odměna za plnění stanovených kritérií, kterých je 8, a jsou společné pro všechny dotčené organizace.
- Hodnocení ředitelů probíhá na základě sebehodnocení zpracovaného příslušným ředitelem, které projde verifikací v rámci Odboru zdravotnictví Pk; na jeho základě Rada Pk rozhodne formou usnesení o výši odměny jednotlivým ředitelům, které je následně formou osobního dopisu odesláno příslušným ředitelům jako podklad pro výplatu a záúčtování v rámci jednotlivých příspěvkových organizací.
- Roční rozpočet a střednědobý výhled rozpočtu schvalovaný Radou Pk.
- Roční závazné ukazatele ve struktuře:
 - Příspěvek na provoz
 - Nařízený odvod do rozpočtu zřizovatele
 - Limit prostředků na platy
 - Investiční příspěvek
 - Hodnotící ukazatele:
 - Limit OON
 - Limit průměrného přepočteného evidenčního počtu zaměstnanců
 - Plán účetních odpisů
- Porady s řediteli příspěvkových organizací konané zpravidla 4x ročně.
- V rámci kontrolní činnosti provádí Odbor zdravotnictví tematické kontroly na základě ročního plánu kontrol; v roce 2020 bylo provedeno 6 kontrol, v roce 2021 realizoval Odbor zdravotnictví 1 tematickou kontrolu; v roce 2021 Oddělení kontrolní realizovalo komplexní kontroly v pěti příspěvkových organizacích.
- Jednotlivé organizace zpracovávají výroční zprávy, respektive Zprávy o činnosti a plnění úkolů. Jejich struktura a obsah je ponechán na jednotlivých příspěvkových organizacích.

2.1.6 Aktuální koncepční zdravotnické dokumenty

V této kapitole analytické části neuvádíme úplný výčet koncepčních zdravotnických dokumentů, ale vybíráme ty, které považujeme za klíčové pro zpracování SKZ Pk.

Nadnárodní:

WHO je agentura Organizace spojených národů. Je koordinační autoritou v mezinárodním veřejném zdraví. Její centrála sídlí v Ženevě ve Švýcarsku. Organizace byla založena Spojenými národy 7. dubna 1948.

Ústava WHO stanovuje, že jejím úkolem je „dosažení všemi lidmi nejvyšší možné úrovně zdraví“. Její hlavní úloha je likvidovat nemoci, speciálně klíčové infekční nemoci. V rámci mezinárodního monitorování průběhu a šíření infekčních nemocí jako SARS, malárie, AIDS či COVID-19 realizuje též programy na likvidaci těchto nemocí, a to vývojem a distribucí vakcín.

Ústava WHO také definuje zdraví jako **stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a ne jenom jako absenci nemoci nebo vady**.

V rámci boje proti různým nemocem, WHO též provádí celosvětové kampaně, např. na zvýšení spotřeby zeleniny, nebo na snížení konzumace tabáku, a provádí vlastní výzkumné projekty - např. zda má elektromagnetické pole kolem mobilních telefonů negativní vliv na zdraví.

Hlavními směry činnosti WHO jsou:

- formulace zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států,

- odborná pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií,
- sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států,
- rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí,
- řízení zdravotní péče.

Hlavní oblasti aktivit WHO jsou:

- Podpora zdraví
- Podpora zdravotní bezpečnosti
- Upevňování zdravotnických systémů
- Využití poznatků z výzkumu při formulování strategií
- Posilování spolupráce
- Zlepšení implementace rozhodnutí

České:

V této kapitole jsou uvedeny vybrané strategické dokumenty, které jsou významné pro tvorbu SKZ.

Strategický rámec Česká republika 2030

V roce 2015 se všechny státy světa shodly na nové vizi rozvoje pro příštích 15 let. Na každém státu však zůstalo rozhodnutí, jak naplní globální Agendy 2030 pro udržitelný rozvoj a jak ve svých budoucích krocích promítnou 17 Cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals).

V kontextu s výše uvedeným schválila vláda 19.4.2017 Strategický rámec Česká republika 2030, který udává směr, jímž by se rozvoj naší země a společnosti měl vydat v příštích desetiletích. Jeho naplnění by mělo zvýšit kvalitu života v ČR a nasměrovat naši zemi k rozvoji, který bude udržitelný po sociální, ekonomické i environmentální stránce. Dokument vytváří základní rámec pro ostatní strategické dokumenty na národní, krajské i místní úrovni.

Strategický rámec Česká republika formuluje v šesti klíčových oblastech 27 strategických cílů rozdělených do 97 specifických cílů. Ty byly stanoveny s ohledem na vyvážené zastoupení ekonomické, sociální a environmentální složky rozvoje a z hlediska přínosů pro občany a kvalitu života jejich i budoucích generací. Česká republika 2030 a její Implementační plán jsou dokumenty, které reagují na mezinárodní vývoj v oblasti udržitelného rozvoje.

V rámci kapitoly Lidé a společnost jsou definovány priority a cíle v oblasti Zdraví následujícím způsobem:

ZDRAVÍ VŠECH SKUPIN OBYVATEL SE ZLEPŠUJE:

Cíl 5.1 Zvýšení délky života ve zdraví

Cíl 5.2 Omezení nerovnosti ve zdraví

Cíl 5.3 Stabilní veřejné zdravotnictví s dostatečným personálem

Cíl 5.4 Prevence a podpora zdravého životního stylu je levnější než léčba následků

Cíl 5.5 Omezování zdraví škodlivých faktorů (ovzduší, alkohol, tabák)

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

Dne 18.11.2019 vláda schválila strategický dokument Zdraví 2030. Ten řeší, jak má být zdraví české populace rozvíjeno a věnuje se faktorům, které ho ovlivňují, a navrhuje řešení. Hlavními tématy jsou reforma primární péče včetně nové koncepce a rozvoje sítě urgentních příjmů, důraz na prevenci, zdravotní gramotnost a odpovědnost občanů za jejich zdraví. Zaměřuje se také na personální stabilizaci zdravotnictví a zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů. Důležitým prvkem je také integrovaná zdravotní péče a propojení systému zdravotnictví a sociální péče.

Strategický rámec Zdraví 2030 si klade za cíl být základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a udávat směr rozvoje péče o zdraví obyvatel ČR pro toto desetiletí. S ohledem na všechny výzvy a současné trendy byly formulovány tři strategické cíle:

- zlepšení zdravotního stavu populace,
- optimalizace zdravotnického systému,
- podpora vědy a výzkumu.

Velkou výzvou, se kterou se bude zdravotnictví podle strategického dokumentu Zdraví 2030 muset potýkat, je stárnutí populace. Vyžádá si změny organizace zdravotní péče i jejího financování. Lidé starší 65 let aktuálně tvoří téměř pětinu obyvatel, kolem roku 2030 by to měla být zhruba čtvrtina a v polovině století přibližně třetina. Výrazně přibude osob nad 85 let. Dopad stárnutí již dnes představuje výzvu pro kapacity poskytování dlouhodobé a následné péče. Strategický rámec Zdraví 2030 pro toto navrhuje řešení. „*Je nutné podporovat zajištění dostatečných kapacit dlouhodobé péče a podpořit i rozvoj domácí péče jako ekonomicky výhodnější alternativy k hospitalizaci.*“

Strategický dokument Zdraví 2030 se zaměřuje také na paliativní péči. Kromě tišení bolestí jde i o psychologickou podporu nebo práci s rodinou. V posledním půlroce života absolvuje více než polovina pacientů opakované hospitalizace a téměř 15 procent více než tři hospitalizační pobyty. Řadě těchto hospitalizací lze předejít efektivním managementem péče o umírající. Téměř 60 % úmrtí je vyvoláno chronickou nemocí, lze se na něj proto připravit. Ročně jde zhruba o 60 000 lidí, kteří by většinou raději umírali doma než v nemocnici.

Neposledním důležitým tématem Strategie je reforma primární péče. Jejím cílem je postupná proměna a posílení primární péče tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní, péči snadno dostupnou každému pacientovi.

Pro implementaci tohoto strategického rámce aktuálně vznikly dílčí implementační plány, z nichž vybíráme:

- Implementační plán 1.1 Reforma primární péče
- Implementační plán 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti
- Implementační plán 2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví
- Implementační plán 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví
- Implementační plán 2.3 Digitalizace zdravotnictví
- Implementační plán 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025

Dne 13.9.2021 vláda schválila strategický dokument, který obsahuje desatero, které by mělo zajistit českým občanům v budoucnu prožít důstojné, spravedlivé a komfortní stáří.

1. Spravedlivé důchody
2. Dostupnější a kvalitní sociální a zdravotní služby
3. Dostupnější a bezbariérové bydlení pro seniory
4. Každý pátý obyvatel se stará o svého blízkého
5. Příprava státu na stárnutí populace
6. Podpora rodiny a mezilidské vztahy
7. Bezpečný život seniorů, boj proti diskriminaci, násilí a tzv. šmejdům, zvýšení ochrany spotřebitele
8. Celoživotní učení, trh práce a aktivní stárnutí
9. Bezbariérový veřejný prostor
10. Osvěta a medializace tématu stárnutí

Opatření obsažená v jednotlivých bodech Desatera by měla být do září 2022 detailně rozpracována v navazujícím akčním plánu.

Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030

NAPDZ je implementačním dokumentem provázaným se třemi strategickými dokumenty. Stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023, u kterých existují zjevné implementační deficity. Je jedním z implementačních dokumentů vládou ČR schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 a dále rozpracovává konkrétní oblast Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 včetně implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče – část za reformu péče o duševní zdraví.

V tomto dokumentu jsou definovány tři klíčové cíle:

1. Přesunout dlouhodobě hospitalizované pacienty / klienty s převahou sociálních potřeb (cca 30 % pacientů / klientů hospitalizovaných u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie do komunity, a tím současně snížit lůžka následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie o 1 200 lůžek do roku 2022;
2. Zřídit zdravotně sociální terénní týmy, které deinstitucionalizovaným osobám s duševním onemocněním zajistí péči a rehabilitaci – do roku 2022 se jedná o 30 center duševního zdraví (CDZ);
3. Zajistit bydlení pro deinstitucionalizované osoby s duševním onemocněním v komunitě (Domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení atd.), tzn., že MZ ČR ve spolupráci s MMR a MPSV vytvoří plán rozvoje těchto služeb, který stanoví, jak bude zajištěno rozdělení kompetencí pro zdravotní a sociální služby, včetně kooperace na úrovni MPSV a MZ ČR a příspěvku na financování reformy ze zdravotního a sociálního rozpočtu.

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030

NAPAN vznikl jako reakce na zvyšující se prevalenci demence v ČR a nutnost aktivně podporovat osvětu, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory pro lidi žijící s demencí a jejich pečující. ČR se tak připojila k výzvě WHO, která v roce 2012 vyhlásila demenci prioritou veřejného zdraví.

NAPAN 2020–2030 je vytvořen v souladu se Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 a jeho implementačním plánem, který označuje stárnutí české populace jako jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdravotní stav české populace a určujících budoucí vývoj českého zdravotnictví a očekávatelné potřeby zdravotních a sociálních služeb. Demografické predikce ukazují, že v následujících třiceti letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než 60 let a obyvatel starších než 65 let. S tímto vývojem bude nevyhnutelně spojena vyšší nemocnost typická pro populaci seniorů. Populační modely v souvislosti s tím ukazují na očekávatelný nárůst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (Alzheimerova nemoc, jiné typy demencí apod.). Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně-sociální péči.

Podle dat ÚZIS žilo v roce 2017 v ČR 102 tis. lidí s diagnózou demence, u 60 % se jednalo o diagnózu Alzheimerovy nemoci. Epidemiologické odhady hovoří o tom, že v ČR žilo s demencí v roce 2017 cca 142 tisíc lidí starších 60 let. Kombinací epidemiologického odhadu počtu lidí žijících s demencí a počtu léčených získáme informaci, že 72 % případů je diagnostikovaných. Tento podíl se zdá poměrně vysoký v kontextu předchozích odhadů, které hovořily o pouhých 9 % léčených v roce 2004, respektive 24 % v roce 2015

Strategické cíle NAPAN jsou rozpracovány do 49 opatření v pěti oblastech:

1. Doporučené postupy a síť služeb
2. Vzdělávání
3. Epidemiologie a výzkum
4. Povědomí o demenci a prevence
5. Ochrana práv osob žijících s demencí

Implementace NAPAN by měla probíhat ve 3 časových vlnách (2021–2023, 2024–2026 a 2027–2030).

Koncepce domácí péče v ČR

Domácí péče je vysoce kvalifikovaná odborná forma zdravotní péče, která umožňuje navázat na zdravotní péči poskytovanou v jiných zdravotnických zařízeních, čímž umožňuje zkrátit dobu hospitalizace na dobu nezbytně nutnou. Je zaměřena zejména na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob majících společné sociální prostředí, na rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a na zajištění klidného umírání a důstojné smrti.

Tato koncepce je cílena pouze na zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou se s odkazem na zákon o zdravotních službách rozumí ošetrovatelská, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče, s odkazem na zákon o veřejném zdravotním pojištění jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí

Koncepce domácí péče je zpracována na pět let (2021-2025) a respektuje základní cíl vyhlášeného Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, který je definován jako: „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“.

V rámci kontinuálního zvyšování kvality jsou v dokumentu definovány tři strategické cíle:

1. Posílení role sester v domácí péči
2. Financování domácí péče
3. Hodnocení kvality poskytované domácí péče

Koncepce ošetrovatelství

Současné ošetrovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry, týmové spolupráci s lékaři, ostatními zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. Cílem ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka, a to hlavně ve vztahu k udržení zdraví nebo potřebám vzniklým či pozměněným onemocněním.

Při dosahování cílů ošetrovatelský tým úzce spolupracuje zejména s pacientem, jeho blízkými a lékaři.

V dubnu 2021 byla vedením MZ ČR schválena nová Koncepce ošetrovatelství, která popisuje současný stav českého ošetrovatelství, nastiňuje jeho vývoj v následujících letech a prostřednictvím jednotlivých strategických cílů navrhuje postupy směřující k poskytování efektivní ošetrovatelské péče a posílení postavení sester ve společnosti.

Koncepce definuje globální cíl:

Kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity komplexní ošetrovatelské péče.

Globální cíl bude naplněn prostřednictvím 3 strategických cílů:

1. Vzdělání a praxe založená na spolupráci všech zainteresovaných stran, navýšení počtu přijímaných uchazečů v ošetrovatelských povoláních.
2. Bezpečná úroveň personálního obsazení a kvalita poskytované ošetrovatelské péče.
3. Posílení postavení sester.

Pro dosažení jednotlivých strategických cílů je definováno 9 specifických cílů na období 2021-2030.

Krajské:

Strategie rozvoje Pk na období 2021-2027 (prosinec 2021)

Je základním koncepčním dokumentem definovaným v zákoně 248/2000 Sb. O podpoře regionálního rozvoje. Stanoví zaměření a cíle rozvoje kraje zejména s ohledem na dynamický a vyvážený rozvoj kraje a jednotlivých částí jeho území a stanoví základní podmínky pro naplňování těchto cílů.

Její součástí je i v kapitole A.2.2 Dostupnost a kvalita zdravotnických služeb definovaný strategický cíl:

Dosáhnout rovnoměrného, účelného a udržitelného pokrytí zdravotními službami na území kraje pro zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny obyvatele Pk

včetně definování 11 priorit pro jeho dosažení.

V oblasti zdravotnictví jsou pak aktuální následující koncepční materiály:

Střednědobá koncepce zdravotnictví Pk (březen 2010)

Je koncepčním zdravotnickým dokumentem, který v době svého vzniku byl v podstatě jediným svého druhu v Pk. Jeho hlavním zaměřením je určení hlavních směrů rozvoje jednotlivých oborů a oblastí zabezpečení akutní lůžkové péče, tj. pěti samostatných nemocnic, akciových společností, založených Pk.

Upgrade tohoto SKZ je předmětem tohoto dokumentu.

Koncepce lůžek následné péče v Pk (listopad 2013)

Je druhým koncepčním zdravotnickým dokumentem, který navazuje na SZK Pk. Jejím obsahem je vývoj a charakteristika aktuálního stavu jednotlivých oblastí následné a dlouhodobé péče a stanovení cílů, návrhů a doporučení ve struktuře:

- Následná a dlouhodobá ošetrovatelská péče
- Následná intenzivní péče (DIP a DIOP)
- Pneumologie a ftizeologie
- Léčebně rehabilitační péče
- Psychiatrie

Upgrade tohoto dokumentu je předmětem samostatného, paralelně tvořeného dokumentu

Koncepce návazné péče v Pk (září 2015)

Tento dokument definuje strukturu návazné péče poskytované společnostmi NPK do úrovně jejich pěti lokálních poskytovatelů akutní lůžkové péče v kraji a vytváří konkrétní model organizace návazné péče na CVSP v rámci Pk s vazbou na ostatní regiony.

Jeho součástí je specifikace priorit rozvoje návazné péče v Pk v kontextu a Koncepcí návazné péče MZ ČR.

V závěrečné kapitole jsou navržena opatření provázána s možnostmi čerpání finančních prostředků z IROP na modernizaci přístrojového vybavení a nezbytné stavební úpravy návazné péče na péči poskytovanou v CVSP.

Koncepce rozvoje psychiatrické péče v Pk pro období 2015-2020 (září 2015)

Dokument popisuje aktuální stav služeb pro duševně nemocné v Pk a stanoví rozvojové cíle v této oblasti do roku 2020 v kontextu se Strategií reformy psychiatrické péče 2013—2023 vydané MZ ČR v roce 2013.

Koncepce se primárně zaměřuje na cílovou skupinu dospělých osob, jejichž potíže mají charakter závažného duševního onemocnění (SMI), která systém psychiatrické péče vytěžuje nejvíce.

Zdravotní služby pro tyto pacienty jsou poskytovány těmito formami:

- Lůžková psychiatrická péče
- Péče v denních stacionářích
- Ambulantní psychiatrická péče
- Ambulantní psychologická a psychoterapeutická péče
- Psychiatrická domácí péče

Ve všech uvedených oblastech byla zdravotní péče v mezikrajském srovnání poddimenzovaná.

Koncepce stanoví hlavní a dílčí cíle pro Pk:

Hlavní cíl: Zvýšit dostupnost zdravotních a sociálních služeb pro duševně nemocné na území Pk.

Ukazatel: snížení migrace obyvatel Pk za psychiatrickými hospitalizacemi mimo kraj.

Dílčí cíle:

- A. Optimalizovat skladbu a kapacity složek sítě psychiatrických služeb na území Pk.
- B. Zvýšit funkční propojení složek sítě služeb pro duševně nemocné na území Pk a zmenšit současnou fragmentaci systému služeb.

K dosažení těchto cílů koncepce definovala celkem 17 zcela konkrétních opatření.

Koncepce Pk eHealth (březen 2017)

Tento dokument navazuje na Národní strategie elektronizace zdravotnictví 2016 – 2020.

Vymezuje cílové skupiny uživatelů a zainteresovaných stran a jejich základní očekávání v této oblasti.

V návaznosti na ně definuje 4 kategorie priorit a stanovuje poměrně obecně hlavní cíle pro strategické období, které však v dokumentu není uvedeno.

Koncepce neobsahuje žádná konkrétní opatření k dosažení stanovených cílů.

Program rozvoje NPK na období 2017 – 2025 (říjen 2017)

Uvedený dokument podrobně definuje vývoj jednotlivých klinických oborů a neklinických úseků ve stanoveném časovém horizontu s cílem zajistit dostupnou a kvalitní zdravotní péči pro občany kraje. Jeho součástí je i přehled očekávaných investic souvisejících s rozvojem jednotlivých oblastí fungování NPK.

Představenstvo NPK předkládá jedenkrát ročně (duben) Radě Pk zprávu o plnění Plánu rozvoje NPK do roku 2025.

Koordinace a rozvoj zdravotní péče v Pk (únor 2018)

Dokument zmapoval aktuální stav a úroveň návaznosti zdravotní péče v Pk a spolupráce jednotlivých skupin poskytovatelů zdravotní péče mezi sebou.

Na základě zjištění definoval 18 konkrétních opatření ve čtyřech oblastech:

- A. Zlepšení spolupráce mezi poskytovateli jednotlivých forem zdravotní péče
- B. Řízení zřizovaných / založených zdravotnických organizací
- C. Zvyšování informovanosti
- D. Podpora systémových změn

Jeho nedílnou součástí je Akční plán, který transformuje navržená opatření do konkrétních aktivit (co, kdo a kdy má udělat) na období 2018-2020.

Krajský plán sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na období 2022 – 2030 (únor 2022)

Tento dokument popisuje principy a základní prvky nově strukturované regionální sítě péče o duševní zdraví v Pk v rámci implementace Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030.

Cílem dokumentu je podpořit plánování, koordinaci a poskytování zdravotních, sociálních a dalších souvisejících služeb v kraji tak, aby vznikla synergická a efektivní síť péče o duševní zdraví, která odpovídá evropské úrovni.

Na základě charakteristiky aktuálního stavu dokument definuje strategické cíle včetně konkrétních dílčích opatření a kroků vedoucích k budování a kultivaci sítě služeb pro:

- Osoby s těžkou duševní nemocí (29 cílů)
- Děti a mladistvé (11 cílů)
- Seniors s duševním onemocněním (3 cíle)

Mezi další krajské koncepční materiály, které se dotýkají pomezí zdravotnictví, sociálních služeb a školství patří:

- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Pk na období 2022-2024

- Strategie transformace péče o ohrožené děti a rodiny na území Pk na období 2021-2023
- Strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže PK 2020-2028

2.2 Vývoj vybraných ukazatelů v období 2010-2020 včetně mezikrajského srovnání

2.2.1 Základní přehled poskytovatelů zdravotní péče v Pk

V úvodní tabulce níže je uveden přehled základních údajů z oblasti zdravotnictví. Tento přehled je pravidelně publikován ve Statistické ročence Pk. Jako zdroj je uváděn ÚZIS.

Vybrané údaje o zdravotnictví v Pardubickém kraji

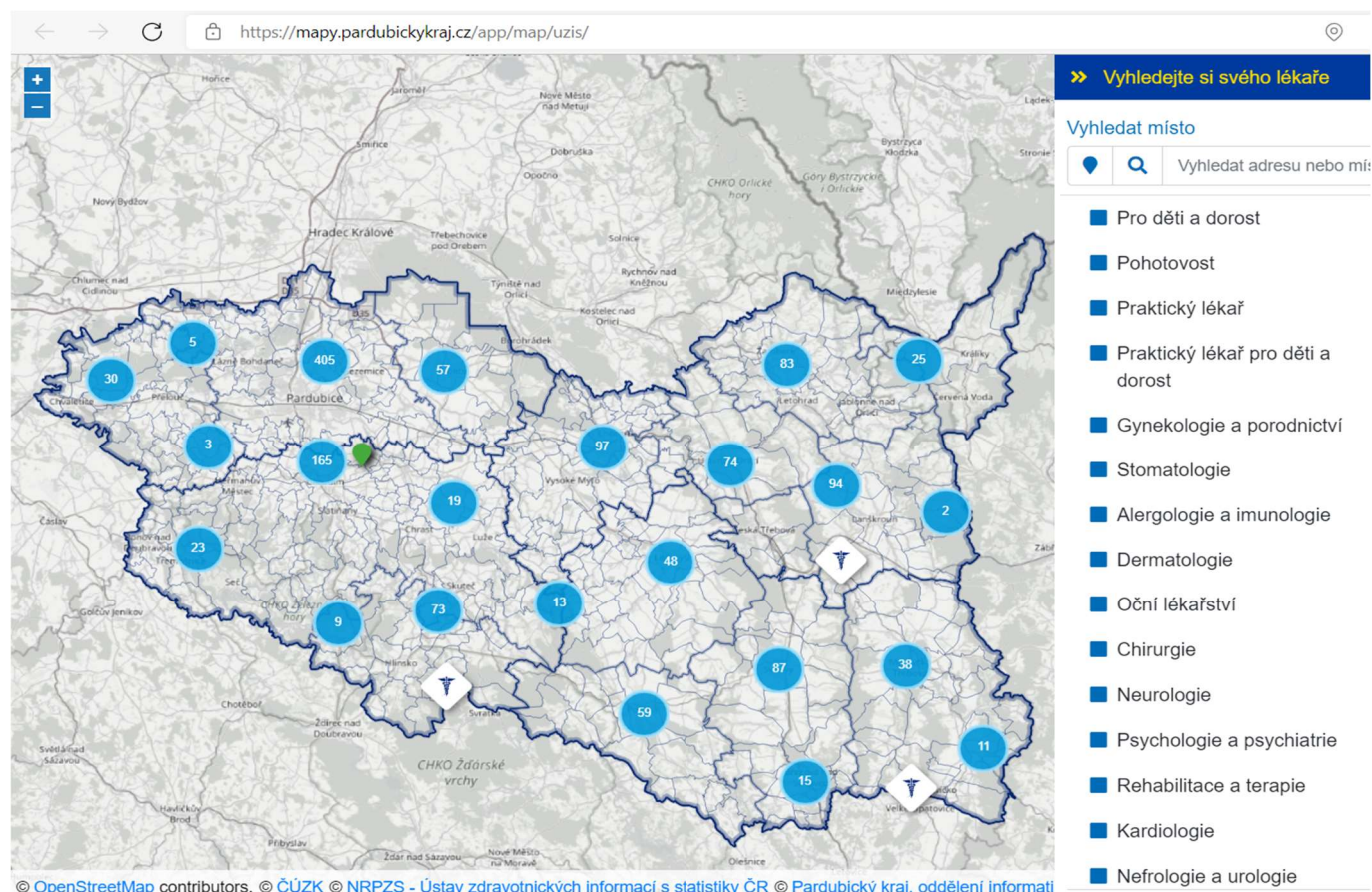
	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Lékaři celkem ¹⁾	1 964	2 038	2 048	2 104	2 103	2 139	2 172
z toho zubní lékaři		289	289	287	289	282	296
Lékaři na 1 000 obyvatel	3,8	3,9	4,0	4,1	4,1	4,1	4,1
Obyvatelé na 1 lékaře	263	253	252	246	247	244	241
Nelékařští zdravotničtí pracovníci							
s odbornou způsobilostí ¹⁾	4 472	4 584	4 547	4 738	4 783	4 839	5 212
Nemocnice akutní a následné péče	9	9	8	8	8	8	8
počet lůžek	2 641	2 534	2 487	2 524	2 525	2 502	2 494
případy hospitalizace na 1 000 obyvatel	88 001	88 431	88 892	89 402	87 829	91 345	.
	170,3	171,3	172,1	172,8	169,2	175,3	.
ošetřovací dny	669 500	646 987	613 578	455 609	583 456	571 719	.
na 1 000 obyvatel	1 295,5	1 253,3	1 187,8	178,3	1 123,9	1 097,0	.
průměrná ošetřovací doba (dny)	7,6	7,3	6,9	6,8	6,6	6,3	.
využití lůžek (dny)	251,3	255,3	246,7	241,5	231,1	228,5	.
Odborné léčebné ústavy ²⁾	7	7	7	7	7	7	7
počet lůžek	1 296	1 273	1 275	1 259	1 275	1 275	1 252
z toho léčebny pro dlouhodobě nemocné	2	2	2	2	2	2	2
počet lůžek	186	205	205	205	205	205	208
Samostatné ordinace lékařů:							
praktických pro dospělé	212	222	223	223	220	213	211
praktických pro děti a dorost	92	91	90	90	92	88	86
stomatologů	252	248	249	243	233	225	219
gynekologů	53	52	51	52	54	54	56
specialistů	329	367	376	382	370	377	377
Ostatní samostatní PZS	212	209	232	237	252	257	280
Lékárny (včetně odloučených pracovišť)	143	139	146	145	146	136	138

¹⁾ stav k 31. 12., přepočtený na plně zaměstnané

²⁾ včetně detašovaných pracovišť

Zjištění dostupnosti PZS a zdravotní péče v Pk napomáhá nová interaktivní mapa, která je veřejnosti k dispozici od února 2022 na níže uvedené internetové adrese a která umožňuje občanům vyhledat nejbližšího praktického, dětského lékaře, stomatologickou, gynekologickou ordinaci, pohotovosti a další PZS na základě zdrojových dat ÚZIS.

<https://mapy.pardubickykraj.cz/app/map/uzis/>



Ambulantní péče

V následující kapitole je uveden vývoj počtu vybraných kategorií samostatných ordinací v letech 2016 až 2020, srovnání na úrovni krajů včetně údaje počtu ordinací na 10 000 obyvatel. Navazuje uvedení přehledu vybraných samostatných ordinací za jednotlivé okresy Pk. Sledování jsou praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologové, gynekologové a ostatní specialisté.

Pokud není uvedeno jinak, jsou zdrojem údajů v této kapitole údaje publikované na Portálu regionálního zpravodajství NZIS.

Vývoj počtu samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé dle krajů v 2016-2020

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %	Počet na 10 000 obyvatel v roce 2020
Česká republika	4 691	4 653	4 587	4 540	4 501	-4,1	4,21
Hl. m. Praha	559	568	558	560	562	0,5	4,21
Středočeský	523	517	520	512	508	-2,9	3,63
Jihočeský	296	290	280	279	274	-7,4	4,26
Plzeňský	246	244	244	241	237	-3,7	4,01
Karlovarský	117	118	118	116	114	-2,6	3,89
Ústecký	338	334	328	318	312	-7,7	3,82
Liberecký	196	188	188	187	184	-6,1	4,16
Královéhradecký	246	243	239	243	241	-2	4,38
Pardubický	223	223	220	213	211	-5,4	4,04
Vysočina	240	238	237	235	234	-2,5	4,60
Jihomoravský	586	567	550	543	543	-7,3	4,54
Olomoucký	301	302	299	292	283	-6	4,49
Zlínský	290	289	288	285	283	-2,4	4,88
Moravskoslezský	530	532	518	516	515	-2,8	4,32

Ve sledovaném období došlo v ČR k absolutnímu poklesu samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé o 4,1 %, (o 190 ordinací). Podobný pokles o 5,4 % (12 ordinací) byl zaznamenán i v Pk.

V mezikrajském porovnání počtu samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé na 10 000 obyvatel v roce 2020 se Pk pohybuje v dolní části tabulky a zároveň i pod celorepublikovým průměrem.

Vývoj počtu samostatných ordinací praktických lékařů pro děti a dorost dle krajů v 2016-2020

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %	Počet na 10 000 obyvatel v roce 2020
Česká republika	1 961	1 929	1 875	1 835	1 788	-8,8	1,67
Hl. m. Praha	236	231	230	222	216	-8,5	1,62
Středočeský	237	235	226	221	221	-6,8	1,58
Jihočeský	115	113	112	111	107	-7	1,66
Plzeňský	100	97	96	96	94	-6	1,59
Karlovarský	57	56	56	54	53	7	1,81
Ústecký	149	144	144	142	141	-5,4	1,73
Liberecký	83	82	75	75	70	-15,7	1,58
Královéhradecký	109	105	104	102	99	-9,2	1,80
Pardubický	90	90	92	88	86	-4,4	1,64
Vysočina	98	97	91	92	86	-12,2	1,69
Jihomoravský	231	226	217	216	211	-8,7	1,77
Olomoucký	128	127	124	119	114	-10,9	1,81
Zlínský	107	110	106	106	104	-2,8	1,79
Moravskoslezský	221	216	202	191	186	15,8	1,56

Ve sledovaném období došlo v ČR k absolutnímu poklesu samostatných ordinací praktických lékařů pro děti a dorost o 8,8 % (173 ordinací). V Pk došlo k poklesu pouze o 4,4 % (4 ordinace).

V mezikrajském porovnání počtu samostatných ordinací praktických lékařů pro děti a dorost na 10 000 obyvatel v roce 2020 se Pk pohybuje ve střední části tabulky a téměř dosahuje celorepublikového průměru.

Vývoj počtu samostatných ordinací stomatologů dle krajů v 2016-2020

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %	Počet na 10 000 obyvatel v roce 2020
Česká republika	5 835	5 788	5 676	5 624	5 500	-5,7	5,14
Hl. m. Praha	1 046	1 047	1 044	1 046	1 034	-1,1	7,74
Středočeský	540	541	544	544	531	-1,7	3,80
Jihočeský	338	335	332	328	325	-3,8	5,05
Plzeňský	325	328	325	318	312	-4	5,28
Karlovarský	147	147	139	137	127	-13,6	4,33
Ústecký	363	354	340	326	311	-14,3	3,81
Liberecký	232	238	229	226	219	-5,6	4,95
Královéhradecký	304	299	292	290	282	-7,2	5,12
Pardubický	249	243	233	225	219	-12	4,19
Vysočina	250	240	237	233	228	-8,8	4,48
Jihomoravský	689	672	659	650	641	-7	5,36
Olomoucký	356	360	361	363	358	0,6	5,68
Zlínský	349	349	336	330	326	-6,6	5,62
Moravskoslezský	647	635	605	608	587	-9,3	4,92

Ve sledovaném období došlo v ČR k absolutnímu poklesu samostatných ordinací stomatologů o 5,7 % (335 ordinací). V Pk došlo k poklesu o celých 12 %, tj. 30 ordinací.

V mezikrajském porovnání počtu samostatných ordinací stomatologů na 10 000 obyvatel v roce 2020 vykazuje Pk třetí nejvyšší počet stomatologů na 10 000 obyvatel.

Vývoj počtu samostatných ordinací gynekologů dle krajů v 2016-2020

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %	Počet na 10 000 obyvatel v roce 2020
Česká republika	1 308	1 293	1 278	1 274	1 264	-3,4	1,18
Hl. m. Praha	190	190	187	185	188	-1,1	1,41
Středočeský	134	131	130	127	125	-6,7	0,89
Jihočeský	86	84	83	82	79	-8,1	1,23
Plzeňský	67	66	65	66	65	-3	1,10
Karlovarský	48	49	48	48	45	-6,3	1,53
Ústecký	123	120	119	117	117	-4,9	1,43
Liberecký	45	47	46	46	46	-2,2	1,04
Královéhradecký	63	61	61	61	62	-1,6	1,13
Pardubický	51	52	54	54	56	9,8	1,07
Vysočina	61	62	60	62	60	-1,6	1,18
Jihomoravský	154	149	143	143	141	-8,4	1,18
Olomoucký	69	68	66	67	66	-4,3	1,05
Zlínský	67	67	67	68	67	0	1,15
Moravskoslezský	150	147	149	148	147	-2	1,23

Ve sledovaném období došlo v ČR k absolutnímu poklesu samostatných ordinací gynekologů o 3,4 % (44 ordinací). Naopak v Pk došlo k navýšení samostatných gynekologických ordinací o téměř 10 % (5 ordinací).

V mezikrajském porovnání počtu samostatných ordinací gynekologů na 10 000 obyvatel v roce 2020 se Pk stále pohybuje v dolní části tabulky a nedosahuje celorepublikového průměru.

Vývoj počtu samostatných ordinací specialistů dle krajů v 2016-2020

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %	Počet na 10 000 obyvatel v roce 2020
Česká republika	8 281	8 312	8 273	8 308	8 347	0,8	7,80
Hl. m. Praha	1 567	1 596	1 609	1 643	1 669	6,5	12,50
Středočeský	767	755	722	726	724	-5,6	5,18
Jihočeský	431	422	421	421	419	-2,8	6,51
Plzeňský	452	454	456	459	465	2,9	7,87
Karlovarský	318	313	320	328	321	0,9	10,94
Ústecký	543	535	524	524	521	-4,1	6,38
Liberecký	277	283	289	290	289	4,3	6,53
Královéhradecký	411	403	396	386	386	-6,1	7,01
Pardubický	376	382	370	377	377	0,3	7,21
Vysočina	359	353	346	346	349	-2,8	6,86
Jihomoravský	1 021	1 042	1 030	1 022	1 017	-0,4	8,51
Olomoucký	475	483	498	497	508	6,9	8,06
Zlínský	430	436	436	447	453	5,3	7,81
Moravskoslezský	854	855	856	842	849	-0,6	7,12

Ve sledovaném období došlo v ČR k malému zvýšení počtu samostatných ordinací specialistů, nárůst o 0,8 % odpovídá navíc 66 otevřeným ordinacím. V Pk ve srovnání s rokem 2016 fungovalo v roce 2020 o jednu ordinaci specialisty více.

V mezikrajském porovnání počtu samostatných ordinací specialistů na 10 000 obyvatel v roce 2020 se Pk pohybuje ve středu tabulky, přesto nedosahuje celorepublikového průměru.

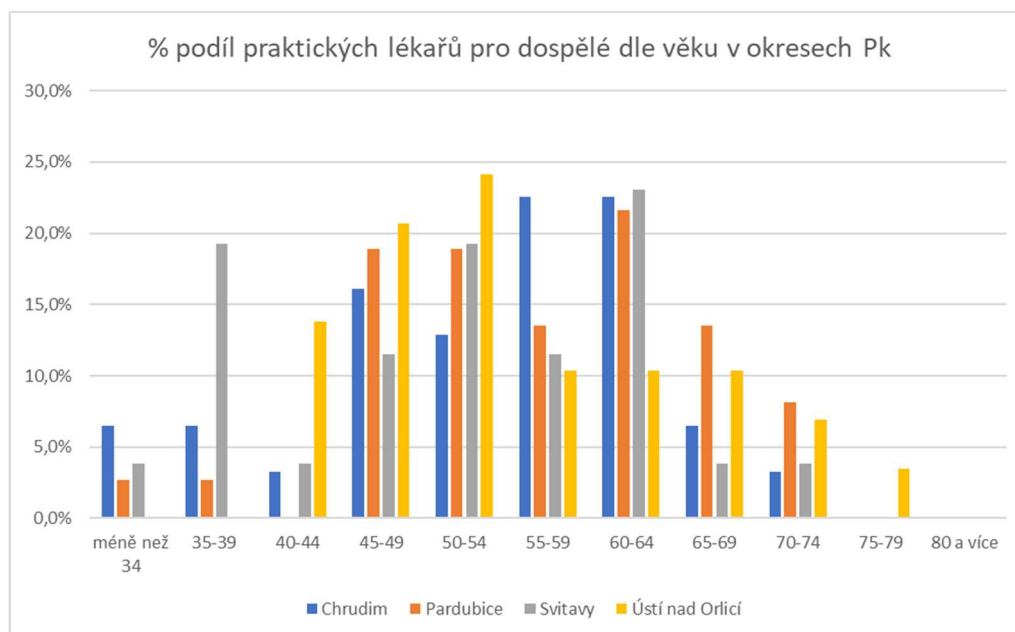
Vývoj počtu samostatných ordinací lékařů dle okresů Pk

Vývoj počtu samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé v Pk

Okres	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %
Celkem	223	223	220	213	211	-5,4
Chrudim	47	45	44	42	41	-12,8
Pardubice	71	73	72	69	68	-4,2
Svitavy	41	41	42	42	43	+4,9
Ústí nad Orlicí	64	64	62	60	59	-7,8

V kategorii samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé došlo ve sledovaném období ke snížení počtu o 12 ordinací. Na poklesu se výrazně podílí okres Chrudim (ubylo 6 ordinací) a Ústí nad Orlicí (ubylo 5 ordinací).

Následující graf zobrazuje věkovou strukturu praktických lékařů pro dospělé v jednotlivých okresech Pk.

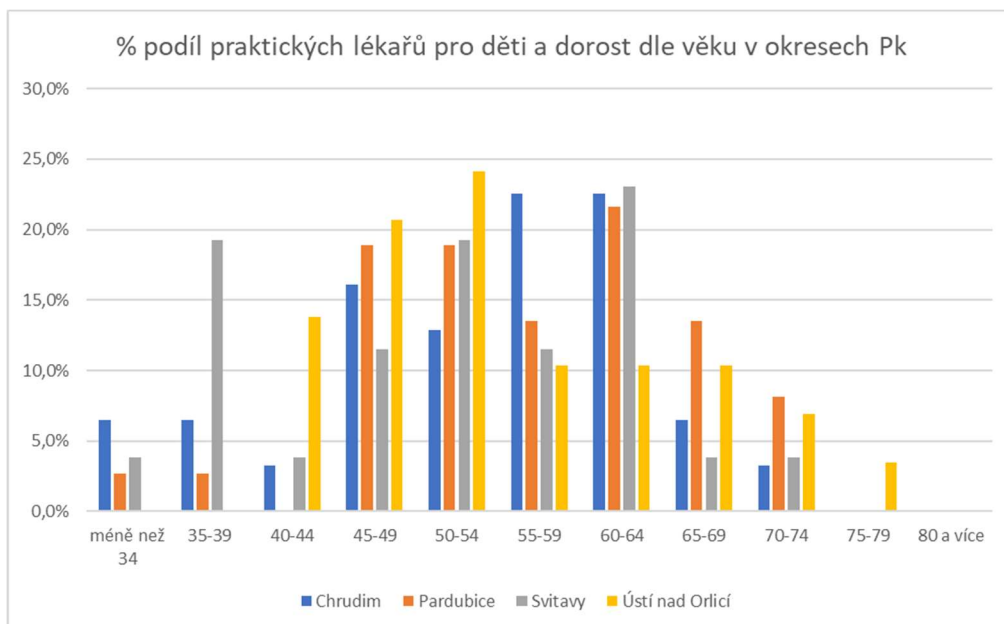


Vývoj počtu samostatných ordinací praktických lékařů pro děti a dorost

Okres	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/ 2020 v %
Celkem	90	90	92	88	86	-4,5
Chrudim	21	20	20	20	20	-4,8
Pardubice	25	25	26	25	25	0,0
Svitavy	20	21	21	20	18	-10,0
Ústí nad Orlicí	24	24	25	23	23	-4,2

V kategorii samostatných ordinací praktických lékařů pro děti a dorost došlo ve sledovaném období ke snížení počtu o 4 ordinace. Na poklesu se výrazně podílí okres Svitavy, kde ubyly 2 ordinace.

Následující graf zobrazuje věkovou strukturu praktických lékařů pro děti a dorost v jednotlivých okresech Pk.

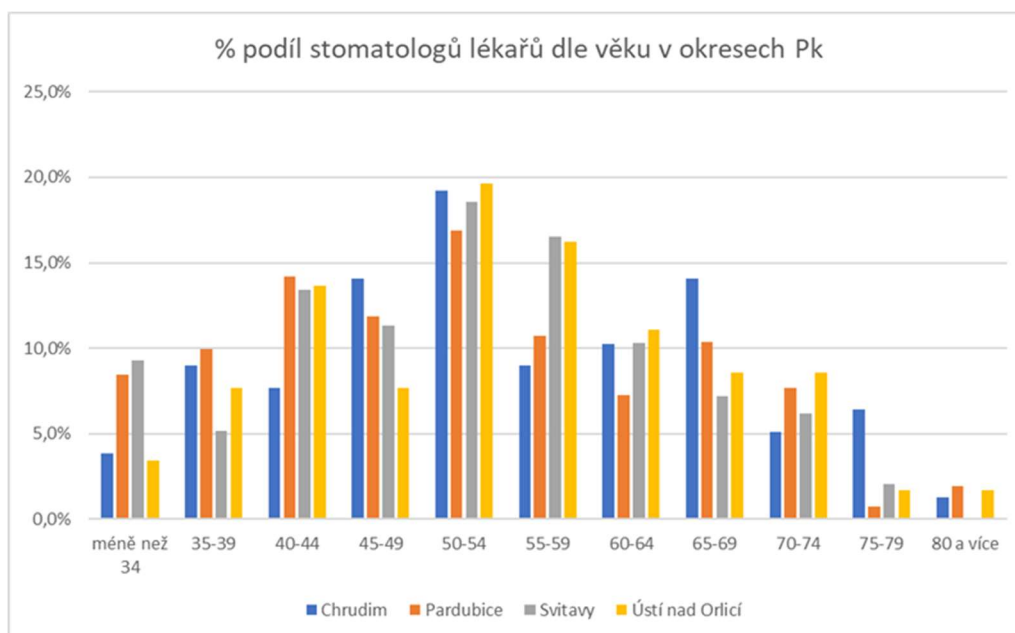


Vývoj počtu samostatných ordinací stomatologů v Pk

Okres	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %
Celkem	249	243	233	225	219	-12,0
Chrudim	47	46	46	45	44	-6,4
Pardubice	89	88	85	83	82	-7,9
Svitavy	48	47	43	40	38	-20,8
Ústí nad Orlicí	65	62	59	57	55	-15,4

V kategorii samostatných ordinací stomatologů došlo ve sledovaném období ke snížení počtu o 30 ordinací. Na poklesu se výrazně podílí okres Svitavy a okres Ústí nad Orlicí, v obou okresech došlo k poklesu o 10 ordinací. V okrese Pardubice bylo v roce 2020 v provozu o 7 ordinací méně než v roce 2016.

Následující graf zobrazuje věkovou strukturu stomatologů v jednotlivých okresech Pk.

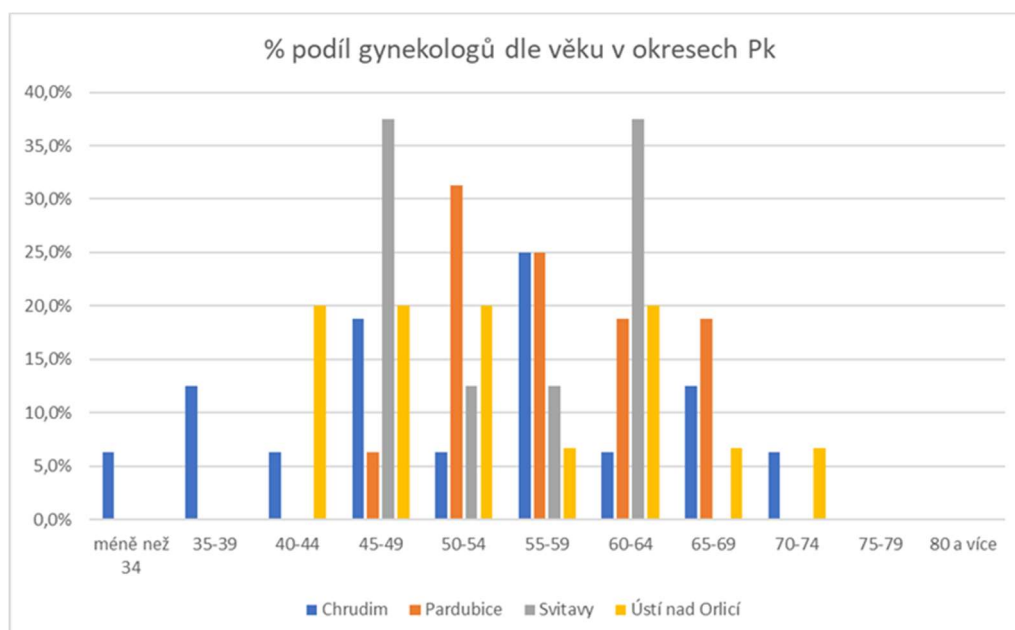


Vývoj počtu samostatných ordinací gynekologů v Pk

Okres	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %
Celkem	51	52	52	54	56	9,8
Chrudim	12	12	12	13	13	8,3
Pardubice	16	16	16	17	18	12,5
Svitavy	10	10	10	10	10	0,0
Ústí nad Orlicí	13	14	14	14	15	15,4

Ve sledovaném období se mírně navýšil počet provozovaných samostatných ordinací gynekologů ve všech okresech s výjimkou okresu Svitavy, kde zůstal beze změny. Celkem došlo v rámci kraje k navýšení o 5 ordinací.

Následující graf zobrazuje věkovou strukturu gynekologů v jednotlivých okresech Pk.

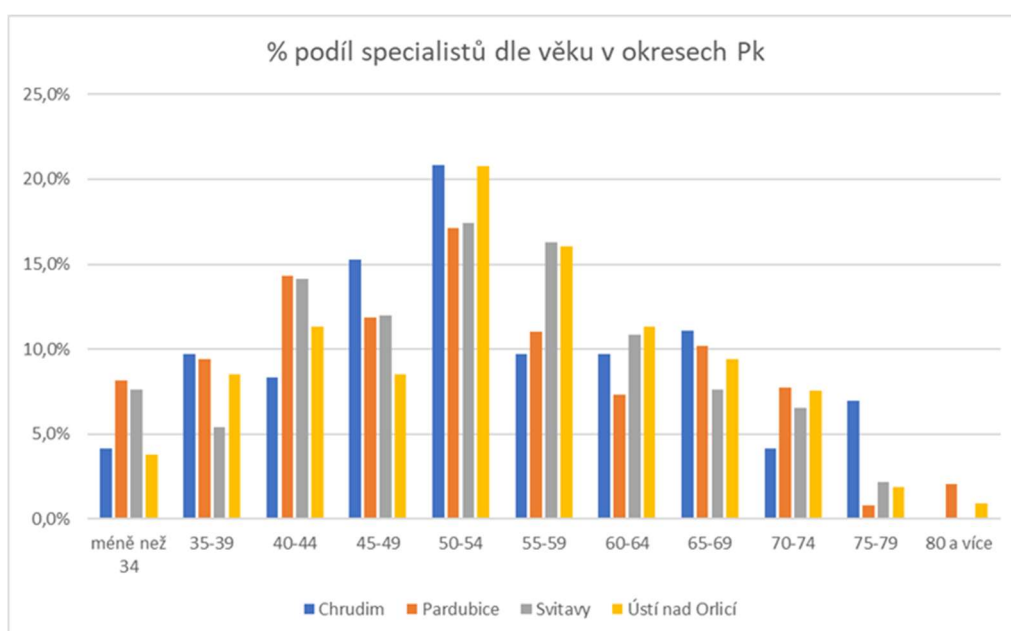


Vývoj počtu samostatných ordinací specialistů v Pk

Okres	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2016/2020 v %
Celkem	376	382	370	377	377	0,3
Chrudim	71	69	65	67	68	-4,2
Pardubice	136	142	141	145	146	7,4
Svitavy	76	73	72	70	68	-10,5
Ústí nad Orlicí	93	98	92	95	95	2,2

V rámci Pk zůstal celkový počet samostatných ordinací specialistů ve sledovaném období prakticky beze změny (zvýšení o 1 ordinaci). V období 2016-2020 se v okrese Pardubice zvýšil počet provozovaných samostatných ordinací specialistů o 10. V okrese Svítavy se snížil počet ordinací samostatných specialistů o 8.

Následující graf zobrazuje věkovou strukturu gynekologů v jednotlivých okresech Pk.

**2.2.2 Lůžková péče**

V kapitole o lůžkové péči je sledována kategorie lůžek akutní péče a lůžek následné a dlouhodobé péče.

Důležitý je vývoj absolutního počtu lůžek v letech 2015-2020, včetně porovnání s rokem 2010, vývoj počtu lůžek na 10 000 obyvatel, využití lůžek (obloženost v %) a délka hospitalizační, respektive ošetrovací doby.

Další údaje charakterizují složení a vývoj lůžkového fondu v NPK a u PZS následné a dlouhodobé péče v Pk.

Pokud není uvedeno jinak, jsou zdrojem údajů v této kapitole údaje publikované ÚZIS.

2.2.2.1 Lůžka akutní péče

Vývoj počtu lůžek akutní péče na 10 000 obyvatel

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2010
Česká republika	51,4	45,4	45,2	45,0	44,6	44,3	44,4	-7,0
Hl. m. Praha	72,7	63,9	62,6	63,3	62,2	61,7	61,7	-11,0
Středočeský	37,1	31,2	30,9	30,1	29,6	28,6	28,0	-9,1
Jihočeský	48,0	43,1	43,3	43,2	43,1	43,4	43,4	-4,6
Plzeňský	52,8	46,0	44,8	43,5	43,6	43,6	44,7	-8,1
Karlovarský	45,1	37,1	39,6	38,9	35,8	34,5	35,5	-9,6
Ústecký	50,0	45,9	46,0	46,1	45,7	46,1	46,7	-3,3
Liberecký	50,2	44,6	43,4	42,9	42,8	42,0	42,6	-7,6
Královéhradecký	57,8	51,1	50,8	50,7	50,7	50,4	50,5	-7,3
Pardubický	39,7	38,1	38,0	37,9	37,8	37,6	37,5	-2,2
Vysočina	48,8	43,7	43,7	43,7	43,7	43,5	43,6	-5,2
Jihomoravský	59,8	51,8	51,8	51,4	51,4	51,2	51,1	-8,7
Olomoucký	49,2	45,0	45,0	45,0	44,9	44,2	44,4	-4,8
Zlínský	43,5	36,9	37,0	37,0	36,7	36,5	36,5	-7,0
Moravskoslezský	48,6	44,1	44,3	43,8	43,7	43,7	44,0	-4,6

Ve všech krajích ČR došlo ve sledovaném období k poklesu počtu lůžek akutní péče na 10 000 obyvatel.

Nejnižší hodnotu ukazatele má v roce 2020 Středočeský kraj (28 lůžek), v tomto regionu došlo v období 2010 až 2020 k poklesu o cca 9 lůžek na 10 000 obyvatel.

Naopak nejvyšší počet akutních lůžek na 10 000 obyvatel vykazuje Hl. m. Praha (téměř 62 lůžek), a to přesto, že mezi roky 2010 a 2020 došlo k největšímu poklesu ukazatele (-11 lůžek).

Stále vysokých hodnot (nad 50 akutních lůžek na 10 000 obyvatel) dosahují Královéhradecký a Jihomoravský kraj, přestože v těchto regionech došlo v rámci ČR k nadprůměrnému úbytku lůžek mezi roky 2010 a 2020.

PK vykazuje v mezikrajském srovnání v daném období úbytek nejmenší, a to 2,2 lůžka na 10 000 obyvatel. V počtu akutních lůžek na 10 000 obyvatel v mezikrajském srovnání patří mezi kraje s nejnižším počtem (11. pořadí) a je výrazně pod celorepublikovým průměrem.

Vývoj počtu lůžek v NPK dle oddělení (včetně oddělení ošetrovatelské péče, rehabilitace a fyzikální medicíny)

Oddělení	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ARO	35	46	46	46	46	46	46
Cévní a plastická chirurgie	0	24	24	24	24	24	24
Dětská chirurgie	25	25	25	25	25	25	25
Gynekologie	236	131	131	131	131	131	131
Hematologie a transfúzní lékařství	0	4	4	4	4	4	4
Chirurgie	286	261	261	261	261	261	261
Infekční	50	50	50	50	50	50	50
Intenzivní péče	21	0	0	0	0	0	0
Interna	364	356	356	356	356	347	343
Kardiologie	69	69	69	69	69	69	69
Kožní	20	25	25	25	25	25	25
Maxilofac. chirurgie	10	10	10	10	10	10	10
Mezioborová JIP	6	24	24	24	24	24	24
Neurochirurgie	22	22	22	22	22	22	22
Neurologie	181	170	170	170	160	160	160
Oční	30	17	17	17	17	17	17
ORL	68	72	72	72	72	68	68
Ortopedie	74	74	74	74	74	74	74
Geriatric, LDN, DIOP, Ošetř. péče	266	238	232	232	232	232	232
Pediatric	251	138	138	138	138	135	135
Plicní	36	36	36	36	36	36	36
Porodnické a novorozenecké	0	165	165	165	165	165	165
Psychiatric	55	80	80	80	80	80	80
Radiační onkologie	46	46	46	46	46	46	46
Rehabilitační a fyz. medicína	26	46	46	46	46	46	46
Traumatologie	34	34	34	34	34	34	34
Urologie	74	75	75	75	75	74	74
Celkem lůžek v NPK	2 307	2 238	2 232	2 232	2 222	2 205	2 201

Zdroj: výroční zprávy NPK

Celkový počet lůžek v NPK vykazuje ve sledovaném období klesající trend. Od roku 2010 došlo k poklesu o 106 lůžek.

Výraznější snížení lůžkové kapacity (od organizační změny v roce 2015) proběhlo na oddělení interny (o 13 lůžek) a oddělení neurologie (o 10 lůžek).

V celkovém počtu lůžek v NPK jsou započítána i lůžka intenzivní a resuscitační. Od roku 2015 je počet těchto lůžek de facto stabilní (do roku 2018 evidováno 174 lůžek, v roce 2019 přibýlo 1 lůžko).

Lůžková struktura NPK nedoznala od roku 2015 výraznějších změn.

Podobně stabilní je ve sledovaném období i počet lůžek následné a dlouhodobé péče v rámci NPK. Můžeme tedy konstatovat, že v NPK se poměrové zastoupení typu lůžek (intenzivní, standardní a následné a dlouhodobé péče) v letech 2015–2020 nemění.

Využití lůžek akutní péče (obložnost v %)

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Pokles v % 2019/2010
Česká republika	67,0	66,1	65,5	63,5	62,6	61,9	54,0	8,6
Hl. m. Praha	62,7	63,8	63,3	60,7	60,5	60,4	54,4	3,7
Středočeský	68,3	66,7	66,1	65,9	64,1	64,0	55,7	6,3
Jihočeský	64,4	67,1	67,2	65,4	63,7	62,2	55,1	3,4
Plzeňský	66,7	68,0	68,3	68,1	66,3	64,2	56,9	3,7
Karlovarský	59,7	61,3	60,5	56,9	58,5	58,8	49,1	1,5
Ústecký	64,8	58,8	57,8	55,2	54,5	51,6	45,7	20,4
Liberecký	65,1	64,6	63,5	61,7	60,4	60,7	53,6	6,8
Královéhradecký	64,6	66,8	66,1	63,3	62,0	61,4	53,8	5,0
Pardubický	62,1	61,4	60,4	57,3	55,4	54,9	46,8	11,6
Vysočina	65,6	63,9	62,8	61,0	60,4	60,8	51,3	7,3
Jihomoravský	70,9	70,5	69,9	66,8	65,4	63,8	54,6	10,0
Olomoucký	79,0	65,9	65,6	64,0	62,5	63,7	54,7	19,4
Zlínský	69,4	70,8	70,5	68,0	67,4	66,8	59,3	3,7
Moravskoslezský	69,8	69,7	69,0	68,0	68,2	67,8	57,5	2,9

Ve všech regionech ČR došlo v roce 2019 ve srovnání s rokem 2010 ke snížení využití lůžek akutní péče.

Pk v roce 2019 dosáhl obložnost ve výši 54,9 % (k dalšímu poklesu došlo v roce 2020 na úroveň 46,8 % což bylo do značné míry ovlivněno pandemií COVID-19), což je výrazně pod celorepublikovým průměrem. V mezikrajském srovnání mu patří předposlední místo za Ústeckým krajem. Zároveň Pk patří mezi regiony, kde ve sledovaném období došlo k největšímu poklesu obložnosti.

Průměrná doba hospitalizace na akutních lůžkách (ve dnech)

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr 2010-2019	Změna 2010- 2019
Česká republika	6,7	5,8	5,8	5,7	5,6	5,6	5,7	5,9	1,1
Hl. m. Praha	6,8	6,2	6,1	6,0	5,9	5,9	6,0	6,2	0,9
Středočeský	6,2	5,2	5,2	5,2	5,1	5,1	5,1	5,3	1,1
Jihočeský	6,1	5,6	5,6	5,4	5,3	5,3	5,3	5,6	0,8
Plzeňský	7,1	6,1	6,2	6,1	6,0	6,0	6,2	6,3	1,1
Karlovarský	6,0	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9	4,9	5,2	1,1
Ústecký	6,3	5,3	5,3	5,2	5,2	5,1	5,3	5,4	1,2
Liberecký	6,2	5,5	5,5	5,4	5,3	5,4	5,4	5,6	0,8
Královéhradecký	7,4	6,9	6,9	6,7	6,6	6,5	6,7	6,8	0,9
Pardubický	5,9	5,5	5,5	5,3	5,3	5,2	5,3	5,5	0,7
Vysočina	6,4	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,4	5,6	1,1
Jihomoravský	7,2	6,4	6,3	6,1	6,1	6,0	6,1	6,4	1,2
Olomoucký	7,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2	5,8	2,5
Zlínský	6,3	5,4	5,4	5,3	5,3	5,3	5,5	5,5	1,0
Moravskoslezský	6,6	5,8	5,8	5,7	5,7	5,6	5,8	5,9	1,0

Ve sledovaném období se průměrná doba hospitalizace ve všech regionech zkracuje. K největšímu zkrácení hospitalizace došlo mezi roky 2010 a 2019 v Olomouckém kraji (2,5 dne). Nejmenší pokles průměrné doby hospitalizace (0,6 dne) vykazuje Pk. Průměrná doba hospitalizace je v Pk v roce 2019 mírně pod celorepublikovým průměrem. V roce 2019 Pk spolu se Zlínským krajem vykazuje čtvrtou nejkratší průměrnou dobu hospitalizace v ČR.

2.2.2.2 Lůžka následné a dlouhodobé péče

Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé péče na 10 000 obyvatel

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2010
Česká republika	26,6	26,9	27,1	26,9	27,1	27,2	27,0	0,4
Hl. m. Praha	29,9	29,9	29,8	27,8	28,2	28,2	27,1	-2,8
Středočeský	26,4	25,7	25,8	25,7	25,3	25,1	25,1	-1,3
Jihočeský	18,6	17,8	17,6	17,2	17,3	17,0	16,8	-1,8
Plzeňský	37,3	37,1	36,2	36,0	36,0	37,0	36,2	-1,1
Karlovarský	18,8	22,3	24,5	24,6	25,5	22,8	22,6	3,8
Ústecký	25,1	25,5	25,6	26,1	26,1	26,0	24,9	-0,2
Liberecký	16,0	16,8	17,9	18,1	18,0	18,0	17,4	1,4
Královéhradecký	18,3	22,2	22,6	22,7	22,8	22,7	25,2	6,9
Pardubický	35,5	34,7	34,7	33,7	34,1	33,9	33,9	-1,6
Vysočina	42,6	42,8	43,0	43,0	43,3	43,0	42,5	-0,1
Jihomoravský	19,4	19,1	19,6	20,1	20,7	21,3	21,5	2,1
Olomoucký	28,4	28,7	28,7	29,3	29,9	30,6	30,8	2,4
Zlínský	31,7	30,4	30,7	29,9	29,5	30,0	29,2	-2,5
Moravskoslezský	25,9	28,0	28,5	29,0	29,0	29,5	29,7	3,8

Za poslední dekádu došlo v ČR k minimálnímu navýšení počtu lůžek následné a dlouhodobé péče. V přepočtu na 10 000 obyvatel činí nárůst pouze 0,4 lůžka. Ve sledovaném období došlo k velkému navýšení přepočteného stavu lůžek o téměř 38 % v Královéhradeckém kraji a o 20 % v Karlovarském kraji.

Pk disponuje cca 34 lůžky následné a dlouhodobé péče na 10 000 obyvatel, pohybuje se výrazně nad celorepublikovým průměrem a patří mu 3. místo v mezikrajském srovnání. V Pk je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé péče v čase poměrně stabilní, v roce 2020 bylo ve srovnání s rokem 2010 o cca 1 lůžko na 10 000 obyvatel méně. Na poklesu se nejvíce podílí RÚB, Chrudimská nemocnice a LDN Rybitví. U ostatních PZS se počet lůžek za posledních 5 let prakticky nezměnil (viz. dále).

Využití lůžek následné a dlouhodobé péče (obloženost v %)

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr 2015- 2019
Česká republika	89,2	88,7	88,7	89,4	88,3	87,4	80,6	88,5
Hl. m. Praha	87,4	84,9	85,2	87,6	83,4	83,4	79,2	84,9
Středočeský	90,4	91,0	89,2	90,2	90,8	90,6	83,8	90,4
Jihočeský	81,7	79,6	80,0	80,4	77,6	74,7	70,2	78,5
Plzeňský	95,4	92,4	93,3	94,7	93,7	90,5	89,7	92,9
Karlovarský	97,0	88,3	84,4	90,0	85,1	88,2	80,7	87,2
Ústecký	92,9	94,0	92,8	90,2	88,1	85,9	81,3	90,2
Liberecký	86,0	89,4	89,0	88,0	89,7	87,8	78,7	88,8
Královéhradecký	84,8	86,8	85,3	84,6	85,0	86,2	73,2	85,6
Pardubický	87,9	91,4	90,9	93,0	91,5	90,1	82,3	91,4
Vysočina	87,3	87,9	86,8	88,0	86,0	85,2	80,1	86,8
Jihomoravský	88,9	89,2	90,1	88,4	86,0	86,5	77,1	88,0
Olomoucký	95,9	89,6	91,2	91,1	91,3	91,0	82,8	90,8
Zlínský	86,5	90,5	89,4	91,3	90,9	88,4	81,2	90,1
Moravskoslezský	87,1	85,8	89,3	89,6	91,5	90,2	80,7	89,3

S výjimkou Jihočeského kraje se průměrná obloženost v období 2015-2019 pohybuje nad hranicí 85 %. Organizace Plzeňského a Pk dosahují nejvyšší obloženosti (nad 91 %). Ve všech letech sledovaného období obloženost v Pk převyšuje 90 %, nicméně od roku 2017 má klesající tendenci. V roce 2019 se pohybuje na 5. místě mezi kraji, nad průměrem ČR.

Údaje za rok 2020 jsou ovlivněny pandemií COVID-19.

Průměrná ošetrovací doba na lůžkách následné a dlouhodobé péče (ve dnech)

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr 2015-2019	Změna 2019/2010
Česká republika	52,9	50,9	51,3	51,4	51,2	51,0	53,2	51,2	-1,9
Hl. m. Praha	60,3	55,8	56,1	54,9	54,6	52,9	53,3	54,9	-7,4
Středočeský	59,9	60,1	60,6	58,9	57,9	57,1	58,6	58,9	-2,8
Jihočeský	41,6	37,5	39,1	38,4	38,2	38,8	39,2	38,4	-2,8
Plzeňský	85,1	78,8	83,7	88,4	93,1	88,1	90,3	86,4	3,0
Karlovarský	80,2	53,7	52,9	53,8	53,8	53,1	54,0	53,5	-27,1
Ústecký	62,6	50,1	48,9	49,6	50,0	50,0	54,3	49,7	-12,6
Liberecký kraj	45,1	44,8	44,5	45,1	45,2	44,6	43,5	44,8	-0,5
Královéhradecký	50,3	46,0	46,7	45,0	42,7	42,5	46,2	44,6	-7,8
Pardubický	35,5	40,3	41,6	40,3	40,1	39,3	43,7	40,3	3,8
Vysočina	65,9	65,5	62,3	63,7	64,3	64,3	67,8	64,0	-1,6
Jihomoravský	52,5	50,6	52,9	55,2	55,3	54,7	55,8	53,7	2,2
Olomoucký	48,6	49,5	51,5	52,0	51,6	51,4	53,2	51,2	2,8
Zlínský	46,9	39,8	39,8	39,2	39,3	40,4	41,7	39,7	-6,5
Moravskoslezský	41,1	44,3	44,3	45,1	44,5	45,6	47,6	44,8	4,5

Vzhledem k určité odlišnosti péče na lůžkách následné a dlouhodobé péče a pravděpodobně rozdílným podílům těchto lůžek na celkovém počtu v jednotlivých krajích (výrazné rozdíly v mezikrajském porovnání průměrné ošetrovací doby), doporučujeme u průměrné ošetrovací doby směřovat pozornost na vývoj hodnoty v jednotlivých krajích v čase. Údaje za rok 2020 jsou ovlivněny pandemií COVID-19.

Mezi roky 2010 a 2019 došlo v řadě krajů k výraznějšímu zkrácení ošetrovací doby (nejvíce v Karlovarském kraji o 27 dní a v Ústeckém kraji o 13 dnů). V Pk naopak ve sledovaném období došlo k prodloužení ošetrovací doby o cca 5 dní, kdy k výraznějšímu prodloužení došlo již před rokem 2015. V Pk byla v roce 2019 délka ošetrovací doby výrazně pod celorepublikovým průměrem a je čtvrtou nejkratší dobou v mezikrajském srovnání.

Podrobnější údaje jsou uvedeny v Koncepci lůžek následné péče v Pk.

2.2.3 Migrace pacientů za hospitalizací

Tato kapitola je věnována sledování vztahu mezi bydlištěm pacienta a krajem, ve kterém se nachází PZS, kde byl pacient hospitalizován.

Z hlediska migrace jsou sledovány případy kdy:

- pacient má bydliště v Pk a byl hospitalizován v nemocnici v jiném kraji a
- pacient s bydlištěm v jiném kraji byl hospitalizován v nemocnici v Pk.

Následující tabulka obsahuje údaje o pacientech bydlících v Pk, kteří byli hospitalizováni v jiných krajích. Uváděny jsou ukončené hospitalizace v nemocnicích akutní i následné péče.

Kraj	2010		2014		2018		2019	
	Počet	Podíl v %	Počet	Podíl v %	Počet	Podíl v %	Počet	Podíl v %
Hl. m. Praha	3 660	15,2	4 042	16,1	11 734	38,7	12 157	39,5
Středočeský	1 783	7,4	1 587	6,3	1 256	4,1	1 326	4,3
Jihočeský	191	0,8	164	0,7	148	0,5	171	0,6
Plzeňský	59	0,2	97	0,4	124	0,4	123	0,4
Karlovarský	50	0,2	47	0,2	136	0,4	152	0,5
Ústecký	131	0,5	180	0,7	310	1,0	313	1,0
Liberecký	634	2,6	722	2,9	451	1,5	470	1,5
Královéhradecký	9 009	37,5	8 854	35,4	8 668	28,6	8 625	28,0
Vysočina	3 247	13,5	3 575	14,3	2 638	8,7	2 674	8,7
Jihomoravský	2 993	12,5	3 340	13,3	2 619	8,6	2 351	7,6
Olomoucký	1 672	7,0	1 911	7,6	1 835	6,1	1 955	6,3
Zlínský	196	0,8	183	0,7	109	0,4	129	0,4
Moravskoslezský	379	1,6	327	1,3	283	0,9	342	1,1
Celkem	24 004	100,0	25 029	100,0	30 311	100,0	30 788	100,0

Zdroj: ÚZIS, data na vyžádání ze strany Pk

Z uvedených údajů vyplývá, že mezi roky 2010 až 2019 vzrostl počet pacientů bydlících v Pk a hospitalizovaných v nemocnicích v jiných krajích o 6 784 pacientů, což odpovídá nárůstu o 28 %.

Nejvíce pacientů s bydlištěm v Pk bylo hospitalizováno v Praze, což zřejmě souvisí mimo jiné s hospitalizacemi na CVSP. Podíl hospitalizací v Praze v roce 2019 se ve srovnání s rokem 2010 zvýšil o cca 24 %. Druhým v pořadí z hlediska počtu hospitalizovaných pacientů s bydlištěm v Pk je Královéhradecký kraj, což je logické vzhledem k blízkosti Fakultní nemocnice.

Naopak nejméně obyvatelé Pk migrují za hospitalizací do vzdálenějších nemocnic Jihočeského, Zlínského, Plzeňského, Moravskoslezského, Ústeckého a Karlovarského kraje.

Následující tabulka obsahuje údaje o hospitalizacích pacientů mimo kraj svého bydliště.

Kraj	2010		2014		2018		2019	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Praha hl. m.	142 406	42,9	155 856	44,1	144 765	44,6	173 535	44,5
Středočeský	27 813	13,6	32 976	14,7	39 712	18,4	33 377	16,0
Jihočeský	9 482	7,2	9 360	7,0	9 823	7,2	12 122	7,5
Plzeňský	10 136	8,7	12 399	10,2	11 695	9,9	13 973	10,2
Karlovarský	3 707	6,4	4 054	6,9	3 912	7,5	4 194	7,7
Ústecký	7 654	4,2	7 506	4,0	6 789	3,9	7 450	4,2
Liberecký	11 427	12,4	12 891	13,6	15 130	16,6	12 404	14,2
Královéhradecký	17 362	15,1	17 185	15,6	16 795	15,9	16 490	15,6
Pardubický	6 630	7,3	7 124	7,4	7 859	8,9	7 150	7,8
Vysočina	11 484	10,5	12 357	11,2	13 532	12,6	15 507	13,4
Jihomoravský	33 020	12,0	33 348	12,2	33 196	12,4	33 139	12,1
Olomoucký	15 988	11,4	17 560	12,3	18 938	13,4	19 961	13,3
Zlínský	7 578	6,3	7 623	6,9	9 170	7,8	9 435	7,5
Moravskoslezský	11 431	4,4	12 951	4,8	12 326	4,7	13 113	4,5

Zdroj: ÚZIS, Národní registr hospitalizovaných

Údaj ve sloupci „%“ vyjadřuje procentuální podíl pacientů hospitalizovaných v daném kraji s bydlištěm mimo daný kraj z celkového počtu hospitalizovaných v daném kraji.

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že podíl pacientů, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích v Pk a jejich bydliště je mimo Pk, se v letech 2015 až 2019 pohybuje od 7,6 % do 8,9 % a ve srovnání s rokem 2010 došlo k mírnému nárůstu podílu hospitalizovaných v Pk a bydlících v jiném regionu. Nejvyšší hodnoty ukazatel tzv. migrace in dosáhl v roce 2018 a to 8,9 %.

V mezikrajském srovnání nejméně pacientů z jiného kraje bylo hospitalizováno v Ústeckém a Moravskoslezském kraji, následuje kraj Jihočeský, Zlínský, Karlovarský a Pardubický.

2.2.4 Personální situace v organizacích PZS

Z pohledu personální situace ve zdravotnictví v Pk jsme se zaměřili na následující ukazatele:

- Vývoj počtu lékařů
- Vývoj počtu nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí
- Vývoj počtu zaměstnanců NPK (vybrané ukazatele z výročních zpráv)
- Vývoj u PZS následné a dlouhodobé péče v Pk (detail vývoje přepočteného počtu zaměstnanců, lékařů, ostatních zdravotnických pracovníků, pracovníků v sociálních službách a THP viz. KLNK)

Pokud není uvedeno jinak, jsou zdrojem údajů v této kapitole údaje publikované na Portálu regionálního zpravodajství NZIS.

Vývoj počtu lékařů na 1 000 obyvatel dle krajů

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2016
ČR celkem	4,65	4,68	4,72	4,76	4,77	0,13
Hl. m. Praha	8,02	7,98	7,96	7,99	7,97	-0,04
Středočeský	3,35	3,24	3,14	3,26	3,18	-0,17
Jihočeský	4,11	4,17	4,17	4,16	4,26	0,16
Plzeňský	4,63	4,72	4,68	4,67	4,66	0,03
Karlovarský	4,33	4,66	4,54	4,52	4,42	0,09
Ústecký	3,67	3,60	3,76	3,74	3,69	0,02
Liberecký	3,94	3,85	3,91	3,99	4,07	0,12
Královéhradecký	4,58	4,59	4,67	4,77	4,77	0,19
Pardubický	3,97	4,07	4,05	4,10	4,15	0,18
Vysočina	3,80	3,98	3,97	4,04	4,11	0,31
Jihomoravský	5,20	5,24	5,34	5,43	5,47	0,27
Olomoucký	4,85	4,84	5,08	5,08	5,16	0,31
Zlínský	3,85	3,99	4,05	4,05	4,12	0,27
Moravskoslezský	4,25	4,37	4,44	4,46	4,47	0,22

V rámci ČR i všech krajů s výjimkou Středočeského kraje a Hlavního města Prahy evidujeme ve sledovaném období zvýšení poměrového ukazatele počtu lékařů na 1 000 obyvatel. V mezikrajském srovnání nárůstu počtu lékařů v letech 2016-2020 se Pk pohybuje ve středu tabulky a převyšuje celorepublikový průměr. Evidentní je velký rozptyl daný existencí fakultní nemocnice v regionu.

Vývoj průměrného přepočteného počtu nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí na 10 000 obyvatel

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2016
ČR celkem	102,6	106,1	109,9	109,4	111,5	8,9
Hl. m. Praha	151,6	155,9	157,6	156,7	158,8	7,3
Středočeský	71,4	71,7	73,9	73,2	74,9	3,6
Jihočeský	95,4	100,4	108,4	103,7	105,8	10,4
Plzeňský	103,0	108,5	108,5	105,9	107,9	4,9
Karlovarský	104,2	105,8	104,8	105,3	105,4	1,2
Ústecký	98,9	102,7	102,1	102,5	102,0	3,1
Liberecký	82,9	86,4	88,2	87,0	90,0	7,1
Královéhradecký	114,8	117,4	117,7	118,1	120,9	6,0
Pardubický	87,9	91,4	91,9	92,6	99,7	11,7
Vysočina	98,2	102,3	113,6	111,1	113,4	15,2
Jihomoravský	109,2	112,8	119,3	120,4	121,4	12,2
Olomoucký	107,7	112,2	119,4	118,8	122,4	14,7
Zlínský	87,6	92,0	97,8	99,5	100,9	13,3
Moravskoslezský	98,7	102,3	109,5	109,3	111,9	13,2

Počet nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí na 10 000 obyvatel rostl ve sledovaném období ve všech krajích.

V Pk ukazatel vzrůstal ve sledovaném období plynule s výjimkou mezi roky 2019 a 2020, kdy došlo k výraznějšímu nárůstu o 6,9 pracovníka v této kategorii na 10 000 obyvatel.

V mezikrajském srovnání nárůstu počtu nelékařských pracovníků s odbornou způsobilostí se Pk pohybuje ve středu tabulky a převyšuje celorepublikový průměr.

Vývoj přepočteného počtu zaměstnanců NPK dle kategorií

Kategorie	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2015	Změna v %
Lékaři	616,6	622,1	632,6	658,9	668,2	672,5	55,8	9,1
Farmaceuti	25,4	25,9	28,6	31,4	34,9	36,1	10,8	42,3
Sestry a PA	1 657,2	1 610,4	1 578,8	1 569,4	1 574,2	1 579,0	-78,2	-4,7
Ostatní ZPBD	293,5	299,3	350,2	461,5	487,3	499,0	205,6	70,0
NZPOSZ	100,6	108,4	114,7	124,0	130,2	129,5	28,8	28,6
NZPOD	667,0	708,8	638,9	530,4	546,4	562,5	-104,5	-15,7
JOP	25,4	21,2	15,9	9,3	10,9	11,6	-13,8	-54,3
Zdravotníci celkem	3 385,6	3 396,1	3 359,6	3 384,8	3 451,9	3 490,1	104,5	3,1
THP	316,8	340,5	331,6	339,6	360,4	381,1	64,3	20,3
Dělníci	467,2	459,3	487,5	493,5	506,7	532,5	65,3	14,0
Nezdravotníci celkem	784,0	799,8	819,1	833,1	867,1	913,6	129,6	16,5
Celkem	4 169,7	4 195,9	4 178,7	4 217,9	4 319,0	4 403,7	234,0	5,6

Zdroj: výroční zprávy NPK

Ve sledovaném období došlo v NPK k navýšení celkového počtu zaměstnanců o 234 pracovníků, což odpovídá nárůstu 5,6 %. Na tom se více podílí výrazný nárůst nezdravotnického personálu.

Celkový počet zdravotnického personálu se od roku 2015 zvýšil o 105 pracovníků, tj. o 3,1 %.

V roce 2020 v NPK pracovalo o 55,8 lékařů více než v roce 2015, což odpovídá 9,1 % nárůstu lékařů ve sledovaném období.

Nejvíce zdravotnického personálu přibýlo v kategorii Ostatní ZPBD a to o 205,6 pracovníků, tj. o 70,0 %.

K výraznému úbytku zaměstnanců došlo v kategoriích NZPOD a Sestry a PA (105, resp. 78 pracovníků).

Nárůst nezdravotnického personálu je ve stejném období o 16,5 % (tj. 130 pracovníků), nejvíce se na tom podílí výrazný nárůst THP (o pětinu ve srovnání s rokem 2015).

Počet pracovníků NPK na 1 lůžko

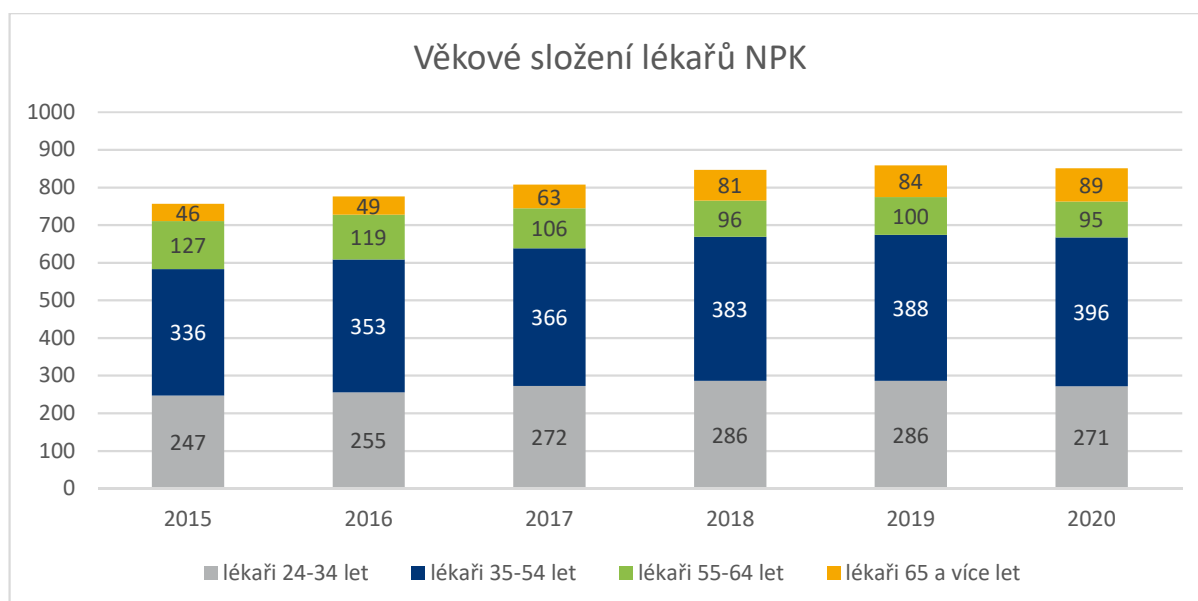
Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna v % 2020/2015
Celkem počet lůžek	2 238	2 232	2 232	2 222	2 205	2 201	-1,7
Zdravotnický personál	1,51	1,52	1,51	1,52	1,57	1,59	4,8
Nezdravotnický personál	0,35	0,36	0,37	0,37	0,39	0,42	18,5

Podobně hodnota ukazatele počtu zdravotnického personálu na jedno lůžko se v průběhu sledovaného období zvyšuje (o 4,8 %). Hodnota ukazatele počtu nezdravotnického personálu roste významně (o 18,5 %).

Věkové složení kategorie lékařů v NPK

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Podíl v % 2020
Celkem lékaři	756	776	807	846	858	851	100,0
z toho: lékaři 24-34 let	247	255	272	286	286	271	31,8
lékaři 35-54 let	336	353	366	383	388	396	46,5
lékaři 55-64 let	127	119	106	96	100	95	11,2
lékaři 65 a více let	46	49	63	81	84	89	10,5

Zdroj: výroční zprávy NPK



Mladí lékaři do 34 let tvoří téměř třetinu lékařů NPK. Podíl lékařů této věkové kategorie na celkovém počtu lékařů se v čase výrazně nemění. Podíl lékařů v nejvyšší věkové kategorii se v roce 2020 zvýšil z 6,0 % na 10,5 %.

Vývoj přepočteného počtu zaměstnanců v organizacích PZS následné a dlouhodobé péče v PK dle kategorií (bez započítání zaměstnanců NPK a DC)

Kategorie	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2015	Index 2020/2015
Celkem zaměstnanců	1 557,6	1 551,4	1 553,2	1 571,3	1 566,5	1 570,3	12,7	100,8
z toho: lékaři	88,7	83,5	80,4	79,5	76,5	74,0	-14,7	83,4
ZPBD	519,6	521,8	520,1	524,2	516,1	522,1	2,5	100,5
OZP	416,3	404	393,5	402,4	397,6	391,4	-24,9	94,0
Celkem zdravotníci	1 024,6	1 009,3	994,0	1 006,1	990,2	987,5	-37,1	96,4
THP	209,9	217,1	227,0	226,3	232,6	244,4	34,5	116,4
ostatní	323,1	325,0	332,2	339,0	343,7	338,4	15,3	104,7
Celkem nezdravotníci	533,0	542,1	559,2	565,3	576,3	582,8	49,8	109,3

Zdroj: Interní statistiky PZS

Počet pracovníků PZS následné a dlouhodobé péče na 1 lůžko (bez započítání zaměstnanců a lůžek NPK a DC)

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna v % 2020/2015
Celkem lůžek	1910	1904	1903	1903	1872	1867	-2,25
Zdravotnický personál	0,54	0,53	0,52	0,53	0,53	0,53	-1,4
Nezdravotnický personál	0,28	0,28	0,29	0,30	0,31	0,31	11,9

Na rozdíl od navýšení kapacit zdravotnického personálu na 1 lůžko v NPK došlo u PZS následné a dlouhodobé péče k poklesu zdravotnického personálu na 1 lůžko o 1,4 %. Podobně jako v NPK se počet nezdravotnického personálu na 1 lůžko u PZS následné a dlouhodobé péče významně zvýšil (o téměř 12 %).

Fluktuace v organizacích zřizovaných Pk

Zdrojovými daty k posouzení fluktuace byly interní statistiky jednotlivých organizací. Posuzován byl počet ukončených hlavních pracovních poměrů v daném roce k celkovému přepočtenému stavu pracovníků.

PZS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
OLÚ Žamberk	22,6	18,7	18,0	17,4	13,0	13,4	17,2
LDN Rybitví	5,1	6,0	12,1	6,3	6,3	4,5	6,7
NNP Moravská Třebová	13,2	15,6	16,5	11,5	17,2	14,4	14,7
OLÚ Jevíčko	7,8	4,8	5,2	4,2	10,1	6,2	6,4
RÚ Brandýs nad Orlicí	25,5	27,8	26,5	40,2	32,0	24,0	29,3
Vysokomýtská nemocnice	31,9	22,5	28,7	32,2	20,9	19,5	25,9
NPK	0,9	1,4	1,9	2,5	3,6	12,4	3,8

Z uvedených dat vyplývá, že LDN Rybitví a OLÚ Jevíčko disponují stabilním personálem, jejich průměrná míra fluktuace je pod 8 %. Naopak s vysokou fluktuací se ve sledovaném období potýkal RÚ Brandýs nad Orlicí, kdy situaci na začátku roku 2019 řešil Pk personální změnou na pozici ředitele. Míra fluktuace ve Vysokomýtské nemocnici je rovněž vysoká, ale má klesající trend. Pro zajímavost uvádíme, že Hamzova odborná léčebna za sledované období vykazuje průměrnou míru fluktuace 10,5 %.

NPK vykazovala v letech 2015 až 2019 velmi nízkou míru fluktuace, nicméně ke skokovému zvýšení (o 8,8procentního bodu) došlo v roce 2020; navíc fluktuace vykazuje rostoucí trend, což signalizuje určité problémy uvnitř organizace.

2.2.5 Sledování kvality

Většina zemí s vyspělými zdravotními systémy má mechanismy sledování kvality péče na různých úrovních poskytovatelů, od praktických lékařů až po vysoce specializovaná centra.

Zájmem pacientů je mít možnost zjistit, jakou kvalitu péče poskytují jednotliví lékaři, PZS, jaké mají zkušenosti s konkrétními diagnózami.

V zájmu PZS by mělo být tyto informace zveřejňovat a poskytovat. Pokud peníze ze zdravotního systému půjdou za pacientem, který si vybere z nabídky poskytovatelů, budou transparentní informace o kvalitě poskytované péče nezbytné pro další fungování těchto PZS.

V ČR bývá často kvalita zdravotní péče zaměňována, resp. zužována na dostupnost péče.

Aktuálně v ČR existuje Systém hlášení nežádoucích událostí u PZS v oblasti identifikace rizik spojených s poskytováním zdravotních služeb, prevence nežádoucích událostí, jejich rozpoznání a klasifikaci a jednotném posouzení na lokální úrovni, které umožní sledování a hlášení na centrální úrovni.

Sledování kvality zdravotní péče se intenzivně věnuje KZP, která připravuje Katalog ukazatelů kvality zdravotních služeb z nemocniční i ambulantní oblasti. V průběhu roku 2019 v rámci KZP:

- byla připravena a projednána základní metodika,
- byl vytvořen tým odborníků ZP pověřený řešením této problematiky,
- byly vytvořeny expertní panely složené ze zástupců plátců i klinických odborníků k projednání ukazatelů v jednotlivých oblastech,
- byla revidována řada dříve zpracovaných objemových ukazatelů a zahájena příprava ukazatelů v dalších, dříve nezpracovaných oblastech, včetně ukazatelů výsledkových.

Již zpracované ukazatele jsou dostupné zdravotním pojišťovnám na portálu statistik KZP.

V současnosti probíhá druhá fáze, v jejímž rámci je ve spolupráci s MZ ČR a ZP řešena klíčová otázka dalšího dlouhodobého a systémového využití ukazatelů a dalších výstupů. Pro tento účel byl připraven webový portál s datovými přehledy a komentáři k jednotlivým ukazatelům (<https://puk.kancelarzp.cz>). Souběžně je diskutováno využití ukazatelů pro oblast horizontálních strategií (prevence, struktura, akreditace apod.), smluvní politiku ZP, nebo zavádění nových služeb do úhrad a vykazování.

Pokud se týká legislativního rámce, je oblast hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb vymezena v §98 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, kde se mimo jiné říká, že **hodnocení kvality a bezpečí je dobrovolný proces**, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb.

Príslušné standardy kvality a bezpečí jsou pak definovány ve vyhlášce MZ ČR č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Vyhláška definuje ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování a specifikuje požadavky na personální zabezpečení, způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí. Při hodnocení kvality a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče jsou ve zdravotnickém zařízení posuzovány následující procesy:

- a) řízení kvality a bezpečí,
- b) péče o pacienty,
- c) řízení lidských zdrojů a
- d) zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče.

Akreditace

Akreditace je formou externího hodnocení kvality, kdy je posuzována shoda procesů probíhajících u PZS s akreditačními standardy s cílem zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Akreditace PZS není povinná, nicméně stále více PZS ji využívá k deklarování kvality poskytovaných služeb.

Akreditace PZS potvrzuje nastavení a dodržování norem a procesů s cílem zajištění co nejkvalitnější péče a minimalizování rizika výskytu nežádoucích událostí.

Akreditace je proces, který směřuje k poskytování maximálně bezpečné péče. Jedná se o standardizaci, sledování a vyhodnocování procesů poskytované zdravotní péče, standardizaci podpůrných a řídicích procesů a systematické a trvalé zvyšování odborné úrovně péče. Ve zdravotnictví se nejedná pouze o vlastní ošetřování a léčebně-diagnostický proces, ale zejména o komunikaci a doprovázení pacienta během jeho pobytu v organizaci PZS.

V ČR jsou od roku 2012 oprávněnými hodnotiteli kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče Spojená akreditační komise, o.p.s. a Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.. Jejich posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR, poradenská činnost, vzdělávací a publikační aktivity.

Kromě akreditačních procesů existuje řada dalších procesů ověřování (např. certifikace) a norem (např. ISO 9000) v oblasti kvality uplatňovaných ve zdravotnictví.

Kvalita zdravotní péče poskytované v NPK

V NPK je oblastí řízení kvality a bezpečí věnována velká pozornost. Ve sledovaném období 2015–2020 byl úspěšně plněn certifikační cyklus všech standardů a norem uplatňovaných systémů řízení kvality:

- Akreditace Spojenou akreditační komisí, o.p.s.
- NASKL (Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře)
- ČSN EN ISO 27001 (Systém řízení bezpečnosti informací ISMS)
- ČSN EN ISO 13 485:2016 (Systém managementu jakosti pro zdravotnické prostředky)
- Systém certifikace kritických bodů HACCP
- Externí klinický audit dle zákona 372/2011 Sb.
- Baby Friendly Hospital

Pouze akreditace PKN plánovaná na 11/2020 byla z důvodu pandemie COVID-19 odložena na rok 2021.

V roce 2015 bylo v NPK vytvořeno Oddělení řízení kvality. Oddělení je garantem implementace, provádění kontrol a rozvoje systému řízení kvality a garantem projektu sjednocování interní řídicí dokumentace (zahájen v 2017). Vedoucí oddělení a lokální manažeři kvality v jednotlivých nemocnicích plánují a provádějí interní audity. V rámci auditů sledují i vybrané indikátory např. nežádoucí události, infekce vzniklé při pobytu v lůžkovém zařízení, dekubity, pády, spokojenost pacientů, zaměstnanců a stížnosti.

V témže roce byl zahájen program „Přátelská nemocnice“ s celou řadou aktivit zaměřených do oblasti zlepšování prostředí a péče o pacienty (např. orientační systémy, stravování, parkování). Současně byl přijat společný etický kodex. V rámci projektu probíhají i aktivity celoživotního vzdělávání ve spolupráci s TyfloCentrem a FZS UPCE.

Zdrojem informací a dat v této kapitole jsou výroční zprávy NPK.

Následující tabulka ukazuje výskyt nežádoucích událostí v NPK v období 2016–2020.

Ukazatel	2016	2017	2018	2019	2020
Počet událostí	1 511	1 567	1 440	1 711	1 817
Počet hospitalizovaných pacientů	89 334	90 515	86 920	87 273	72 853
Pacienti s nežádoucí událostí v %	1,69	1,73	1,59	1,89	2,01

V letech 2016–2020 došlo k navýšení výskytu nežádoucích událostí. Na zvýšení nemá vliv jen navýšení počtu hospitalizovaných pacientů, došlo i ke zvýšení procenta pacientů, u nichž se nežádoucí událost vyskytla. Nejčastější nežádoucí událostí je pád pacienta.

V rámci sledování kvality poskytované péče jsou v NPK evidovány a vyhodnocovány stížnosti a pochvaly pacientů a probíhající soudní spory. Ke konci roku 2020 NPK evidovala 21 otevřených soudních sporů, kterých je účastníkem.

Následující tabulka ukazuje vývoj počtu stížností a pochval v období 2016-2020.

Ukazatel	2016	2017	2018	2019	2020
Počet stížností	115	104	100	117	89
z toho: oprávněné	22	23	20	15	11
neoprávněné	83	70	56	77	61
Počet pochval	295	319	341	372	312

Následující tabulka ukazuje výsledky průzkumu spokojenosti pacientů podle jednotlivých nemocnic, přičemž spokojenost je vyjadřována na hodnotící škále 1 (nejlepší) až 4.

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NPK celkem	1,4	1,29	1,24	1,14	1,16	1,22
Pardubická nemocnice	1,5	1,6	1,33	1,15	1,19	1,35
Chrudimská nemocnice	1,5	1,3	1,26	1,19	1,21	1,21
Litomyšlská nemocnice	1,25	1,05	1,15	1,04	1,03	1,12
Svitavská nemocnice	1,4	1,3	1,27	1,25	1,29	1,24
Orlickoústecká nemocnice	1,33	1,2	1,17	1,07	1,07	1,19
Počet respondentů	2 777	3 638	5 508	8 478	8 500	4 730

Po celé sledované období každoročně probíhal průzkum spokojenosti pacientů. Ve sledovaném období významně stoupl počet respondentů (pokles v roce 2020 je ovlivněn pandemií COVID-19).

Průzkum je prováděn dle jednotlivých pracovišť, uváděná hodnota je celkový průměrný výsledek. Od roku 2018 je používán vážený průměr.

Z údajů v tabulce nelze vysledovat trvalé trendy hodnocení. Ze vzájemného srovnání nemocnic vychází nejlépe Litomyšlská nemocnice (nejlepší hodnocení ve všech letech), na opačném konci žebříčku je Pardubická nemocnice.

Detailní informace k problematice kvality následné lůžkové péče u PZS v Pk včetně DC jsou uvedeny v dokumentu KLNP.

2.2.6 Ekonomické parametry

Sledování PZS historicky zpracovávaly data v různé struktuře a rozsahu (různé klinické a ekonomické informační systémy). Současně ÚZIS zpracovával statistická data na základě hlášení jednotlivých PZS, která zveřejňoval vlastními periodiky se značným zpožděním. Současně PZS předávaly automatická hlášení do datových skladů KÚ ve shodné struktuře s hlášením obcí.

Díky těmto skutečnostem vznikla potřeba zajistit sběr dat ve struktuře, která umožní srovnávat jednotlivé PZS výkonnostně a ekonomicky jak v rámci kraje, tak i celé ČR. Toho bylo částečně dosaženo v materiálu SZK z roku 2010.

Kontinuita sledování dat jednotlivých nemocnic byla přerušena sloučením pěti nemocnic Pk (samostatných akciových společností) v jeden subjekt NPK k 1. lednu 2015.

Pro účely tohoto dokumentu jsme pro analýzu výkonnosti a ekonomiky zvolili obdobné parametry. V následujících tabulkách je uveden přehled vybraných ekonomických ukazatelů jednotlivých PZS založených/ zřízených Pk.

Hodnoty uváděné v tabulkách v této kapitole jsou generovány ze zdrojů jednotlivých PZS.

NPK údaje jsou uvedeny v tis. Kč

v tis. Kč	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Výnosy celkem	3 721 480	3 825 642	4 150 311	4 469 790	4 908 463	5 627 223
z toho: prodej služeb	3 260 936	3 361 578	3 647 016	3 966 147	4 348 439	4 732 223
prodej a zboží	258 199	267 246	290 724	299 118	310 215	272 600
ostatní	202 345	196 818	212 571	204 525	249 809	622 400
Náklady celkem	3 721 067	3 828 683	4 146 552	4 468 706	4 907 773	5 625 103
z toho: spotřeba materiálu	933 312	965 982	990 562	1 033 297	1 138 953	1 274 390
spotřeba energií a služeb	430 606	420 963	429 027	449 090	455 947	446 141
osobní náklady	2 024 508	2 158 664	2 346 018	2 643 276	2 951 530	3 493 723
HV za účetní období	413	-3 041	3 759	1 084	690	2 120
vyrovnávací platba	30 932	41 308	36 605	32 393	32 758	28 050
HV bez vyrovnávací platby	-30 519	-44 349	-32 846	-31 309	-32 068	-25 930
Celková aktiva	1 269 796	1 330 729	1 575 691	1 783 047	1 660 896	1 970 030
Oběžná aktiva	877 436	896 649	1 093 840	1 319 936	1 100 485	1 281 330
Krátkodobé pohledávky	589 745	479 870	521 478	654 704	535 597	685 803
z toho: pohledávky po lhůtě splatnosti	25 114	42 055	52 801	42 759	40 356	23 687
Vlastní kapitál	611 423	608 382	595 743	597 159	597 849	599 969
Krátkodobé závazky	523 735	599 799	803 249	1 011 714	889 195	1 127 829
z toho: závazky po lhůtě splatnosti	3 540	4 110	4 110	3 307	6 219	6 219

V NPK ve sledovaném období je patrný trend růstu výnosů, který v období 2020/2015 činil 51,2 %. Na výnosech se podílí služby hrazené ZP z veřejného zdravotního systému ve výši 84,1 %. Nárůst výnosů o 14,6 % v roce 2020 je ovlivněn nastupující pandemií COVID-19 a souvisejícími kompenzačními platbami (viz. Vyhláška MZ ČR č. 305/2020 Sb. o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020).

HV se trvale pohybuje kolem nuly a jen koresponduje s výší vyrovnávací platby z rozpočtu Pk.

V období 2020/2015 vzrostly osobní náklady o 72,5 %.

Současně ve stejném období došlo k výraznému nárůstu krátkodobých závazků o 115,3 % přičemž výše krátkodobých pohledávek je v čase prakticky stabilní.

Závazky po lhůtě splatnosti jsou trvale nižší než pohledávky po lhůtě splatnosti. Pohledávky po lhůtě splatnosti se od roku 2017 snižují.

Příspěvkové organizace Pk v oblasti zdravotnictví (celkem 8 PZS bez ZZS) údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Výnosy celkem	514 310	546 371	576 287	619 644	687 385	740 132	809 920
z toho: zdravotní péče	427 336	472 090	505 499	523 534	572 217	615 341	626 379
nezdravotní výkony	7 624	8 860	9 834	9 630	12 230	16 603	21 176
Náklady celkem	742 632	534 426	563 778	614 270	674 015	729 905	802 756
z toho: spotřeba zdravotnického materiálu	29 886	26 066	27 535	27 766	27 912	31 991	30 388
spotřeba energií	27 510	23 655	22 178	20 694	20 123	23 930	21 349
služby	28 171	46 096	44 786	51 539	54 016	54 391	53 139
osobní náklady	323 240	335 636	359 398	393 470	427 878	464 223	529 958
HV	12 456	11 945	12 509	5 372	13 397	10 227	7 164
Pohledávky celkem	45 260	45 946	54 937	54 231	51 942	49 302	43 623
z toho: po lhůtě splatnosti	6 494	5 311	3 691	5 682	1 914	3 728	6 084
Závazky celkem	36 404	29 711	27 887	25 797	40 476	34 428	26 478
z toho: po lhůtě splatnosti	19 344	10 970	2 111	4 123	4 827	6 002	1 882

Rovněž v případě uvedených příspěvkových organizací je zřejmý trend růstu výnosů, a to ve výši 57,4 % v období 2020/2010. Na výnosech se podílí služby hrazené ZP z veřejného zdravotního systému ve výši 77,3 %. Nárůst výnosů o 9,4 % v roce 2020 je ovlivněn nastupující pandemií COVID-19 a souvisejícími kompenzačními platbami.

HV se pohybuje v rozpětí od 5,372 do 13,397 mil. Kč.

V období 2010-2020 došlo k výraznému snížení krátkodobých závazků po lhůtě splatnosti z 19,334 mil. Kč v roce 2010 na 1,882 mil. Kč v roce 2020, přičemž výše krátkodobých pohledávek po lhůtě splatnosti se nezměnila.

ZZS Pk údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Výnosy celkem	229 696	288 520	304 303	331 512	364 894	395 110	504 047
z toho: zdravotní péče	78 863	133 012	141 340	145 479	157 294	164 779	187 114
nezdravotní výkony	753	850	898	719	640	735	806
ostatní	150 080	154 658	162 065	185 314	206 960	229 596	316 127
Náklady celkem	229 696	285 062	303 968	331 368	363 060	394 589	503 084
z toho: spotřeba zdravotnického materiálu	2 285	3 804	4 411	4 796	4 978	5 628	12 554
spotřeba energií	2 072	2 375	2 501	2 551	2 109	2 458	2 768
služby	13 300	9 375	8 462	8 441	8 340	10 046	13 142
osobní náklady	172 362	219 353	231 061	256 225	278 309	301 831	375 279
HV	0	3 458	335	144	1 834	521	963
Pohledávky celkem	6 091	3 229	483	1 378	8 623	415	2 671
z toho: po lhůtě splatnosti	215	346	368	326	518	367	738
Závazky celkem	843	183	9 246	5 312	14 144	14 421	21 952
z toho: po lhůtě splatnosti	359	0	69	0	0	0	0

Provoz ZZS Pk je z cca dvou třetin financován z rozpočtu Pk, což vychází z platných úhradových vyhlášek. Ve sledovaném období dochází k trvalému růstu výnosů, který v období 2020/2010 činil 119,1 %. I zde je patrný výraznější nárůst výnosů v roce 2020 způsobený nastupující pandemií způsobenou onemocněním COVID-19, který ve ZZS Pk představuje meziroční nárůst 27,6 %.

V období 2020/2010 došlo k nárůstu osobních nákladů o 118,0 %.

2.2.7 Vyrovnávací platba, příspěvek na provoz

Tato kapitola se věnuje způsobu, jakým Pk financuje své PZS. V případě NPK se jedná o vyrovnávací platbu a v případě příspěvkových organizací se jedná o příspěvek na provoz.

Hodnoty uváděné v tabulkách v této kapitole jsou generovány z údajů poskytnutých Pk ve formě příslušných usnesení Rady Pk.

NPK údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Vyrovnávací platba	111 684	120 458	112 519	108 253	107 478	102 250	662 642
z toho přímo hrazená z rozpočtu Pk	30 932	41 308	36 605	32 393	32 758	28 050	202 046

U NPK je historicky uplatňován tzv. režim vyrovnávací platby, který je založen na smlouvě o poskytování veřejné služby a podmínkách poskytnutí vyrovnávací platby za plnění závazku veřejné služby uzavřené mezi Pk a NPK.

Přímá platba z rozpočtu Pk je stanovena odečtením nájemného a pojištění pronajatého majetku z celkové vyrovnávací platby. V posledních pěti letech, tj. od roku 2016 dochází k postupnému snižování výše vyrovnávací platby hrazené z rozpočtu Pk a to ze 41,308 mil. Kč na 28,050 mil. Kč v roce 2020.

Následující část této kapitoly se věnuje vývoji výše příspěvku na provoz poskytnutého Pk příspěvkovým organizacím v oblasti zdravotnictví.

PZS typu NNP, LDN, OLÚ, RÚ (celkem 6 PZS) údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
OLÚ Žamberk	1 127	1 570	2 974	4 426	4 125	17 770	31 992
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	1 127	1 570	2 974	4 426	4 125	1 525	15 747
OLÚ Jevíčko	0	0	762	0	500	12 485	13 746
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	0	0	762	0	500	1 350	2 612
RÚ Brandýs nad Orlicí	0	0	386	0	0	7 335	7 722
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	0	0	386	0	0	715	1 101
LDN Rybitví	1 506	1 880	2 774	2 763	3 171	11 273	23 367
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	1 506	1 880	2 774	2 763	1 073	2 108	12 105
NNP Moravská Třebová	200	0	300	4 650	2 500	14 824	22 474
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	200	0	300	4 650	2 500	6 400	14 050
Vysokomýtská nemocnice	0	0	506	58	46	8 461	9 071
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	0	0	506	0	0	90	596

V případě lůžkových PZS zřizovaných Pk ve formě příspěvkových organizací jsou v každém roce každé organizaci usnesením Rady Pk stanoveny závazné ukazatele, jejichž součástí je příspěvek na provoz z rozpočtu Pk. Největší příspěvek na provoz z rozpočtu Pk za sledované období 2015-2020 ve výši 15,747 mil. Kč obdržel OLÚ Žamberk, nejmenší ve výši 1,101 mil. Kč obdržel RÚ Brandýs nad Orlicí.

Vliv pandemie způsobené onemocněním COVID-19 se promítl i do navýšení příspěvku na provoz hrazeného z rozpočtu Pk v roce 2020, který vzrostl v součtu za šest PZS z 4,198 mil. Kč v roce 2019 na 12,188 mil. Kč. Celkově příspěvek na provoz hrazený z rozpočtu Pk uvedených PZS dosáhl za období 2015-2020 částky 46,211 mil. Kč

PZS dostávaly v roce 2020 od ZP kompenzační platby za výpadky příjmů způsobených nastupující pandemií způsobenou onemocněním COVID-19 ve výši 57 mil. Kč.

DC, DD údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
DC Svitavy	15 635	17 216	20 309	21 008	22 756	25 039	121 962
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	13 400	14 700	17 861	19 012	21 003	22 248	108 224
DC Veská	23 656	23 878	40 247	41 986	45 153	47 467	222 387
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	20 200	20 970	34 271	37 083	40 347	41 552	194 422
DD Holice	12 382	12 366	0	0	0	0	24 748
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	10 300	10 640	0	0	0	0	20 940

DC se výrazně liší strukturou a rozsahem poskytovaných služeb od výše analyzovaných PZS. U DC Veská se do výše příspěvku na provoz promítlo sloučení s DD Holice, ke kterému došlo k 1.1.2017.

Celkově za roky 2015-2020 dosáhl příspěvek na provoz obou DC částky 323,586 mil. Kč.

ZZS Pk údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
ZZS Pk	150 646	163 240	182 932	191 767	214 164	294 635	1 197 384
z toho přímo hrazený z rozpočtu Pk	150 177	159 257	182 557	190 757	211 860	229 170	1 123 778

ZZS Pk čerpá ze všech PZS největší příspěvek na provoz z rozpočtu Pk. Je to dáno zejména výší úhrady zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění, která nepokrývá ani polovinu nákladů ZZS Pk. Meziročně v letech 2015-2019 dosahuje růst příspěvku na provoz 5-12 %. Mezi roky 2020 a 2019 došlo k nárůstu o 37 % způsobeného zejména v důsledku pandemie způsobené onemocněním COVID-19. Celkem za roky 2015-2020 dosáhl příspěvek na provoz ZZS Pk částky 1 123,778 mil. Kč.

Výrazně menší část finančních prostředků získává ZZS Pk formou dotace na stanovený účel ze státního rozpočtu na zajištění připravenosti řešení mimořádných událostí a krizových situací.

Celkem za všechny PZS

Následující tabulka je rekapitulací vyrovnávacích plateb a příspěvků na provoz za všechny PZS založené / zřízené Pk za období 2015-2020 (údaje jsou uvedeny v tis. Kč).

PZS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
NPK	30 932	41 308	36 605	32 393	32 758	28 050	202 046
OLÚ Žamberk	1 127	1 570	2 974	4 426	4 125	17 770	31 992
OLÚ Jevíčko	0	0	762	0	500	12 485	13 746
RÚ Brandýs nad Orlicí	0	0	386	0	0	7 335	7 722
LDN Rybitví	1 506	1 880	2 774	2 763	3 171	11 273	23 367
NNP Moravská Třebová	200	0	300	4 650	2 500	14 824	22 474
Vysokomýtská nemocnice	0	0	506	58	46	8 461	9 071
DC Svitavy	15 635	17 216	20 309	21 008	22 756	25 039	121 962
DC Veská	23 656	23 878	40 247	41 986	45 153	47 467	222 387
DD Holice	12 382	12 366	0	0	0	0	24 748
ZZS Pk	150 646	163 240	182 932	191 767	214 164	294 635	1 197 384
Celkem	236 085	261 457	287 797	299 051	325 172	467 338	1 876 900

Zabezpečení poskytování zdravotních služeb na území Pk si z pohledu výše příspěvku Pk na provoz, resp. vyrovnávací platby (měřeno finančním výdajem z rozpočtu kraje) za období 2015-2020 vyžádalo celkem 1 695,621 mil. Kč v následujícím členění:

- 1 123,778 mil. Kč pro ZZS Pak
- 323, 586 mil. Kč pro DC, DD
- 202,046 mil. Kč pro NPK
- 46,211 mil. Kč pro PZS typu NNP, LDN, OLÚ, RÚ

2.2.8 Investice

Ve sledovaném období realizoval Pk velké množství investičních akcí u svých PZS. Jednotlivé akce byly financovány jedním nebo kombinací více zdrojů (rozpočet Pk, státní rozpočet, evropské fondy, rozpočty PZS).

V následujících tabulkách jsou do ostatních zdrojů zahrnuty finanční prostředky z evropských fondů a ze státního rozpočtu ČR.

Největší objem finančních prostředků byl alokován na výstavbu nových pavilonů. Další významné částky šly na rekonstrukce stávajících budov, rekonstrukce spalovny nebezpečného odpadu, rekonstrukce stravovacích provozů, úsporu energií, výstavbu nových výjezdových základů ZZS Pk, nákup a obměnu zdravotnické techniky, ekologických opatření, e-Health, zlepšení logistiky, úpravu lesoparku.

Zdrojem níže uvedených dat je přehled vedený ekonomickým oddělením odboru zdravotnictví Pk.

NPK údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Hrazeno z rozpočtu Pk	68 509	33 812	39 619	41 337	159 622	183 527	30 853	37 973	107 700	161 342	225 930	1 090 225
Hrazeno z ostatních zdrojů	2 313	21 277	1 699	50 443	194 787	216 488	37 181	16 892	48 055	12 360	81 767	683 263
Celkem	70 822	55 090	41 319	91 780	354 409	400 015	68 034	54 865	155 755	173 702	307 697	1 773 488

Mezi největší realizované akce ve sledovaném období patří výstavba multioborového pavilonu, nákup včetně instalace PET/CT a instalace magnetické rezonance 3T v Pardubické nemocnici, modernizace psychiatrie ve Svitavské nemocnici, výstavba pavilonu centrálního příjmu s odbornými vyšetřovny v Orlickoústecké nemocnici, operační sály v Chrudimské nemocnici, realizace úspor energie ve všech nemocnicích NPK.

PZS typu NNP, LDN, OLÚ, RÚ (celkem 6 PZS) údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Hrazeno z rozpočtu Pk	35 817	11 326	7 272	10 964	26 719	53 151	55 248	39 766	71 388	44 207	80 725	436 583
Hrazeno z ostatních zdrojů	10 475	1 390	111	823	23 477	35 781	13 618	279	3 417	22 409	49 963	161 745
Celkem	46 292	12 716	7 384	11 786	50 196	88 932	68 866	40 045	74 806	66 616	130 689	598 328

Mezi největší investiční akce ve sledovaném období patří realizace úspor energie ve všech PZS, modernizace plicního lůžkového oddělení v OLÚ Žamberk, stavba pavilonu plicní rehabilitace v OLÚ Jevíčko, zajištění požární bezpečnosti ve Vysokomýtské nemocnici a LDN Rybitví, rekonstrukce a modernizace ČOV v OLÚ Žamberk, přístavba a výměna rozvodů v RÚ Brandýs nad Orlicí.

Finanční prostředky některých investičních projektů jsou alokovány do více PZS a nelze rozčlenit např. projekt e-Health a spisové služby.

DC údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Hrazeno z rozpočtu Pk	6 744	400	1 223	0	370	4 731	1 779	14 591	9 358	739	208	40 144
Hrazeno z ostatních zdrojů	2 666	0	0	0	0	0	3	23	8 979	330	238	12 239
Celkem	9 410	400	1 223	0	370	4 731	1 781	14 614	18 338	1 069	446	52 383

Realizace úspor energie v DC Veská a DC Svitavy, přístavba resocializačního centra pro matku a děti v DC Svitavy

ZZS Pk údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Hrazeno z rozpočtu Pk	4 242	3 286	431	1 040	657	66 882	25 228	2 644	26 858	38 872	40 345	210 485
Hrazeno z ostatních zdrojů	0	0	0	1 189	751	37 390	573	227	13 091	27 895	9 130	90 245
Celkem	4 242	3 286	431	2 229	1 408	104 272	25 801	2 871	39 949	66 766	49 475	300 730

V ZZS Pk byly investiční akce zaměřeny na výstavbu nových nebo modernizaci stávajících výjezdových stanišť a vytvoření systému jednotné úrovně informačního systému pro příjem tísňového volání.

Celkem za všechny PZS údaje jsou uvedeny v tis. Kč

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Hrazeno z rozpočtu Pk	111 069	45 539	48 115	52 300	186 712	241 409	87 880	92 329	188 446	206 288	306 864	1 566 951
Hrazeno z ostatních zdrojů	15 454	22 667	1 811	51 266	218 264	252 270	50 802	17 194	60 452	35 099	131 968	857 247
Celkem	126 523	68 206	49 926	103 566	404 976	493 678	138 682	109 524	248 898	241 387	438 832	2 424 198

Realizace investičních akcí ve sledovaném období 2010 až 2020 si z uvedených zdrojů vyžádala celkovou částku ve výši 2 424,198 mil. Kč, z toho 1,777,437 mil. Kč, v následujícím členění:

1 773,488 mil. Kč (z toho:	1 090,225 mil. Kč z rozpočtu Pk) pro NPK
598,328 mil. Kč (z toho:	436,583 mil. Kč z rozpočtu Pk) pro PZS typu NNP, LDN, OLÚ, RÚ
300,730 mil. Kč (z toho:	210,485 mil. Kč z rozpočtu Pk) pro ZZS Pk
50,383 mil. Kč (z toho:	40,144 mil. Kč z rozpočtu Pk) pro DC

2.3 Analýza účelnosti a efektivity podpůrných nezdravotních služeb u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb zřízených, nebo založených Pk

Součástí analytické části je také rozbor vybraných podpůrných nezdravotních služeb.

Součástí této kapitoly není srovnání kvality služeb u jednotlivých poskytovatelů.

Hodnoty uváděné v tabulkách v této kapitole jsou generovány ze zdrojů jednotlivých PZS.

2.3.1 Stravování

U sledovaných PZS jsou zajišťovány stravovací služby interními zdroji pro pacienty i zaměstnance případně i s poskytováním služby externím subjektům nebo externími dodavateli. ZZS Pk stravování zaměstnanců řeší formou stravenek.

Většina PZS provozuje stravovací služby vlastními prostředky. Vysokomýtská nemocnice a LDN Rybitví řeší stravovací služby externími dodavateli.

Stravovací služby představují mezi podpůrnými nezdravotními službami finančně nejnákladnější položku u všech sledovaných PZS. U šesti PZS následné péče se náklady na stravovací služby v roce 2020 pohybují v rozpětí 4,5 až 12,6 mil. Kč.

U DC se roční náklady na stravovací služby pohybují do 2 mil. Kč. Převážně jde o dětské pacienty se speciální stravou a jejím podáváním.

Následující tabulka ukazuje celkové náklady (v tis. Kč) na stravovací služby u jednotlivých PZS.

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NPK	x	x	x	x	x	66 931	76 135	82 145	81 314	117 544	115 745
OLÚ Žamberk	10 967	10 305	10 150	10 475	10 519	9 324	8 518	11 264	12 083	13 628	12 629
RÚ Brandýs nad Orlicí	5 820	5 901	5 940	5 615	6 030	5 949	6 392	6 754	7 040	7 799	8 367
OLÚ Jevíčko	10 545	10 903	9 114	8 910	8 526	8 679	8 786	9 285	9 954	10 503	10 975
Vysokomýtská nemocnice	x	x	x	x	x	4 968	5 156	5 186	5 036	4 732	4 474
LDN Rybitví	3 056	3 301	3 565	3 850	3 698	4 158	3 958	5 376	5 184	5 282	4 947
NNP Moravská Třebová	6 362	6 294	6 350	6 573	7 128	7 670	7 475	7 779	9 097	8 839	9 352
DC Veská	x	x	x	x	x	x	x	2 536	2 207	1 957	1 681
DC Svitavy	1 520	1 460	1 421	1 582	1 678	1 682	1 549	1 770	1 754	1 905	1 390

S ohledem na porovnatelnost některých parametrů stravovacích služeb nejsou do dalších analýz zahrnuta DC.

Cena celodenní stravy pacienta zajištěné interními zdroji (v Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NPK	x	x	x	x	x	x	x	137	144	158	169
OLÚ Žamberk	135	135	133	133	144	140	135	148	151	146	141
RÚ Brandýs nad Orlicí	x	92	96	106	102	101	112	124	119	148	181
OLÚ Jevíčko	126	129	131	122	124	129	133	144	154	163	195
NNP Moravská Třebová	181	173	175	186	191	196	198	200	210	221	250

Cena celodenní stravy pacienta zajištěné externím dodavatelem (v Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Vysokomýtská nemocnice	x	x	x	x	x	129	137	149	158	162	166
LDN Rybitví	143	143	143	143	163	163	148	148	156	164	164

Z obou výše uvedených tabulek vyplývá následující zjištění:

- Pozvolný růst ceny celodenní stravy pacienta do roku 2018 je velmi podobný v OLÚ Žamberk, OLÚ Jevíčko, Vysokomýtské nemocnici a LDN Rybitví.
- V období 2019-2020 došlo k poklesu ceny v OLÚ Žamberk o 5,- Kč, v ostatních PZS cena vzrostla, přičemž k výraznému nárůstu cen došlo v roce 2020 oproti roku 2019 v RÚ Brandýs nad Orlicí (22,2 %), v OLÚ Jevíčko (19,6 %) i v NNP Moravská Třebová (13,1 %).
- Cena stravy pro pacienty v roce 2020 byla nižší v případě realizace externím dodavatelem (s výjimkou OLÚ Žamberk) v porovnání s interními zdroji.
- V NNP Moravská Třebová byla cena v průběhu celého období výrazně vyšší v porovnání s ostatními PZS a to v průměru o 50,- Kč.

Cena oběda pro zaměstnance zajištěného interními zdroji (v Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OLÚ Žamberk	60	61	62	64	64	63	64	64	65	66	68
RÚ Brandýs nad Orlicí	x	38	40	44	42	43	47	52	51	61	74
OLÚ Jevíčko	49	53	52	53	52	53	55	56	63	67	78
NNP Moravská Třebová	71	69	71	73	77	80	84	83	93	99	107

Cena oběda pro zaměstnance zajištěného externím dodavatelem (v Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Vysokomýtská nemocnice	x	x	x	x	x	56	56	57	58	59	61
LDN Rybitví	56	56	56	56	56	56	67	67	67	68	68

Z obou výše uvedených tabulek vyplývá následující zjištění:

- Cena oběda pro zaměstnance v roce 2020 se pohybovala v rozmezí od 61,- Kč do 107,- Kč.
- V NNP Moravská Třebová se cena trvale pohybuje o cca 30 % výše, než je průměrná cena u ostatních PZS.
- Cena oběda pro zaměstnance v roce 2020 byla nižší v případě realizace externím dodavatelem v porovnání s interními zdroji.

OLÚ Žamberk poskytuje obědy ve významném objemu externím subjektům. V roce 2020 dosáhl jejich počet 8 108 při jednotkové prodejní ceně 67,58 Kč/oběd. Stejnou službu poskytuje NNP Moravská Třebová, přičemž počet prodaných obědů v roce 2020 činil 2 077 při jednotkové prodejní ceně 60,66 Kč/oběd.

2.3.2 Praní prádla

Následující tabulka porovnává celkové náklady praní prádla (v tis. Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NPK	x	x	x	x	x	27 402	25 922	25 701	24 479	25 621	26 426
OLÚ Žamberk	3 573	3 347	3 219	3 093	3 330	3 026	2 915	3 254	3 100	3 723	3 648
RÚ Brandýs nad Orlicí	348	323	319	258	279	305	299	397	474	498	474
OLÚ Jevíčko	686	714	719	593	579	580	570	557	526	528	493
Vysokomýtská nem.	x	x	x	x	x	4 822	4 562	4 118	3 983	4 442	5 234
LDN Rybitví	1 261	1 136	1 091	1 280	1 028	828	717	787	814	825	671
NNP Moravská Třebová	905	920	921	890	981	1 018	950	913	968	1 000	914
ZZS Pak	332	297	280	272	240	223	205	182	170	190	197
DC Veská	x	289	261	252	79	1 018	51	52	40	70	217
DC Svitavy	324	322	353	367	320	346	369	331	386	408	440

Většina sledovaných PZS zajišťuje praní prádla nákupem externích služeb. Pouze NPK, OLÚ Žamberk a Vysokomýtská nemocnice si zajišťují praní prádla interními zdroji. Ve Vysokomýtské nemocnici praní pro externí subjekty představuje přibližně 60 % produkce prádelny. NPK pere ve vlastní prádelně pro 4 své nemocnice a pro Litomyšlskou nemocnici využívá služeb externího dodavatele.

U sledovaných PZS se náklady na praní prádla v roce 2020 pohybují v rozpětí 0,197 až 26,426 mil. Kč.

Je obtížné porovnávat náklady na praní prádla u jednotlivých PZS, a to z důvodu odlišných způsobů evidence jednotlivých nákladových položek souvisejících s praním prádla. V případě zajištění této služby externími dodavateli jsou rovněž jednotkové ceny stanoveny odlišně (např. cena za kg vypraného prádla, za kus vypraného prádla).

Vysokomýtská nemocnice dodává tyto služby ve velkém objemu pro externí subjekty. V roce 2020 dosáhly tržby 5 632 tis. Kč. OLÚ Žamberk rovněž dodává tyto služby externím subjektům, ale objemy jsou zanedbatelné. V roce 2020 činily tržby jen 262 tis. Kč.

V OLÚ Žamberk používají pračky ze 70. let, které jsou provozně neekonomické.

2.3.3 Úklidové služby

Následující tabulka porovnává celkové náklady úklidové služby (v tis. Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NPK	x	x	x	x	x	56 027	61 533	69 609	76 417	87 531	98 625
OLÚ Žamberk	5 920	5 920	5 849	5 812	5 603	5 856	5 889	6 992	6 709	7 032	8 739
RÚ Brandýs nad Orlicí	1 745	2 070	1 851	1 604	1 784	2 013	2 020	2 398	2 762	3 630	4 002
Vysokomýtská nemocnice	x	x	x	x	x	2 340	2 747	3 010	3 376	3 453	4 100
LDN Rybitví	1 696	1 539	1 413	1 462	1 459	1 465	1 393	2 346	2 199	2 093	1 978
NNP Moravská Třebová	2 169	2 740	3 086	2 955	3 017	3 264	3 327	3 887	4 393	4 757	6 029
DC Veská	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	626
DC Svitavy	625	625	637	648	621	638	686	778	765	877	985

Většina sledovaných PZS zajišťuje úklidové služby interními zdroji. Pouze NPK zajišťuje úklidové služby externě v Litomyšlské nemocnici a ve vybraných provozech Pardubické nemocnice. OLÚ Jevíčko má uklízečky přiřazené na oddělení a osobní náklady na ně neevidují samostatně. ZZS Pak eviduje pouze osobní náklady na pracovníky zajišťující úklid. DC Veská uvedla náklady na úklidové služby jen za rok 2020.

2.3.4 Nakládání s odpady

Následující tabulka porovnává celkové náklady úklidové služby (v tis. Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NPK	x	x	x	x	x	5 567	4 863	4 958	4 976	6 221	14 443
OLÚ Žamberk	505	507	495	455	443	454	554	550	562	545	567
RÚ Brandýs nad Orlicí	130	123	144	140	173	211	221	235	357	324	339
OLÚ Jevíčko	433	385	387	866	395	397	434	408	390	448	447
Vysokomýtská nemocnice	x	x	x	x	x	266	265	261	269	266	244
LDN Rybitví	230	245	277	289	257	429	273	376	298	303	331
NNP Moravská Třebová	288	269	242	224	197	359	347	333	357	367	377
ZZS Pak	196	176	207	247	269	289	340	436	434	467	728
DC Veská	34	34	34	34	34	34	34	70	81	91	80
DC Svitavy	55	56	52	60	52	42	47	54	36	49	46

PZS produkují čtyři druhy odpadů zdravotnický/biologický, komunální, využitelný a ostatní. Nejvyšší částku vynakládají všichni PZS za likvidaci zdravotnického/biologického odpadu.

V roce 2020 došlo k významnému meziročnímu nárůstu nákladů na likvidaci odpadů u NPK na více než dvojnásobek (o 132,2 %), které bylo způsobeno odstavením vlastní spalovny a nákupem služeb od externího dodavatele.

2.3.5 Ostraha objektů

Ostrahu objektů v rámci PZS provozovaly v roce 2020 pouze NPK s ročními náklady 3 517 tis. Kč, OLÚ Žamberk s ročními náklady 1 510 tis. Kč a OLÚ Jevíčko s ročními náklady 1 045 tis. Kč.

2.3.6 Rekapitulace a shrnutí

Jednotlivá PZS přistupují k řešení podpůrných služeb různým způsobem, což se promítá do realizace služeb vlastními kapacitami, nákupem služeb od externích dodavatelů nebo kombinací uvedených způsobů.

Při sledování dílčích nákladů na zajištění uvedených služeb užívají PZS odlišné metody evidence nákladů.

Mezi PZS jsou velké rozdíly ve stáří dlouhodobého hmotného majetku. To se projevuje výší odpisů, energetickou náročností a efektivitou provozů. Neporovnatelné jsou např. náklady na jednotku praní prádla (Kč/kg, Kč/ks).

Při úklidových službách nelze porovnávat PZS s odlišnou poskytovanou zdravotní péčí a tím souvisejícím rozsahem a četností činností.

Z dostupných dat jsou níže uvedeny celkové náklady na jednotlivé podpůrné služby v roce 2020 za všechny PZS:

- 169,560 mil. Kč za stravovací služby
- 125,084 mil. Kč za úklidové služby
- 38,714 mil. Kč za praní prádla
- 17,602 mil. Kč za nakládání s odpady
- 6,072 mil. Kč za ostrahu objektů

2.4 Základní aspekty a výzvy související s infekčním onemocněním COVID – 19 pro české zdravotnictví

Dne 5.1.2020 zveřejnila WHO na svých webových stránkách v sekci „Nejnovější zprávy WHO o vypuknutí nemoci, které poskytují informace o potvrzených akutních událostech v oblasti veřejného zdraví nebo potenciálních událostech vzbuzujících obavy“ oznámení „COVID–19 – Čína“ první oficiální informaci o výskytu nového infekčního onemocnění.

Na webových stránkách WHO jsou každý den zveřejňována aktuální data o vývoji situace ve světě. Ke dni 28.2.2022 bylo celosvětově od začátku pandemie hlášených WHO:

444 303 407 potvrzených případů COVID-19 pozitivních,

6 002 728 úmrtí pacientů s COVID-19 pozitivní,

10 652 132 718 podaných dávek očkovací látky.

Ke stejnému datu ČR vykázala:

3 588 707 potvrzených případů COVID-19 pozitivních,

38 807 úmrtí pacientů s COVID-19 pozitivní,

17 393 613 podaných dávek očkovací látky.

V Pk bylo k 28.2.2022:

186 548 potvrzených případů COVID-19 pozitivních,

1 838 úmrtí pacientů s COVID-19 pozitivní,

790 655 podaných dávek očkovací látky.

Základní data a informace pandemii COVID-19 v ČR:

- Na českém území byly první tři případy onemocnění potvrzeny 1.3.2020.
- První vlna pandemie vyvrcholila v ČR v dubnu 2020, kdy bylo evidováno celkem 4 800 osob nakažených nemocí COVID-19, z toho bylo 436 hospitalizováno, včetně zhruba stovky pacientů, kteří byli ve vážném stavu. Poté začal počet uzdravených převažovat nad počtem nově nakažených a klesal také počet hospitalizovaných. Počet lidí v ČR s pozitivním testem na COVID-19 se v průběhu května a června 2020 ustálil na 2 000–2 500 osobách.
- Počet nakažených a nemocných začal opětovně narůstat během léta 2020, značným ohniskem nákazy (na počet obyvatel) bylo hlavní město Praha hojně navštěvované zahraničními turisty. V posledních týdnech července a prvním týdnu srpna se výskyt nákazy rozšířil do takřka celé republiky. Nejrychleji přibývalo nakažených nadále v Praze a také ve Frýdku-Místku, v Brně a Karviné. Na rozdíl od jarní kulminace však nedošlo k obdobnému přibývání hospitalizovaných, podíl na tom mělo šíření onemocnění spíše mezi mladší populací.
- V prvním týdnu měsíce září 2020 se ČR zařadila mezi nejhůře zasažené země Evropy co do počtu nově nakažených na milion obyvatel. Dne 8.9.2020 počet nově zjištěných případů poprvé přesáhl 1 000 osob. Denní nárůst větší než 5 000 osob byl zaznamenán poprvé 7.10.2020 a více než 10 000 osob přibývalo poprvé dne 16.10.2020 (celkem 11 105 osob). Dne 23.10.2020 byl denní nárůst poprvé nad počtem 15 000.
- Dne 14.10.2020 došlo k uzavření všech škol s výjimkou mateřských, všech restaurací, zákazu pití alkoholu na veřejnosti či omezení shromáždění venku i uvnitř pro více než 6 osob. Nejprísnější opatření měla trvat do 3.11.2020. Od 28.10.2020 platil zákaz nočního vycházení mezi devátou hodinou večerní a pátou hodinou ranní. K 1.11.2020 bylo v ČR podle dostupných statistik nejvíce úmrtí za uplynulý týden na celém světě v přepočtu na počet obyvatel.

- Na konci prosince 2020 začalo očkování proti COVID-19.
- Dne 30.12.2020 překročil denní nárůst nakažených osob poprvé 17 000. Na začátku ledna 2021 v ČR přibývalo nejvíce nově nakažených na počet obyvatel na světě, což bylo také výsledkem intenzivního testování obyvatelstva.
- Dne 26.2.2021 vláda vyhlásila tvrdý lockdown. Od 1.3.2021 se zavřely všechny školy, školky i dětské skupiny. Nově také na 3 týdny nebylo možné cestovat mezi okresy – nakupovat bylo možné v celém okrese, na procházky pouze po obci. Uzavřela se také velká část dosud otevřených maloobchodů, například papírnictví či prodejny dětského oblečení.
- Dne 15.3.2021 vláda schválila povinné testování ve firmách s více než deseti zaměstnanci.
- Dne 22.3.2021 se prodloužil lockdown, který vláda vyhlásila dne 1.3.2021. Nově ale bylo možno sportovat či vyrazit na procházku po celém okrese.
- V polovině dubna 2021 začalo pozvolné rozvolňování přijatých opatření. Do škol se vrátili žáci prvního stupně základních škol a posledních ročníků mateřských škol, za podmínky antigenního testování dvakrát týdně. Otevřela se také část prodejen, například prodejny dětského oblečení a obuvi, náhradních dílů pro auta, papírnictví, čistírny či farmářské trhy. Zároveň také skončil nouzový stav a s ním i zákaz cestování mezi okresy, či zákaz vycházení mezi 21.–5. hodinou.
- V listopadu 2021 začalo opět přibývat nakažených COVID-19. Dne 20.11.2021 byl odhalen rekordní počet nakažených, poprvé přibýlo přes 20 000 nakažených, v dalších dnech stále přibýval počet nakažených a za den 25.11.2021 bylo odhaleno přes 27 000 nakažených. Stejněho dne vláda vyhlásila na 30 dní nouzový stav.
- Za den 26.1.2022 byl překonán rekord v počtu nakažených a poprvé počet potvrzených případů překonal 50 tisíc – přibýlo 54 685 nově nakažených.
- S ohledem na skutečnost, že výrazný podíl v počtu nakažených měla mutace omikron, kterou doprovází výrazně menší zdravotní obtíže, začínají se v průběhu února 2022 postupně rozvolňovat přijatá opatření.
- K 28.2.2022 bylo v ČR provedeno celkem 20 658 737 PCR testů a 33 103 445 antigenních testů.

Pandemie COVID-19 ovlivnila nejen zdraví obyvatel, ale současně ochromila ekonomiku celého světa. Největší dopad na ekonomiku měla preventivní, protiepidemická opatření. Téměř ze dne na den byla ekonomika zmrazena, snížil se tok peněz a velké množství podniků muselo omezit nebo uzavřít svůj provoz. Bylo nezbytné snížit mobilitu lidí a kontakt osob, což se z pohledu zvládnutí epidemie po zdravotní stránce ukázalo jako velmi účinné. Po postupném rozvolnění na podzim 2021 přišla druhá vlna a situace se opakovala.

Je evidentní, že COVID-19 ovlivnil s různou mírou intenzity život každého člověka a prakticky všechny oblasti života společností po celém světě. Ukázalo se, jak je globální propojenost celého světa (pohyb lidí, zboží, informací) zranitelná. Na jednu stranu umožňuje pružně reagovat na vzniklou situaci, na druhou stranu umožňuje extrémně rychlé šíření nákazy.

2.4.1 Nové faktory, důsledky a dopady do zdravotnického systému

Vzhledem k tomu, že COVID-19 je nový druh virového onemocnění, který je vysoce infekční, je zřejmé, že jeho dopady do zdravotnického systému jsou významné. Dotkly se prakticky všech PZS od přednemocniční neodkladné péče, přes ambulantní lékaře, poskytovatele akutní lůžkové péče až po poskytovatele následné lůžkové péče.

Z dosud známých informací a dat je evidentní, že epidemie COVID-19 měla výrazný vliv zejména na:

- práci zdravotníků napříč celým spektrem PZS, kdy mnohdy dlouhodobě zavedené standardy a postupy musely být rychle modifikovány či nahrazeny novými,
- psychiku a duševní zdraví zdravotníků, a to jednak v důsledku zvýšené pracovní aktivity v obtížných podmínkách omezení volného pohybu, uzavření škol, omezení volnočasových aktivit včetně sportování,

- odkládání plánované péče a omezení rozsahu preventivní péče a péče o chronické pacienty – prioritou bylo zvládnutí pandemie,
- řízení a organizaci provozu jednotlivých PZS,
- zvýšení nákladů PZS zejména v oblasti osobních nákladů, nákladů na ochranné pracovní pomůcky, dezinfekci, zdravotnické přístroje, léky a zdravotnický materiál,
- čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění (navýšení úhrad v souvislosti s onemocněním způsobeným COVID-19, kompenzační vyhláška).

Reálné důsledky pandemie COVID-19 ještě ukáže čas, protože řadu z nich lze v tuto chvíli jen obtížně vyčíslit či predikovat. Proto MZ ČR připravilo speciální podprogram podpory zdravotnického aplikovaného výzkumu, který má umožnit v průběhu maximálně dvou let transparentně vybraným řešitelským týmům analyzovat dopady epidemie COVID-19 na zdravotní péči v ČR.

V závěru roku 2021 proběhla veřejná soutěž MZ ČR v rámci které bylo definováno a vybráno 49 projektů s alokací finančních zdrojů ve výši 118,984 mil. Kč na 2 roky. Zahájení realizace projektů je nastaveno na 1.4.2022. Podrobnější informace o vybraných projektech jsou uvedeny na stránkách MZ ČR.

2.5 Legislativně-právní nástroje a pravomoci státu, kraje, obcí a dalších odpovědných a zainteresovaných subjektů

2.5.1 Role státu

Krizový zákon (zákon č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení a o změně některých zákonů) v návaznosti na ústavní zákon o bezpečnosti ČR vymezuje v oblasti krizových situací, které nesouvisí se zajišťováním obrany ČR (tzv. nevojenské krizové situace) postavení a působnost orgánů krizového řízení. Mezi tyto orgány zahrnuje:

- vládu,
- ministerstva a jiné správní úřady,
- Českou národní banku,
- orgány kraje a ostatní orgány s územní působností,
- orgány obce.

Vláda ČR řídí, kontroluje a sjednocuje činnost ministerstev a ostatních ústředních orgánů státní správy. Jako svůj poradní orgán zřizuje Legislativní radu, v jejímž čele stojí člen vlády.

V rámci ministerstev krizový zákon upravuje specifické postavení Ministerstva vnitra ČR, které koordinuje přípravu na krizové stavy a jejich řešení, včetně řešení rozporů v oblasti krizového řízení. V návaznosti na důležitou gesční činnost tohoto resortu vykonává podle svého organizačního řádu obecnou koordinační úlohu vůči orgánům krizového řízení Hasičský záchranný sbor ČR (dále jen „HZS ČR“) a v oblasti vnitřní bezpečnosti a veřejného pořádku úsek 1. náměstka ministra vnitra a Policie ČR (dále jen „PČR“).

Krizový zákon a jeho prováděcí předpis (nařízení vlády č. 462/2000 Sb., k provedení § 28 odst. 1 a § 28 odst. 5 zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a změně některých zákonů), upravují činnost bezpečnostních rad a krizových štábů.

K vrcholným orgánům, věnujícím se koordinaci příprav a postupu řešení v případě jakékoli situace, vyhodnocené jako potenciálně krizové pro bezpečnost ČR, patří Bezpečnostní rada státu a ÚKŠ, který je pracovním orgánem Bezpečnostní rady státu k řešení krizových situací. Je určen zejména pro koordinaci, sledování a vyhodnocování stavu realizace opatření k zamezení vzniku nebo k řešení vzniklé krizové situace, která jsou přijímána příslušnými orgány (např. vládou a ministerstvy). V situacích tzv. nevojenské krizové situace je jeho předsedou ministr vnitra.

Jednání ÚKŠ se na úrovni náměstků nebo ředitelů úřadu ministra účastní zástupci ministerstev určených statutem ÚKŠ. Vedle nich je přítomen policejní prezident, náčelník Generálního štábu Armády ČR, ředitelé resp. vedoucí zpravodajských služeb a čelní představitelé dalších subjektů (Státní úřad pro jadernou bezpečnost, Národní

bezpečnostní úřad, odbor obrany a bezpečnosti Úřadu vlády ČR, Správa státních hmotných rezerv, Česká národní banka, Kancelář prezidenta republiky, Český telekomunikační úřad, Nejvyšší státní zastupitelství, generální ředitelství HZS ČR, Vězeňská služba ČR, Státní veterinární správa, Úřad Hlavního hygienika ČR, Český hydrometeorologický ústav, Úřad Českého červeného kříže). Předseda ÚKŠ po dohodě s předsedou vlády a Bezpečnostní rady státu nebo členy ÚKŠ může s ohledem na druh řešené situace upřesnit, kteří členové ÚKŠ se nemusí jeho zasedání zúčastnit, případně může přizvat představitele dalších institucí.

Z pohledu legislativně-právních nástrojů vláda svým usnesením č. 194 ze dne 12.3.2020 vyhlásila z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu koronaviru SARS CoV-2 na území České republiky nouzový stav na dobu 30 dnů. To byl začátek období, kdy začaly život v ČR řídit dekrety vlády a jejich ministrů, které se nikde nepublikují a o nichž se dovídáme zpětně a ze sdělovacích prostředků. Klíčová přitom byla role MZ ČR, ale i dalších resortů, zejména Ministerstva vnitra ČR a Ministerstva financí ČR. Jejich fungování v době pandemie COVID-19 byla poznamenána následujícími skutečnostmi:

- neschopnost dospět k pravidlům, což vede k rozhodování ad hoc,
- neschopnost vytvořit srozumitelná pravidla,
- uzákonění pravidel, která si odporují,
- neschopnost zveřejnit nebo zpřístupnit pravidla, která se mají dodržovat,
- provádění tak častých změn pravidel, že ten, na koho se vztahují, se při svém jednání nemůže podle nich orientovat,
- uzákonění pravidel, která vyžadují chování, jehož povinný subjekt není schopen,
- neschopnost dosáhnout shody mezi vyhlášenými pravidly a jejich uplatňováním v praxi.

Řada opatření byla následně rušena soudními rozhodnutími a s drobnými úpravami znovu vydávána.

Ke zvládnutí pandemické situace jistě nepřispěly ani opakované personální změny na pozici ministra zdravotnictví – na této pozici od začátku epidemie (během 24 měsíců), proběhlo 6 změn a vystřídal se na ni celkem 5 lidí. V kontextu těchto změn logicky probíhaly i změny na pozicích náměstků ministra a ve struktuře a obsazení poradních orgánů, pracovních skupin a komisí (dle Portálu poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí MZ ČR jich v současné době existuje 117).

Důležité bude vyhodnotit uplynulé dva roky a lépe se připravit na obdobné krizové situace, které mohou v budoucnu nastat.

2.5.2 Role kraje

2.5.2.1 Krajské krizové řízení a plány (včetně organizace očkování a testování)

Z pohledu řešení pandemie COVID-19 nešlo de facto o krizové řízení, ale o řešení mimořádné situace. Mimo jiné se ukázalo, že legislativa nevytváří vhodné prostředí pro zvládnutí takovýchto situací.

Klíčové pro zvládnutí situace byla role hejtmána kraje, který je jednak předsedou Bezpečnostní rady kraje, Krizového štábu kraje, ale navíc v průběhu pandemie na krajské hejtmany přenesla řadu dalších úkolů vláda ČR.

Ukázalo se, že pro zvládnutí krizové situace byla velmi významná vzájemná komunikace a spolupráce krajů, a to zejména na úrovni hejtmánů, vedoucích útvarů krizového řízení krajských úřadů, ale i členů rady kraje odpovědných za zdravotnictví a vedoucích odborů zdravotnictví krajských úřadů.

V rámci vnitrokrájského řízení pak byla velmi důležitá komunikace a spolupráce se zástupci ORP a starosty jednotlivých obcí.

Bezpečnostní rada Pk

Je poradním orgánem hejtmána Pk pro přípravu na krizové situace. Projednává a posuzuje stav zabezpečení a stav připravenosti na krizové situace na území Pk.

Předsedou bezpečnostní rady kraje je hejtman Pk.

Jejími členy jsou kromě jmenovaných zástupců Rady Pk také ředitel KÚ Pk, vedoucí odboru krizového řízení KÚ Pk, vedoucí odboru zdravotnictví KÚ Pk, ředitel Krajského ředitelství policie Pk, ředitel Hasičského záchranného sboru Pk, ředitel Zdravotnické záchranné služby Pk, ředitel Krajského vojenského velitelství Pardubic a stálými účastníky jednání, dále ředitel Krajské hygienické stanice Pk, ředitel Krajské veterinární správy pro Pk a tiskový mluvčí Pk.

Její klíčová role v covidové situaci bylo přijímat strategická rozhodnutí s dopadem do celého regionu.

Krizový štáb Pk

Je pracovním orgánem hejtmána Pk k řešení mimořádných událostí a krizových situací ve správním obvodu Pk.

Krizový štáb kraje zabezpečuje operativní koordinaci, sledování a vyhodnocování stavu realizace opatření přijímaných vládou, ministerstvy a jinými správními úřady a orgány územních samosprávných celků k zamezení vzniku nebo k řešení vzniklé mimořádné události nebo krizové situace v kraji nebo se dotýkajících zájmů kraje.

Předsedou Krizového štábu Pk je hejtman Pk.

Jeho tajemníkem je vedoucí Odboru krizového řízení.

V období covidové pandemie se Krizový štáb Pk scházel pravidelně týdně (v určitých okamžicích probíhala jednání i několikrát v týdnu) a koordinoval a realizoval strategická rozhodnutí Bezpečnostní rady Pk. Významnou roli hrál i v komunikaci a spolupráci s Ústředním krizovým štábem a krizovými štáby ORP.

Odborná pracovní skupina Bezpečnostní rady Pk pro očkování proti COVID-19

Vznikla v průběhu ledna 2021 a v současné době je stále funkční.

Mezi stálé členy této pracovní skupiny patří náměstkyně hejtmána zodpovědná za zdravotnictví (vedoucí odborné pracovní skupiny), hejtman Pk, generální ředitel NPK, ředitel KHS Pk, ústavní epidemiolog NPK, ředitelka protiepidemického odboru KHS Pk, referent odboru sociálních věcí KÚ Pk, vedoucí odboru zdravotnictví KÚ Pk, krajský koordinátor očkování.

V průběhu covidové pandemie především:

- organizoval a podporoval zřizování očkovacích míst a včetně jejich personálního zajištění (v rámci Pk bylo zřízeno 21 očkovacích míst),
- koordinoval distribuci vakcín v rámci Pk,
- vedl průběžnou denní evidenci a statistiku proočkovanosti v Pk včetně věkové struktury a jednotlivých cílových skupin, vytížení očkovacích míst, zapojení ambulantních praktických lékařů, vybraná mezikrajská srovnání.

Očkovací strategie Pk-strategický dokument Pk

Jejím cílem bylo podrobně analyzovat specifika Pk a stanovit postup, pomocí kterého Pk zajistí a zkoordinuje zřízení dostatečného množství dostupných očkovacích míst, případně velkokapacitních vakcinačních očkovacích míst pro všechny občany Pk.

Očkovací strategie obsahuje akční plán implementace navržených opatření do praxe. Zároveň je také návodem a „kuchařkou“ pro nová očkovací místa. Její součástí je Komunikační strategie očkování k veřejnosti.

Významnou roli při zvládnutí covidové situace sehrál odbor krizového řízení KÚ Pk, který koordinoval celý proces, jehož prostřednictvím se implementovala jak strategická, tak operativní rozhodnutí Bezpečnostní rady Pk a Krizového štábu Pk.

Vedoucí odboru krizového řízení KÚ Pk již v polovině roku 2020 provedl vyhodnocení průběžných zkušeností s řešením covidové situace, a kromě konstatování v duchu „co se osvědčilo“, předložil konkrétní návrhy na „rychlá opatření“ a „perspektivní opatření“, která přispějí k úspěšnému zvládnutí situace v následujícím období. Další analýzu, vyhodnocení a doporučení vypracuje odbor krizového řízení KÚ Pk do poloviny roku 2022.

Pro zvládnutí covidové situace, která si často vyžadovala rychlé rozhodování, byly klíčové:

- velmi dobrá znalost území,
- síť funkčních kontaktů,
- odpovědní a kompetentní lidé s rozhodovací pravomocí,
- doručení srozumitelné informace včas a na správné místo.

Bohužel zapojení ambulantního sektoru do řešení covidové situace bylo poměrně složité, a to zejména s ohledem nejen na jeho fungování a řízení v „normální“ (nepandemické situaci), ale i v kontextu s platnou legislativou, která těmto poskytovatelům nestanoví jasné role a povinnosti.

2.5.2.2 Řízení potřebné lůžkové (JIP+ARO lůžka, standardní lůžka), přístrojové a personální kapacity

S ohledem na šíření a dopady vysoce nakažlivého virového onemocnění COVID-19 bylo potřebné zajistit koordinaci využití lůžkových kapacit a přístrojové a personální kapacity pro potřeby nejvíce ohrožených pacientů, jejichž stav bude vyžadovat akutní či následnou lůžkovou péči.

Vzhledem k situaci, že více než 80 % veškeré lůžkové péče (100 % lůžek standardní a intenzivní akutní péče) je alokována u PZS přímo řízených PK, bylo relativně jednodušší tuto koordinaci zajistit, na druhou stranu téměř veškerou péči musel zajistit Pk.

Logickým vyústěním této situace bylo vytvoření Krajského dispečinku lůžkové péče Pk.

Krajský dispečink lůžkové péče Pk

Hejtman Pk v kontextu se Statutem Krizového štábu Pk zřídil od 1. listopadu 2020 k vedení přehledu disponibilního lůžkového fondu u určených PZS na území Pk, odbornou pracovní skupinu Krizového štábu Pk pod názvem „Krajský dispečink lůžkové péče Pardubického kraje“.

Jeho členy byli jmenováni náměstkyně hejtmána Pk zodpovědná za zdravotnictví (vedoucí), vedoucí odboru zdravotnictví KÚ Pk (zástupce vedoucí), vybraný pracovník odboru zdravotnictví KÚ Pk (tajemník), zástupci všech poskytovatelů lůžkové zdravotní péče na území Pk.

Úkolem Krajského dispečinku lůžkové péče Pk bylo prakticky realizovat pravomoc hejtmána v době krizového stavu spočívající v koordinaci poskytování zdravotních služeb na území Pk, což v praxi znamená zejména:

- vedení denního přehledu využití lůžek včetně volných kapacit pro pacienty s onemocněním COVID-19 včetně volných lůžek pro překlady,
- denní sledování vývoje pracovní neschopnosti zdravotnických pracovníků,
- sdílení informací mezi PZS jako nástroj pro efektivní využití kapacit,
- navrhování opatření k úspěšnému zvládnutí kritické situace v počtu pacientů s onemocněním COVID-19.

Krajský dispečink lůžkové péče byl aktivní od listopadu 2020 do května 2021.

2.6 Klíčová zjištění

Pk věnuje rozvoji zdravotní péče v regionu velkou pozornost, a to od samotného vzniku krajů, což dokládají jednotlivé strategické dokumenty i objem finančních prostředků alokovaných do této oblasti.

Pro Pk je důležitá kvalita poskytované péče, kterou podporuje zejména formou dlouhodobých investic do rozvoje PZS.

Pk jako jediný akcionář realizoval fúzi pěti samostatných nemocnic do jedné akciové společnosti NPK, která je jediným poskytovatelem akutní lůžkové péče v Pk.

Kromě toho je kraj zřizovatelem šesti PZS v oblasti následné a dlouhodobé lůžkové péče, která se profilují jako aktivně fungující samostatné subjekty, včetně aktivit v oblasti prevence.

Na pomezí zdravotních a sociálních služeb fungují dvě DC, jejichž zřizovatelem je Pk a jsou v gesci odboru zdravotnictví KÚ Pk.

Doporučujeme i do budoucna zachovat tuto strukturu včetně majetkoprávního uspořádání, a to zejména z důvodu specifik jednotlivých typů péče (akutní, následná, DC), zajištění kvality poskytovaných služeb a naplnění očekávání uživatelů jednotlivých služeb.

Dobrou spolupráci má Pk nastavenou i s dalšími poskytovateli následné a dlouhodobé lůžkové péče v regionu. Jako nadstandardní lze hodnotit spolupráci s Hamzovou léčebnou. Zároveň dobře nastavená je i spolupráce s CVSP zejména v Praze a Hradci Králové, která jsou pro pacienty dobře dostupná.

V mezikrajském srovnání lze konstatovat, že Pk výrazně nevybočuje v žádném ze sledovaných ukazatelů za celou ČR. Z pohledu lůžkové péče má dobrou výchozí pozici s ohledem na očekávaný demografický vývoj. V oblasti ambulantní zdravotní péče je evidentní nevyvážená věková struktura lékařů, a to zejména praktických lékařů pro děti a dorost a gynekologů.

Velice dobře si Pk poradil se situací vyvolanou pandemií COVID-19. Zejména způsob řízení, komunikace, zapojení PZS a starostů ORP, aktivní role hejtmána Pk a oddělení krizového řízení KÚ Pk

Současné postavení zdravotnictví Pk v rámci ČR včetně jednotlivých segmentů zdravotní péče je vyjádřeno v následující SWOT analýze.

SILNÉ STRÁNKY:

- Aktivní role Pk v otázkách rozvoje zdravotnictví v regionu.
- Velké množství podrobných dat dokumentujících fungování organizací zřizovaných / založených Pk.
- Existuje řada strategických a koncepčních materiálů v oblasti zdravotnictví Pk, které jsou v zásadních parametrech naplňovány.
- Nárůst počtu vybraných kategorií zdravotníků v Pk v období 2010-2020:
Lékaři +10,6 % (+208)
SZBD +16,5 % (+740)

Ambulantní péče:

- Přestože věková struktura ambulantních praktických lékařů pro dospělé (vyjádřena Gaussovou křivkou) se posouvá do vyšších věkových pásem, je její podoba v Pk v porovnání s průměrem v ČR pozitivnější (v kategorii 65+ je v Pk 19,5 % lékařů, průměr v ČR je 22,6 %).

Specializovaná péče:

- V období 2016-2020 došlo ke zvýšení počtu samostatných ambulancí gynekologů o 9,8 %, přesto

v mezikrajském srovnání v počtu lékařů na 10 000 obyvatel je Pk na 10. místě pod průměrem ČR.

Následná lůžková péče:

- V počtu lůžek následné a dlouhodobé péče na 10 000 obyvatel se Pk pohybuje výrazně nad celorepublikovým průměrem a patří mu 3. místo v mezikrajském srovnání;
- Pk byl v roce 2019 ve srovnání obloženosti mezi kraji na 5. místě, nad průměrem v ČR.

Psychiatrická péče:

- Vybudovaná a funkční 2 CDZ v Pardubicích a Chrudimi.
- Relativní dostatek lůžek akutní péče (5,8 % lůžkového fondu ČR na 5 % obyvatel).

SLABÉ STRÁNKY:

- Nedostatečné využití dostupných dat o situaci ve zdravotnictví Pk průběžně saturovaných dalšími ad hoc sběry informací od poskytovatelů zdravotní péče.
- Chybí standardizovaný strukturovaný přehled ukazatelů (informací) o stavu zdravotnictví v Pk, který by byl průběžně doplňovaný (minimálně 1x ročně) a vyhodnocovaný.
- Nejednotná struktura a vypovídací hodnota informací o podpůrných službách v organizacích zřizovaných / založených Pk v oblasti zdravotnictví.
- Přijaté strategické a koncepční materiály nejsou vždy navzájem provázány a to i s ohledem na časově odlišná období jejich vzniku.

Ambulantní péče:

Primární péče:

- v období 2016-2020 došlo ke snížení počtu samostatných ambulancí praktických lékařů pro dospělé o 5,4 % a v mezikrajském srovnání v počtu lékařů na 10 000 obyvatel je Pk na 10. místě pod průměrem ČR;
- v období 2016-2020 došlo ke snížení počtu samostatných ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost o 4,4 % a v mezikrajském srovnání v počtu lékařů na 10 000 obyvatel je Pk na 10. místě mírně pod průměrem ČR;
- dalším problémem je věková struktura ambulantních praktických lékařů pro děti a dorost, kdy v Pk je ve věkové kategorii do 45 let 14,6 % lékařů, pro porovnání průměr v ČR se pohybuje na úrovni 22,7 %.

Specializovaná péče:

- dle dat z ČSÚ v období 2016-2020 došlo ke snížení počtu samostatných ambulancí stomatologů o 12,0 % a v mezikrajském srovnání v počtu lékařů na 10 000 obyvatel je Pk na 12. místě výrazně pod průměrem ČR;
- v období 2016-2020 se počet samostatných ambulancí ostatních specialistů nezměnil a v mezikrajském srovnání v počtu lékařů na 10 000 obyvatel je Pk na 7. místě pod průměrem ČR.

Akutní lůžková péče:

- v počtu lůžek akutní péče na 10 000 obyvatel nedosahuje Pk v roce 2020 průměru ČR a v mezikrajském srovnání mu patří 11. příčka;
- Pk vykazuje ve srovnání s ostatními regiony nízké využití akutních lůžek, výrazně zaostává za průměrem a je předposlední v pořadí regionů;



- průměrná doba hospitalizace je v Pk mírně pod celorepublikovým průměrem, Pk vykazuje nejmenší zkrácení doby hospitalizace ve sledovaném období.

Následná lůžková péče:

- celkový počet lůžek následné a dlouhodobé péče v čase poměrně stabilní, v roce 2020 bylo ve srovnání s rokem 2010 o cca 1 lůžko na 10 000 obyvatel méně;
- snížení počtu lékařů v následné péči o 14,7 úvazku, tj. o 16,6 %;
- od roku 2017 má obložnost v Pk mírně klesající tendenci;

Domácí ošetrovatelská péče:

- nedostatek informací o službách nabízených jejich poskytovateli pro občany.

Psychiatrická péče:

- podprůměrná vybavenost lůžky následné péče v mezikrajském srovnání (0,5 % lůžkového fondu ČR na 5 % obyvatel Pk).

Někteří PZS zřizovaných / založených Pk vykazují relativně vysokou fluktuaci.

Nevhodně nastavené prostředí na rozhraní zdravotních a sociálních služeb v ČR (legislativní, financování, ...) – obtížná orientace pro uživatele služeb i jejich poskytovatele.

PŘÍLEŽITOSTI:

- Zvýšení využití dostupných dat a systematická práce s nimi na všech úrovních.
- Sladění jednotlivých krajských koncepčních materiálů a systematická práce s nimi (vyhodnocování, aktualizace).
- Elektronizace zdravotnictví a její zavedení do rutinního používání.
- Změna legislativy v oblasti nastavení rozhraní zdravotních a sociálních služeb.
- Reforma systému zdravotního pojištění včetně posílení role prevence a aktivního přístupu pojištěnců k péči o vlastní zdraví při zachování principu solidarity.
- Posílení role a reálného fungování primární péče.
- Rozvoj zdravotní péče poskytované v domácím prostředí pacienta mj. ekonomicky výhodnější alternativy k hospitalizaci a přívětivější k pacientovi, přispívající k jeho dřívějšímu uzdravení.
- Čerpání finančních prostředků z fondů EU

HROZBY:

- Riziko stagflace (růst inflace a hospodářská recese) = výrazný růst nákladů na zdroje, úbytek zdrojů ve veřejných rozpočtech.
- Výrazný růst největší nákladové položky PZS v oblasti lůžkové péče - osobních nákladů.
- Nedostatek zdrojů v rámci veřejných rozpočtů a veřejného zdravotního pojištění.
- Nedostatek zdravotnických pracovníků.

- Celosvětové dopady vojenského konfliktu na Ukrajině.
- Důsledky pandemie COVID-19.

3. NÁVRHOVÁ ČÁST

3.1 Vize zdravotnictví v Pk

Následující vize zdravotnictví vyjadřuje představu jeho žádoucího cílového stavu v roce 2030, kterého chce Pk prostřednictvím realizace strategie dosáhnout.

Jejím smyslem je určit budoucí směr rozvoje zdravotnictví v regionu, vytvořit rámec pro výběr priorit a motivovat klíčové subjekty k aktivitám sladěným s nastaveným očekáváním.

VIZE

Zajímáme se o potřeby a očekávání uživatelů zdravotních služeb v Pk.

Přispíváme k poskytování kvalitní dostupné zdravotní péče.

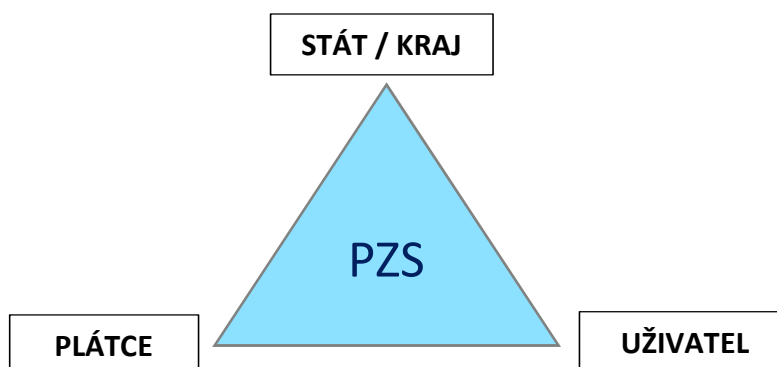
Podporujeme zdravý životní styl a prevenci.

Propojujeme zdravotní a sociální služby.

MOTTO

Kvalitní, bezpečná a dostupná zdravotní péče pro občany v regionu.

Mezi klíčové subjekty, které bude nezbytné aktivizovat, zapojit a koordinovat, aby naplnění této vize bylo úspěšné, patří:



3.2 Strategické cíle zdravotnictví Pk a jednotlivých segmentů zdravotní péče pro období 2022 – 2030

Strategické cíle zdravotnictví v Pk reflektují klíčové dokumenty, které existují na národní i krajské úrovni. Jedná se zejména o:

- Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030
- Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030
- Koncepce domácí péče
- Koncepce ošetrovatelství
- Strategie rozvoje Pk na období 2021-2027
- Programové prohlášení Rady Pk
- Program rozvoje NPK do roku 2026
- Koordinace a rozvoj zdravotní péče v Pk
- Krajský plán sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na období 2022 – 2030

Pro dosažení stanovené vize Pk nastavuje strategii na období 2022 – 2030, která je postavena na dále uvedených šesti strategických kartách.

3.2.1 Strategické karty

Strategické karty vyjadřují základní priority, na něž bude v budoucím období zaměřena maximální pozornost, protože jejich prostřednictvím bude přetvářena současná podoba zdravotnictví v regionu do žádoucího cílového stavu.

Tyto strategické karty jsou:

1. Reálná dostupnost zdravotních služeb v oblasti primární a specializované ambulantní péče

Jedná se o nastavení a zavedení funkčního systému řízení kapacit vybraných ambulantních zdravotních služeb do praxe tak, aby byly dostupné v potřebném rozsahu a struktuře pro obyvatele Pk. Primárně se jedná o ambulance praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, gynekologů a stomatologů. Důležitým faktorem úspěchu bude spolupráce Pk se ZP a zapojení státu, protože dosažení tohoto stavu si vyžádá i redefinování rolí zejména praktických lékařů, ale i plátců, tj. ZP (viz Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 – Zdraví 2030).

2. Interaktivní zdravotnictví blíže uživateli zdravotních služeb

Pro zajištění dostupné kvalitní zdravotní péče bude zapotřebí zvýšit interaktivitu jednotlivých účastníků procesu poskytování zdravotní péče, tj. zejména PZS, ZP a uživatelů zdravotních služeb. Bude třeba vytvořit vhodné digitální prostředí pro potřebnou zabezpečenou komunikaci a sdílení informací. To si zároveň vyžádá zabezpečení dostatečné edukace těchto účastníků tak, aby vytvořený nástroj reálně přispěl ke zvýšení kvality a efektivity zdravotní péče.

3. Kvalita poskytované zdravotní péče

Kvalita poskytované zdravotní péče v rámci této strategické karty má dvě základní dimenze:

- a) Kombinace odborných vědomostí a dovedností, technické podpory diagnostických a terapeutických procesů, vhodnosti a účinnosti léčby a celkové efektivity poskytování zdravotní péče.
- b) Spokojenost uživatele zdravotních služeb = jeho osobní zkušenost, dojmy a pocity, které si odnáší z kontaktu s PZS.

Záměrem je trvale měřit, vyhodnocovat a zvyšovat úroveň obou dimenzí kvality zdravotní péče.

4. Prevence a zdravý životní styl

Předcházení nemocem a zdravý životní styl jsou dva klíčové faktory, které přispějí ke zvýšení průměrného věku obyvatel ve zdraví. PZS zřizování / založení Pk a Centrum prevence Pk budou koordinovat a realizovat cílené programy na podporu aktivního přístupu obyvatel ke zdravému životnímu stylu. ZP vytvářejí a uplatňují motivační zdravotně-pojistné plány pro své klienty, které diferencují finanční zátěž v závislosti na prevenci a zdravém životním stylu.

5. Propojení zdravotní a sociální péče

Existující uměle vytvořené legislativní a finanční rozhraní mezi zdravotními a sociálními službami brání přirozenému průchodu uživatele těchto služeb celým systémem navazující péče. V rámci Pk bude nastavena funkční úzká spolupráce jak na úrovni jednotlivých poskytovatelů těchto služeb, tak na úrovni reprezentantů obou oblastí v rámci KÚ Pk. Zástupci Pk budou iniciovat a podporovat takové legislativní změny, které umožní pružné provázání sociálních služeb s celým procesem poskytování zdravotních – od primární ambulantní péče po následnou lůžkovou péči).

6. Podpora zaměstnanců a zaměstnanosti ve zdravotnických profesích v regionu Pk

Pro naplnění stanovené vize je klíčovým předpokladem zajistit dostatek kvalifikovaných a motivovaných pracovníků v lékařských i nelékařských zdravotnických profesích. Pk bude i nadále aktivní v podporování získávání nově dostudovaných zdravotníků. Zároveň se zaměří na hledání a implementaci vhodných motivačních nástrojů, které pomohou zdravotníky udržet v Pk. Dále Pk bude velice úzce spolupracovat s Univerzitou Pardubice, Fakultou zdravotnických studií, při zajišťování potřebné praxe studentů a posilovat prestiž zdravotnických povolání.

3.2.2 Strategické cíle

Pro jednotlivé strategické karty je definován očekávaný cílový stav.

1. Reálná dostupnost zdravotních služeb v oblasti primární a specializované ambulantní péče

CÍLOVÝ STAV:

- ✓ Jasně definované parametry vymezení nových rolí a kapacit poskytovatelů.
- ✓ ZP aktivně budují a řídí síť poskytovatelů (jsou odpovědné za dostupnost pro své klienty).
- ✓ Kraj spolupracuje se ZP při řešení „bílých míst“.
- ✓ Krajský úřad Pk jako příslušný správní orgán k udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb v Pk, respektive odejmutí, pozastavení a změně oprávnění (§15 a následující zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách) průběžně monitoruje plnění podmínek jednotlivými poskytovateli a má přehled o využití jejich potenciálu.

2. Interaktivní zdravotnictví blíže pacientovi

CÍLOVÝ STAV:

- ✓ Funkční elektronické objednávání klientů na vyšetření u PZS.
- ✓ Sdílená elektronická zdravotnická dokumentace sdílená mezi PZS.
- ✓ Edukovaní účastníci zdravotního procesu schopní efektivní elektronické komunikace.

3. Kvalita poskytované zdravotní péče

CÍLOVÝ STAV:

- ✓ Návaznost zdravotní péče mezi jednotlivými segmenty („je o mě komplexně postaráno“).
- ✓ Systematické sledování a hodnocení „odborné – medicínské kvality“ na úrovni jednotlivých PZS.
- ✓ Systematické a kontinuální sledování a hodnocení kvality očima pacientů (uživatelů zdravotních služeb) včetně mapování jejich očekávání.
- ✓ Měříme kvalitu a na základě hodnocení výsledků se posouváme dál.

4. Prevence a zdravý životní styl

CÍLOVÝ STAV:

- ✓ Kraj je aktivní v edukaci obyvatel kraje a podpory zdravého životního stylu se zaměřením zejména na ohrožené skupiny obyvatelstva – děti do 6-ti let a jejich rodinné příslušníky, aktivní seniory, apod.
- ✓ Jsme mezi 3 nejlepšími kraji v hodnocení účasti občanů ve screeningových programech MZ ČR.
- ✓ „Bonusy a malusy“ v oblasti zdravotního pojištění s vazbou na zdravý životní styl a aktivní přístup ke svému zdraví.

5. Propojení zdravotní a sociální péče

CÍLOVÝ STAV:

- ✓ Fungující multidisciplinární týmy (odborníci ze zdravotní a sociální oblasti) v akutní i následné lůžkové péči, které vytvářejí individuální zdravotně-sociální plány pro uživatele služeb, kteří je aktuálně potřebují, či v návaznosti na zdravotní limity potřebovat budou.
- ✓ Provázanost a kontinuita péče je nastavena od primární ambulantní zdravotní péče až po sociální služby v regionu, v němž uživatel služeb žije.
- ✓ Zdravotní a sociální péče funguje jako balíček služeb pro jejich uživatele s jasně nastavenými pravidly.
- ✓ Legislativní prostředí včetně způsobu financování podporuje poskytování zdravotně-sociálních služeb v domácím prostředí pacienta.

6. Podpora zaměstnanců a zaměstnanosti ve zdravotnických profesích v regionu Pk

CÍLOVÝ STAV:

- ✓ Jednotliví PZS a Pk průběžně spolupracují se vzdělávacími institucemi, které připravují nové zdravotnické odborníky v lékařských i nelékařských zdravotnických povoláních, komunikují své záměry a společně vyhodnocují úspěšnost spolupráce.
- ✓ PZS v oblasti lůžkové péče pravidelně sledují a vyhodnocují fluktuaci zaměstnanců včetně monitorování příčin odchodu a přijímají opatření k vyšší stabilizaci klíčových zaměstnanců.
- ✓ Pk aktivně a pružně podporuje řešení problematických oblastí v potřebném odborném zajištění zdravotnických pracovníků v regionu.
- ✓ Jsou vytvořeny funkční nástroje a programy pro možnost obnovení fyzických i psychických sil zdravotnického personálu, který pečuje o občany ve zdravotnických zařízeních zřizovaných / založených Pk.

3.2.3 Specifické cíle pro jednotlivé segmenty zdravotní péče

I. Preventivní péče

Preventivní péče je při pohledu do budoucna jednou z klíčových oblastí, která může významně přispět ke zlepšení zdravotního stavu populace, zvýšení průměrného věku dožití ve zdraví a k zajištění dostatečného objemu finančních prostředků pro poskytnutí kvalitní zdravotní péče skutečně potřebným.

Důležitou roli v preventivní péči musí hrát všichni účastníci procesu „průchodu uživatele zdravotní péče systémem“, tj.:

- Stát / Kraje při tvorbě pravidel, sítě poskytovatelů a usměrňování finančních toků.
- Plátcí / ZP při efektivním a účelném vynakládání finančních prostředků na poskytnutou péči a plošné preventivní programy.
- PZS při realizaci preventivních screeningových programů a edukaci spoluobčanů.
- Občané při převzetí odpovědnosti za vlastní zdraví.

Specifické cíle:

1. Ve spolupráci se ZP vytvořit a v rámci Centra prevence Pk realizovat roční plány aktivit zaměřených na edukaci obyvatel Pk.
2. Ve spolupráci s odborem školství a s odborem kultury, sportu a cestovního ruchu podporovat zdravý životní styl se zvláštním zaměřením na dětskou populaci.
3. Koordinace a zacílení individuálních aktivit PZS zřizovaných/založených Pk na snížení dopadů zejména následujících rizikových faktorů:
 - Nízká fyzická aktivita.
 - Špatné stravovací návyky.
 - Kouření a nadměrné konzumování alkoholu.
4. Aktualizovat strukturu webové stránky odboru zdravotnictví KÚ Pk a průběžně aktualizovat jejich obsah.

II. Přednemocniční neodkladná péče

ZZS Pk v současné době realizuje řadu zbytných výjezdů, které by nemusely být realizovány, pokud by byly lépe nastaveny a funkční ostatní složky zdravotního systému a to zejména:

- Primární ambulantní péče.
- Spolupráce s poskytovatelem akutní lůžkové péče (NPK).
- Péče poskytovaná v domácím prostředí pacientů.

Zefektivnění a úspory by přineslo i zvýšení edukace pacientů a rodinných příslušníků (viz bod I. Preventivní péče).

Specifické cíle:

1. Optimalizovat strukturu výjezdových míst a jejich kapacitu a vybavení v návaznosti na demografický vývoj a s ním spojené potřeby obyvatelstva v Pk, na vývoj dostupnosti primární péče v jednotlivých částech kraje, a v neposlední řadě s ohledem na restrukturalizaci akutní lůžkové péče v NPK, včetně reflektování vybudování a zprovoznění urgentních příjmů v Orlickoústecké a Pardubické nemocnici.

2. Adekvátně přizpůsobovat kapacity v souvislosti s výstavbou a uvedením do provozu dálnice D35 na území Pk od Opatovic k Mohelnici.
3. Zachovat a dále rozvíjet cílenou spolupráci s jednotlivými složkami IZS na principu „First responder“ a to zejména v oblastech, kde to dává smysl (např. kde tito partneři mohou být na místě zásahu dříve než posádka ZZS Pk).
4. Zvážit možnost zavedení mobilní IT aplikace pro kontaktování účastníků systému „First responder“.
5. Vyjednávat se ZP, respektive státem o změně struktury financování služeb ZZS s cílem přiblížit se co nejvíce poměru 50:50 (tj. 50 % nákladů hradí ZP, respektive stát a 50 % kraj).
6. Zvážit jiný způsob zajištění služby „Prohlídky těl zemřelých“ a uvolnit kapacity ZZS Pk pro život ohrožující stavy občanů.

III. Primární a specializovaná ambulantní péče

Reforma primární péče v ČR je klíčovou prioritou definovanou v dokumentu Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030. V současné době je pro tuto oblast zpracován implementační plán k naplnění 12 dílčích cílů, který rozpracovává jednotlivé dílčí aktivity a harmonogram jejich realizace.

V rámci Pk vnímáme jako priority zejména dosažení dílčích cílů:

- Číslo 1.1.1 Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů.
- Číslo 1.1.4 Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí.
- Číslo 1.1.5 Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality.
- Číslo 1.1.6 Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci.
- Číslo 1.1.7 Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech.
- Číslo 1.1.12 Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy.

Specifické cíle:

1. Pk bude aktivně spolupracovat s jednotlivými gestory (MZ ČR a ÚZIS) na realizaci jednotlivých dílčích aktivit probíhajících v rámci uvedeného implementačního plánu v průběhu celého období.
2. Podpořit vhodnými motivačními stimuly získávání nových lékařů s cílem postupného snižování věkového průměru lékařů v primární péči, tj. praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost.
3. Provést detailní inventuru stavu a funkčnosti poskytovatelů primární péče v Pk a to zejména velikost úvazků, provozní doba, věk lékařů, region, apod.

IV. Akutní lůžková péče

Akutní lůžkovou péči zajišťuje v rámci Pk jediný poskytovatel – NPK, jehož jediným akcionářem je Pk. Tato akciová společnost má zpracovaný aktualizovaný Program rozvoje NPK do roku 2026. Uvedený dokument, který projednala Rada Pk dne 20.6.2022, je postavený na 7 klíčových prioritách:

- Změna formy poskytované péče – specializace a centralizace / decentralizace
 - formulace kritérií pro (de)centralizaci péče a pro rozvoj či útlum oblastí péče v NPK;
 - zajištění správné primární destinace pro pacienty;
 - předávání pacientů mezi pracovišti NPK.

- Zavedení jednodenní péče
 - koncept ekonomicky funkčního provozu jednodenní péče.
- Zajištění kvality péče a bezpečí pacientů
 - standardizace péče a snížení výskytu nežádoucích událostí;
 - patientsky přívětivá nemocnice.
- Zajištění spolupráce s ambulantním sektorem a zlepšení návaznosti následné péče
 - dělba práce s ambulantním sektorem a prevence zbytečných hospitalizací;
 - možnost včasného přesunu pacientů do následné péče.
- Zajištění personální stability
 - zvýšení atraktivity NPK coby zaměstnavatele pro nové zaměstnance;
 - sdílení personálu mezi provozy (nemocnicemi a odděleními);
 - udržení zaměstnanců a jejich odborný a manažerský rozvoj;
 - optimální využití personálu (přesun kompetencí, redukce zbytných činností).
- Zdravotní gramotnost a preventivní programy
 - včasný záchyt rizikových pacientů a zabránění vzniku onemocnění/komplikací;
 - propagace screeningu a prevence v klíčových oborech (preventivní programy).
- Telemedicína
 - snížení časových nároků a zlepšení přístupu k péči díky poskytování vzdálené konzultace (telekonzultace) a vzdáleného monitoringu klinických dat;
 - sdílení dat a dokumentace v síti nemocnic, telekonzultace mezi poskytovateli;
 - v oblasti telemedicíny narážíme na legislativní limity.

V. Následná a dlouhodobá lůžková péče

Pod pojmem následná a dlouhodobá lůžková péče v Pk se skrývá poměrně široká škála zdravotních služeb (viz kapitola 2.1.4). Nastavení specifických cílů v tomto segmentu zdravotní péče je popsáno v dokumentu KLNPP (2022).

Klíčové priority v této oblasti jsou:

- Zajistit návrat pacienta do domácího prostředí a umožnit mu maximálně možný plnohodnotný další život.
- Přispět ke kontinuitě péče pro uživatele zdravotních služeb, a to mezi primární a akutní péčí na straně jedné a zdravotně-sociálními a sociálními službami na straně druhé.
- Posílit roli a vnímání PZS následné a dlouhodobé péče jako nedílné součásti zdravotnictví Pk a komplexních kvalitních zdravotních služeb pro jejich uživatele.

VI. Psychiatrická péče

Pk má podrobně zpracovaný Krajský plán sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na období 2022 – 2030, který vychází z NAPDZ.

Významný přínos pro úspěšnou implementaci uvedeného krajského plánu je existence krajského koordinátora a Komise RPK pro koordinaci služeb v oblasti duševního zdraví.

Současná lůžková vybavenost v oblasti akutní i následné psychiatrické péče v Pk je dostatečná. Klíčové je, aby zajištění akutní lůžkové péče bylo plně funkční (to se týká především kapacit ve Svitavské nemocnici).

Pokud jde o následnou péči, bude Pk připraven v případě potřeby posílit kapacity po roce 2030 v západní části regionu o 25 lůžek.

Pokud jde o psychiatrickou péči, zaměří Pk pozornost také do oblasti ambulantní péče o děti, která v současné době není standardizovaná (ve smyslu legislativy), je poskytována prostřednictvím jednotlivých „roztříštěných“ služeb, přičemž některé z nich se vyznačují extrémně dlouhou čekací dobou (např. objednací doba k dětskému psychiatrovi je 10 měsíců!!!).

Specifické cíle:

1. Iniciovat změny v legislativě, které by upravily institut ambulantní s rozšířenou péčí pro děti včetně jejího provázání na systém úhrad ze zdravotního pojištění.
2. V rámci přípravy změny legislativy odřídít a realizovat pilotní projekt na území Pk.
3. V rámci detailní inventury stavu a funkčnosti poskytovatelů primární a specializované ambulantní péče v Pk (viz bod III., cíl 3.) posoudit regionální dostupnost těchto služeb v oblasti psychiatrické péče pro děti a dospělé.

VII. Paliativní péče

Na rozdíl od psychiatrické péče, neexistuje v oblasti paliativní péče žádný aktuální národní ani krajský program paliativní medicíny.

Tuto problematiku dnes v ČR zastřešuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, která vyvíjí aktivity ke zlepšení poskytování paliativní péče v ČR. Systematizuje a zlepšuje paliativní postupy a implementuje je do každodenní klinické praxe. Podílí se na zvyšování paliativní gramotnosti a dovedností mezi klinickými pracovníky a informovanosti mezi laiky. V roce 2013 vytvořila Standardy paliativní péče a v roce 2015 Národní program paliativní péče, ve kterém představila vizi obecné dostupnosti kvalitní paliativní péče pro všechny pacienty, kteří ji potřebují. Dále pak pojmenovala základní cíle a úkoly, potřebné k dosažení této vize. Tento program měl být zároveň platformou pro rozvoj spolupráce s orgány státní správy i dalšími organizacemi, sdruženími a iniciativami, které se s vizemi a cíli národního plánu ztotožňují.

Dalšími důležitými subjekty, které přispívají k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání jsou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a Fórum mobilních hospiců. Sdružují poskytovatele hospicové péče a garantují kvalitu jejich služeb. Prosazují a podporují kombinaci lůžkové a domácí hospicové paliativní péče, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti.

Pokud jde o dětskou paliativní péči, není v ČR vytvořené dostatečně vhodné prostředí, které by rodinám umožnilo mít dítě s život omezujícím či ohrožujícím onemocněním v průběhu onemocnění a umírání v domácí péči. Dostupnost služeb obvykle závisí na místě bydliště a na druhu onemocnění. Rodina s dítětem v paliativní péči má tak především v terminálním období nemoci velmi omezenou dostupnost zdravotních a sociálních služeb v rámci svého komunitního prostředí. Neexistují nemocniční paliativní týmy, které by pacienty a jejich rodiny připravily na předání do domácí péče. Odborné vzdělání zdravotníků v paliativní péči je minimální, komunikační schopnosti personálu jsou limitovány vlastní nejistotou z důvodu nedostatečné připravenosti. Komunikace mezi profesionály, kteří poskytují péči dětem s život zkracujícím či ohrožujícím onemocněním, je stále nedostatečná, je nutné se zaměřit na její zlepšení, a to především s ohledem na kontinuitu péče o dítě a podporu rodiny (a to v širším významu, tedy např. včetně sourozenců). Nedostačující jsou i odlehčující pobytové služby. Chybí terénní pracovníci, praktičtí pediatři nejsou v oblasti paliativní medicíny školeni. Nemoc i smrt dětí je ve společnosti tabuizována, rodiny se často dostávají do sociální izolace.

Institut Pallium v roce 2021 na bázi širokého mezioborového konsensu odborníků vypracoval Koncepci péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny. Vypracovaná koncepce detailně popisuje, jak dítě a rodinu s paliativními potřebami identifikovat, jak nastavit plán péče a jak zajistit

péči v domácím prostředí, péči v závěru života i pozůstalostní péči. Tento dokument má ambici stát se základem národního programu dětské paliativní péče v ČR.

Specifické cíle:

1. Nastavit systematický sběr dat a jejich analýzu pro následné budování sítě paliativní péče v Pk.
2. V rámci NPK zajistit vytvoření paliativních týmů, které pokryjí péči o celé spektrum pacientů od dětí po dospělé.
3. Vytvořit na úrovni Pk v rámci úseku náměstkyně hejtmána pro zdravotnictví pozici odborného garanta (koordinátora) pro paliativní péči v Pk.
4. V rámci nastavování rozhraní zdravotních a sociálních služeb řešit i paliativní péči.
5. Do edukačních programů odborné i laické veřejnosti zakomponovat téma paliativní péče.
6. Podpořit tvorbu sítě poskytovatelů specializované paliativní péče – domácí hospice se začleněním pediatrií pro péči o dětské pacienty včetně případného pilotního projektu (Česká společnost paliativní medicíny doporučuje jeden domácí hospic na 100 tisíc obyvatel).
7. Pomoci realizovat změnu statusu DC z DD do 3 let na zařízení poskytující nejen následnou dlouhodobou zdravotní péči včetně fyzioterapie, ale i respitní a terénní služby. Toto bude mít výrazný pozitivní dopad do financování péče (platby od ZP).
8. Aktivně se zapojit do realizace projektů MZ ČR v rámci naplňování Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 v oblasti paliativní péče včetně souvisejícího systému jejího financování.

VIII. Domácí ošetrovatelská péče

Domácí péče představuje nezastupitelnou formu zdravotní péče, která je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí, a spolu se sociální péčí, včetně péče laické, tvoří souhrnný základ péče o pacienta.

Domácí péče je indikována u pacientů, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou, následnou nebo paliativní péči. Jedná se o pacienta s akutním nebo chronickým onemocněním, u kterého probíhá rekonvalescence, případně o pacienta v terminálním stavu. Obsah péče je vymezen individuálními potřebami každého pacienta v péči o somatické i duševní zdraví.

Z Koncepce domácí péče vyplývá, že:

- Domácí péče může být velice efektivní při spolupráci pacienta a jeho rodiny.
- Domácí péče minimalizuje riziko nákazy vzniklé v přímé souvislosti s pobytem v lůžkovém zdravotnickém zařízení (infekce vzniklé při pobytu v lůžkovém zařízení).
- Domácí péče šetří náklady na zdravotní péči, protože nezahrnuje náklady na hotelové služby a přístrojové vybavení PZS.
- Domácí péče zkracuje dobu nezbytné hospitalizace, a tím snižuje náklady na zdravotní péči.
- V domácí péči lze dosáhnout rychlejšího uzdravení.

Při správném nastavení domácí péče a propojení zdravotních a sociálních služeb ve svém důsledku může šetřit finanční náklady, zkrátit dobu uzdravení a urychlit návrat pacienta do běžného, případně produktivního života.

Specifické cíle:

1. Aktivně se zapojit do tvorby a implementace výstupů naplňování strategických cílů v rámci

Koncepce domácí péče MZ ČR:

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

IX. Zdravotnická dopravní služba

ZDS v Pk v současné době zajišťuje celkem 15 poskytovatelů, z toho 3 jsou součástí organizací zřizovaných / založených Pk v oblasti lůžkové zdravotní péče (NPK, LDN Rybitví, NNP Moravská Třebová).

Vzhledem k tomu, že se z pohledu poskytovatele akutní či následné lůžkové zdravotní péče se jedná o podpůrnou službu, mohl by jiný způsob jejího řízení či její outsourcing vytvořit větší prostor pro soustředění se na poskytování „core“ služeb. Zároveň její centrální řízení včetně optimalizace lokace vozidel a personálu umožní zvýšení kvality služeb pro její uživatele a efektivity pro poskytovatele. Dále lze očekávat i snížení nároků na využívání ZZS Pk k vnitronemocničním a sekundárním převozům.

Specifické cíle:

1. Posoudit jiný způsob provozování DZS v rámci Pk včetně zapojení organizací zřizovaných / založených Pk.

3.3 Opatření pro zvýšení efektivity a kvality vybraných podpůrných nezdavotních služeb v síti poskytovatelů zřízených, nebo založených Pk

Celkové náklady u všech PZS zřízených nebo založených Pk na vybrané podpůrné nezdavotní služby dosáhly v roce 2020 částky 357,032 mil. Kč, což představuje podíl 5,2 % na celkových nákladech těchto organizací.

Podíl jednotlivých služeb byl přitom následující:

169,560 mil. Kč za stravovací služby, tj. 2,5 % z celkových nákladů

125,084 mil. Kč za úklidové služby, tj. 1,8 % z celkových nákladů

38,714 mil. Kč za praní prádla, tj. 0,6 % z celkových nákladů

17,602 mil. Kč za nakládání s odpady, tj. 0,2 % z celkových nákladů

6,072 mil. Kč za ostrahu objektů, tj. 0,1 % z celkových nákladů

Stravovací služby

Stravovací služby jsou specifické tím, že jsou nejcitlivěji vnímány uživateli zdravotních služeb a odvíjí se od nich vnímání spokojenosti pacientů. Současně je nemocniční strava (různé druhy diet) součástí léčebného procesu. S ohledem na uvedené skutečnosti i její nejvyšší podíl na uvedených nákladech doporučujeme jí věnovat největší pozornost.

U PZS s externím dodavatelem panuje spokojenost s kvalitou nakupované služby i cena celodenní stravy patří k nejnižším.

U PZS, kteří zajišťují stravovací služby interními zdroji, doporučujeme provést podrobnější analýzu nákladů včetně zahrnutí odpovídající části správního režie. Zejména se jedná o zařízení, kde je cena celodenní stravy výrazně vyšší než u ostatních zařízení (OLÚ Jevíčko a NNP Moravská Třebová).

Současně doporučujeme s analýzou vlastních nákladů provést průzkum trhu externích dodavatelů stravovacích služeb s cílem porovnat aktuální ceny celodenní stravy pro pacienty a ceny obědu pro zaměstnance.

Praní prádla

Pro porovnání efektivity služby praní prádla doporučujeme sjednocení evidence všech nákladových položek, a to včetně započtení odpovídající části správní režie související s praním prádla tak, aby bylo porovnání jednotkových cen relevantní. Současně je žádoucí porovnávat celkové náklady na jednotku prádla (kg, ks apod.).

V případě PZS, kteří poskytují službu externím subjektům, doporučujeme následně ověřit, zda prodej těchto služeb opravdu přináší finanční benefit.

OLÚ Žamberk je v situaci, kdy řeší rekonstrukci, respektive výměnu technologie. Doporučujeme provést analýzu návratnosti investičních prostředků, a to i s ohledem na nejasný vývoj cen energetických komodit, případně porovnat tuto variantu řešení s outsourcováním praní prádla.

V rámci sledování kvality praní prádla doporučujeme věnovat pozornost kvalitě nakupovaného prádla a množství realizovaných prací cyklů, které prádlo během své životnosti vydrží. Na základě porovnání vybrat nejlepšího dodavatele pro vybraný sortiment.

Při sledování nákladů na tuto oblast sledovat odděleně náklady na praní prádla a pořízení nového prádla.

Úklidové služby

Úklidové služby jsou po stravovacích službách druhou finančně nejnáročnější podpůrnou nezdavotní službou.

Pro porovnání efektivity úklidových služeb obdobě jako u praní prádla doporučujeme sjednocení evidence všech nákladových položek souvisejících s úklidovými službami, aby bylo porovnání jednotkových cen relevantní.

Zejména jde o přesné přiřazení mzdových nákladů souvisejících s úklidovými službami a rozpočítání odpovídající části správní režie.

S ohledem na vývoj inflace a pracovního trhu doporučujeme provést průzkum trhu externích dodavatelů úklidových služeb a ověřit případnou výhodnost jejího zabezpečení externím dodavatelem.

Nakládání s odpady

Nakládání s odpady je legislativně, technicky a logisticky náročná činnost. Outsourcované služby jsou dlouhodobě osvědčené a nedává smysl na této skutečnosti nic zásadního měnit. Dokončení rekonstrukce a zprovoznění vlastní spalovny v NPK by mělo opět přinést snížení nákladů při nakládání s odpady.

Doporučujeme sjednotit nákladové položky v návaznosti na druhu a množství produkovaného odpadu u jednotlivých PZS.

Do budoucna je zapotřebí počítat s dynamickým růstem nákladů na nakládání s odpady, které souvisí s platnou legislativou, která posouvá trend od skládkování k recyklaci odpadů.

Ostraha objektů

Ostraha objektů je provozována v NPK, OLÚ Žamberk a OLÚ Jevíčko. Náklady na tuto službu jsou nejnižší ve srovnání s ostatními podpůrnými nezdavotními službami. Její využití souvisí se znalostí areálu a místní bezpečností situace.

Doporučujeme zvážení většího rozsahu využití moderních ICT technologií např. kamerových systémů napojených a dozorovaných bezpečnostními agenturami nebo policejními složkami.

Shrnutí a další doporučení

Poskytování zdravotních služeb je společensky velmi důležité, odborně složité, psychicky i fyzicky náročné. Na všech stupních manažerského řízení zdravotnických zařízení jde o časově náročný proces.

Z uvedených důvodů je logické, věnovat poskytování zdravotních služeb maximální pozornost a zajištění podpůrných nezdavotních služeb realizovat, tam kde je to možné, ve spolupráci s externími partnery.

Managementu zdravotnických zařízení to umožní věnovat více energie a pozornosti hlavnímu léčebně ošetrovatelskému procesu při řízení nemocnic a jiných typů zdravotnických zařízení.

Doporučujeme věnovat pozornost také dalším podpůrným nezdravotním činnostem, které nebyly předmětem úvodní analýzy, a mohou mít potenciál pro zvýšení jejich kvality, rozsahu či dosažení úspor. Jde např. o IT služby, společné nákupy vybraných komodit, případně jiné služby.

V případě rozhodování o realizaci investic do podpůrných nezdravotních služeb vždy porovnat tuto variantu řešení s outsourcingem příslušné služby.

3.4 Návrh opatření v oblasti řízení poskytovatelů zdravotní péče zřízených, nebo založených Pk z úrovně Pk

V této kapitole je uveden návrh souboru opatření cílených do oblasti řízení PZS ze strany Pk. Realizace těchto kroků by měla výrazně přispět k naplnění SKZ Pk.

Patří sem:

- Pokračovat v tvorbě strategických a koncepčních materiálů v oblasti zdravotnictví Pk, zajistit dostatečnou vzájemnou provazbu přijatých materiálů, a důsledně realizovat/vyžadovat jejich naplňování.
- Zavést standardizovanou sadu ukazatelů (informací) o stavu zdravotnictví v Pk a jeho vývoji (trendech), včetně mezikrajského srovnání, která bude průběžně (minimálně 1x ročně) naplňována a vyhodnocována. Do struktury ukazatelů zařadit ukazatele stavu a využití kapacit, kvality poskytovaných služeb, stavu a vývoje personálu, standardní ekonomické ukazatele apod.
- Podporovat, koordinovat a zastřešovat informační/komunikační aktivity PZS vůči veřejnosti.
- Zavést standardizovanou část výročních zpráv, respektive Zpráv o činnosti a plnění úkolů PZS za účelem sledování vývojových trendů vybraných ukazatelů, případně plnění jejich plánovaných hodnot.
- Nastavit nový systém hodnocení ředitelů PZS s využitím ukazatelů s přímou vazbou na koncepční dokumenty a strategické cíle zdravotnictví Pk (snížit počet ukazatelů, konkretizovat např. personální ukazatele, zavést ukazatel kvality poskytované péče apod.). V procesu vyhodnocování využívat formu osobního rozhovoru a poskytování pravidelné zpětné vazby.
- Zavést standardizovaný pravidelný sběr zpětných vazeb od uživatelů zdravotních služeb s důrazem na získání podnětů ke zvýšení jejich kvality a spokojenosti pacientů (analýza, opatření, vyhodnocení, sledování trendů). Realizaci a vyhodnocení doporučujeme provádět ve spolupráci s nezávislým externím partnerem.
- Pokračovat v pravidelném setkávání s řediteli všech lůžkových PZS (nejen zřizovaných, nebo založených Pk) se zaměřením na spolupráci, sdílení best practice a výměnu zkušeností. Setkání realizovat střídavě v sídle jednotlivých PZS. Zvážit využití externího moderátora setkání.
- Do jednotlivých projektů zaměřených na plnění strategických cílů zapojit zástupce PZS napříč jednotlivými segmenty.
- Na úrovni Pk koordinovat a podporovat edukační programy pro veřejnost – preventivní programy (rotace osvědčených aktivit a sdílení dobré praxe v rámci Pk).
- Prohloubit spolupráci odboru sociálních služeb a odboru zdravotnictví Pk, včetně členů Rady Pk odpovědných za obě oblasti při hledání provázání zdravotních a sociálních služeb a jejich realizaci v praxi v duchu stanovené vize.

3.5 Identifikace rizik a minimalizace jejich negativních dopadů při naplňování SKZ Pk

Pro naplňování této SKZ, resp. dosažení definovaných strategických cílů, identifikujeme dvě hlavní skupiny rizik.

Jsou to jednak rizika, kde míra vlivu Pk a PZP na jejich minimalizaci či dokonce eliminaci je velmi omezená. Jedná se o rizika negativních změn prostředí a riziko nenaplnění aktivit deklarovaných MZ ČR, MPSV ČR a vládou ČR.

Do druhé skupiny řadíme rizika, u nichž může Pk pravděpodobnost jejich případné realizace významně snížit či dokonce zcela zamezit.

Konkrétní rizika první kategorie:

- Nedostatek zdrojů v rámci veřejných rozpočtů, veřejného zdravotního pojištění a dotací EU.
- Neprosazení potřebných legislativních změn v zákonodárném procesu včetně systému financování zdravotních a zdravotně-sociálních služeb.
- Nerealizace/zastavení či výrazné zpoždění projektů MZ ČR v rámci naplňování Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030.

Konkrétní rizika druhé kategorie:

- Pokles kvality poskytovaných služeb z důvodu nedostatečných finančních i personálních zdrojů.
- Nedůsledné řízení změn a nedostatečná komunikace.
- Nevybrání vhodných odborných poradců/koordinátorů pro následnou, dlouhodobou a paliativní péči a vhodných členů pracovních skupin.
- Nepřijetí potřebných změn ze strany vedoucích pracovníků poskytovatelů.
- Zachování stávajícího způsobu řízení, hodnocení a odměňování ředitelů zdravotnických organizací zřizovaných / založených Pk.
- Nedostatečná spolupráce na úrovni zdravotního a sociálního odboru KÚ Pk.
- Narušení kontinuity v důsledku výsledků krajských voleb.

Minimalizace negativních dopadů případnou realizací řady rizik druhé kategorie lze dosáhnout naplněním opatření v oblasti řízení poskytovatelů zdravotní péče v Pk (viz kapitola 3.4.), a dále důsledným a průběžným monitorováním a vyhodnocováním plnění zadaných úkolů.

3.6 Implementace a monitoring naplňování stanovené vize a strategických cílů

3.6.1 Návrh postupu implementace jednotlivých opatření a aktivit

Metodický přístup

Cesta k naplnění stanovené vize je postavena na 6 klíčových prioritách. Jejich dosažení je postaveno na:

- plnění specifických cílů dílčích segmentů zdravotní péče,
- plnění opatření v oblasti řízení poskytovatelů zdravotní péče zřízených, nebo založených Pk z úrovně Pk a
- plnění opatření pro zvýšení efektivity a kvality vybraných podpůrných ne zdravotních služeb v síti poskytovatelů zřízených, nebo založených Pk.

K naplnění každého jednotlivého cíle či opatření jsou stanoveny dílčí kroky v Akčním plánu ve struktuře:

- Co je potřeba udělat.
- Do kdy je to potřeba udělat
- Kdo za to odpovídá

Vybrané specifické cíle doporučujeme řešit formou projektu. Jedná se zejména o cíle, jejichž dosažení je časově náročnější a vyžaduje vyšší míru koordinace většího počtu spolupracujících subjektů. V těchto případech bude k monitorování aktivit, zdrojů a průběžného sledování postupu využito standardních nástrojů projektového řízení.

3.6.2 Návrh způsobu hodnocení naplňování vize a strategických cílů

Součástí implementace akčního plánu je proces monitorování a evaluace plnění strategických, resp. specifických cílů.

Účelem monitorování je průběžné zjišťování posunu v realizaci implementace a porovnávání získaných informací s výchozím předpokládaným plánem. Monitorování je soustavnou činností, která probíhá během celého trvání implementace.

Nastavený a fungující systém monitoringu umožní v případě potřeby revizi, úpravu implementačního plánu již v průběhu jeho realizace. Systém monitorování bude využit i k závěrečnému vyhodnocení výsledků SKZ jako celku, po skončení realizace.

Za sledování a hodnocení je odpovědný odbor zdravotnictví, který jedenkrát za rok předkládá Radě Pk Monitorovací zprávu o plnění SKZ nejpozději do konce března následujícího roku. První kontrolní monitorovací zpráva o plnění SKZ za IV. čtvrtletí roku 2022 a za rok 2023 včetně návrhu na dílčí aktualizaci jejího Akčního plánu bude předložena Radě Pk do 31. 3. 2024.

OZ sestaví výsledky sledování a hodnocení do Monitorovací zprávy. Monitorovací zpráva bude obsahovat zejména:

- Vyhodnocení plnění Akčního plánu
- Návrh případných změn vyvolaný změnou okolního prostředí
- Aktualizace Akčního plánu na následující období
- Souhrnné vyhodnocení plnění aktivit

Plnění strategických cílů a opatření probíhá v dynamickém a změnovém prostředí. Je pravděpodobné, že některé dílčí části Akčního plánu se budou muset průběžně revidovat a aktualizovat. K případným úpravám bude docházet v rámci pravidelné roční Monitorovací zprávy o průběhu realizace Akčního plánu. Návrh aktualizace bude předložen spolu s monitorovací zprávou v březnu.

V roce 2025 po krajských volbách doporučujeme prověřit, zda tento dokument odráží aktuální situaci ve společnosti, zda jsou naplňovány předpoklady (zejména naplňování celostátních strategických koncepcí, změny v legislativě apod.) a naplňuje očekávání vedení Pk.

3.7 Shrnutí a závěry návrhové části

V návrhové části je na základě provedené analýzy a posouzení očekávaného vývoje definována vize a motto zdravotnictví Pk 2030. Jejich dosažení se opírá o 6 klíčových priorit (strategických karet):

- 1. Reálná dostupnost zdravotních služeb v oblasti primární a specializované ambulantní péče**
- 2. Interaktivní zdravotnictví blíže uživateli zdravotních služeb**
- 3. Kvalita poskytované zdravotní péče**
- 4. Prevence a zdravý životní styl**
- 5. Propojení zdravotní a sociální péče**
- 6. Podpora zaměstnanců a zaměstnanosti ve zdravotnických profesích v regionu Pk**

Pro jejich dosažení je definováno 45 specifických cílů a opatření.

Naplnění SKZ je závislé nejen na Pk, odboru zdravotnictví KÚ Pk a organizacích působících v oblasti zdravotnictví v Pk, ale i na podpoře ze strany státu a dalším vývoji vnějšího prostředí.

Pk musí být aktivním spolupracujícím subjektem. Na úrovni Pk je nutné vytvořit kvalitní řídicí a výkonné struktury a pracovní týmy, které mj. budou připravovat a realizovat uvedené pilotní projekty a tvořit doporučené postupy a metodiku pro zajišťování komplexu zdravotních a sociálních služeb v Pk.

Dále doporučujeme:

1. Sloučit / sladit jednotlivé dílčí koncepční zdravotnické dokumenty, přičemž SKZ musí být základním strategickým dokumentem, na který mohou navazovat dokumenty upravující jednotlivé segmenty zdravotní péče (např. psychiatrická péče, akutní lůžková apod.) či koncepce rozvoje jednotlivých PZS zřizovaných / založených Pk.
2. Provázat SKZ (cíle, opatření, úkoly) s motivací (odměňováním) ředitelů PZS zřizovaných / založených Pk.
3. Sladit plán investic do zdravotnictví v Pk s SKZ.
4. Provázat /propojit strategie v oblasti zdravotních a sociálních služeb a dále v oblasti školství (zejména oblast zdravotní prevence a edukace).
5. V rámci OZ vytvořit útvar pro strategické řízení zdravotnictví v Pk s cílem:
 - Koordinovat tvorbu a aktualizaci strategických dokumentů.
 - Supervizovat plnění akčních plánů – předkládat průběžné zprávy o plnění včetně návrhů opatření.
 - Sbírat klíčová data a informace pro strategická rozhodnutí, sledovat jejich vývoj (časové řady) a provádět jejich vyhodnocování.
 - Koordinovat strategické aktivity s odborem sociálních služeb a odborem školství.
6. Posílit odbornou kompetenci Pk v oblasti zdravotnictví formou vytvoření poradního týmu NHZ, složeného ze zkušených expertů v kontextu s SKZ Pk.
7. SZK je „živý“ dokument a jako s takovým je s ním potřeba pracovat – např. každoročně ověřovat platnost a aktuálnost nastavené vize zdravotnictví Pk, zohledňovat vývoj vnějšího prostředí, pracovat s výstupy z dílčích aktivit a plnění dílčích cílů apod.
8. Komunikovat úspěchy při implementaci SKZ do praxe, a to jak těm kdo se na plnění dílčích cílů a opatření podílejí, tak i široké veřejnosti (občanům Pk) včetně informací o tom na čem aktuálně pracujeme.

Podpora na úrovni státu musí směřovat zejména k naplnění Koncepce Zdraví 2030 včetně jejího promítnutí do příslušných legislativních norem a systému vyváženého financování zdravotních a zdravotně-sociálních služeb.

Následující tabulky znázorňují provazbu strategických priorit SKZ a cílů Strategického rámce Zdraví 2030.

Legenda:

x slabá vazba
xx středně silná vazba
xxx silná vazba

Strategické karty	Reforma primární péče	Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti	Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví	Personální stabilizace resortu zdravotnictví	Digitalizace zdravotnictví	Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
Strategická karta 1.						
Reálná dostupnost zdravotních služeb v oblasti primární a specializované ambulantní péče						
Jasně definované parametry vymezení nových rolí a kapacit poskytovatelů.	xxx	xx	x	xx		xxx
ZP aktivně budují a řídí síť poskytovatelů (jsou odpovědné za dostupnost pro své klienty).	xxx					
Kraj spolupracuje se ZP při řešení „bílých míst“.	xxx			xx		
KÚ Pk jako příslušný správní orgán k udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb v Pk průběžně monitoruje plnění podmínek jednotlivými poskytovateli a má přehled o využití jejich potenciálu.	xx		x			
Strategická karta 2.						
Interaktivní zdravotnictví blíže pacientovi						
Funkční elektronické objednávání klientů na vyšetření u PZS.	xx				xx	
Sdílená elektronická zdravotnická dokumentace sdílená mezi PZS.	xx				xxx	
Edukovaní účastníci zdravotního procesu schopní efektivní elektronické komunikace.					xx	
Strategická karta 3.						
Kvalita poskytované zdravotní péče						
Návaznost zdravotní péče mezi jednotlivými segmenty („je o mě komplexně postaráno“).	xx		xxx			xx
Systematické sledování a hodnocení „odborné – medicínské kvality“ na úrovni jednotlivých PZS.	xx					xx
Systematické a kontinuální sledování a hodnocení kvality očima pacientů (uživatelů zdravotních služeb) včetně mapování jejich očekávání.	xx					xx
Měříme kvalitu a na základě hodnocení výsledků se posouváme dál.	xx					xx
Strategická karta 4.						
Prevence a zdravý životní styl						
Kraj je aktivní v edukaci obyvatel kraje a podpory zdravého životního stylu se zaměřením zejména na ohrožené skupiny obyvatelstva – děti do 6-ti let a jejich rodinné příslušníky, aktivní seniory, apod.	x	xxx				
Jsme mezi 3 nejlepšími kraji v hodnocení účasti občanů ve screeningových programech MZ ČR.	x	xxx				
„Bonusy a malusy“ v oblasti zdravotního pojištění s vazbou na zdravý životní styl a aktivní přístup ke svému zdraví.						xx
Strategická karta 5.						
Propojení zdravotní a sociální péče						
Fungující multidisciplinární týmy (odborníci ze zdravotní a sociální oblasti) v akutní i následné lůžkové péči, které vytvářejí individuální zdravotně-sociální plány pro uživatele služeb, kteří je aktuálně potřebují, či v návaznosti na zdravotní limity potřebovat budou.			xxx			
Provázanost a kontinuita péče je nastavena od primární ambulantní zdravotní péče až po sociální služby v regionu, v němž uživatel služeb žije.	xx		xxx			
Zdravotní a sociální péče funguje jako balíček služeb pro jejich uživatele s jasně nastavenými pravidly.			xxx			xx
Legislativní prostředí včetně způsobu financování podporuje poskytování zdravotně-sociálních služeb v domácím prostředí pacienta.			xxx			

Strategické karty	Reforma primární péče	Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti	Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví	Personální stabilizace resortu zdravotnictví	Digitalizace zdravotnictví	Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
	Strategická karta 6.					
	Podpora zaměstnanců a zaměstnanosti ve zdravotnických profesích v regionu Pk					
	Jednotliví PZS a Pk průběžně spolupracují se vzdělávacími institucemi, které připravují nové zdravotnické odborníky v lékařských i nelékařských zdravotnických povoláních, komunikují své záměry a společně vyhodnocují úspěšnost spolupráce.	xx		xxx		
	PZS v oblasti lůžkové péče pravidelně sledují a vyhodnocují fluktuaci zaměstnanců včetně monitorování příčin odchodu a přijímají opatření k vyšší stabilizaci klíčových zaměstnanců.			xxx		
Pk aktivně a pružně podporuje řešení problematických oblastí v potřebném odborném zajištění zdravotnických pracovníků v regionu.	xx		xxx			
Jsou vytvořeny a funkční nástroje a programy pro možnost obnovení fyzických i psychických sil zdravotnického personálu, který pečuje o občany ve zdravotnických zařízeních zřizovaných / založených Pk.			xxx			

Naplnění stanovené vize podporuje Pk také cílenými investičními projekty.

Jejich praktická realizace je podmíněna zajištěním potřebných zdrojů, tj. zejména očekávaným naplňováním rozpočtu Pk a získáním prostředků v rámci jednotlivých programů financování z EU.

V roce 2022 byly dále dokončeny tyto 3 významné investice, které dlouhodobě přispějí k výraznému zlepšení kvality poskytované zdravotní péče v Pk:

- stavba pavilonu centrálního urgentního příjmu s odbornými ošetrovnami II. etapa IROP v Orlickoústecké nemocnici (zahájená v 5/2020, náklady 397 745 476 Kč)
- výstavba nového objektu NNP Moravská Třebová (zahájená v 9/2020 s náklady 293 100 000 Kč)
- výstavba nové výjezdové základny ZZS Pk v Moravské Třebové (zahájení 9/2022 s náklady 41 300 000 Kč).

Uvedené investice v celkové výši 732 145 476 Kč byly financovány částečně z rozpočtu Pk (397 745 476 Kč) a částečně z dotací EU (334 400 000 Kč).

Následující tabulka ukazuje aktuální přehled realizovaných a plánovaných investic Pk do zdravotnictví schválených Radou Pk k 12.7.2022.

Aktuální přehled investic Pk ve zdravotnictví v realizaci či ve formě investičního/projektového záměru schválených Radou Pk

Název projektu/stavby	Zdroj financování	Celkové náklady projektu/stavby v Kč	Datum zahájení stavby	Datum ukončení stavby
AKCIOVÁ SPOLEČNOST NPK				
Pardubická nemocnice rekonstrukce stravovacího provozu	Pk	52 356 229	červenec 20	březen 23
Pardubická nemocnice, výstavba pavilonu centrálního urgentního příjmu s centralizací akutních provozů (IROP)	Pk /EU	1 909 271 402	květen 21	listopad 23
Pardubická nemocnice, rekonstrukce spalovny nebezpečných odpadů	NPK	101 351 000	prosinec 21	listopad 22
NPK, a.s., Svitavská nemocnice, sloučení JIP	NPK	57 347 769	červenec 22	únor 23
Realizace úspor energie - areál NPK, a. s., správní budova v Litomyšli	EU	29 895 466	leden 23	říjen 23
Litomyšlská nemocnice, Pavilon (I) – adaptace části podkroví s přístavbou výtahu a schodiště	Pk	15 337 918	červen 23	červen 24
Chrudimská nemocnice, rozšíření parkovací plochy	Pk	8 500 000	červen 23	prosinec 23
Svitavská nemocnice, úprava parku před psychiatrií	EU	6 050 000	červen 23	červen 24
Pardubická nemocnice, parkovací dům I.	Pk	359 980 885	červen 24	červen 25
Svitavská nemocnice, modernizace lůžkového fondu, dle generelu rozvoje nemocnice, 0.etapa/2.fáze a 1.etapa/1.fáze	Pk	627 751 450	červen 25	prosinec 28
PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE				
ZZS Pk - Výstavba nové výjezdové základny ve Vysokém Mýtě včetně příjezdové komunikace a parkovacích stání (IROP)	EU	31 268 483	srpen 19	prosinec 22
OLÚ Jevíčko - Rekonstrukce lůžkové části pavilonu S, rekonstrukce společných prostor a pokojů (IROP)	EU	64 928 090	srpen 21	říjen 23
OLÚ Jevíčko - Realizace úspor energie, budova stravovacího provozu	EU	11 134 774	duben 22	říjen 22
OLÚ Žamberk - Realizace úspor energie, Albertova vila včetně rekonstrukce interiéru	EU	53 386 798	srpen 22	prosinec 23
RÚ Brandýs nad Orlicí - stavební úpravy objektu Jiříčka	Pk	25 948 190	září 23	říjen 24
DC Veská - Realizace úspor energie, Středisko Veská, obytný dům II	EU	3 850 482	únor 23	srpen 23
ZZS Pk - Výstavba nové výjezdové základny ve Svitavách	EU	97 609 387	březen 23	březen 25
ZZS Pk - Výstavba nové výjezdové základny v Litomyšli	EU	40 103 946	březen 23	září 24
ULÚ Jevíčko - Realizace úspor energie, nová obytná budova, č. p. 505	EU	8 499 259	květen 23	duben 24
Výstavba FTV elektráren v LDN Rybitví a Vysokomýtské nemocnici	EU	4 340 205	květen 23	červen 24
LDN Rybitví - Zkvalitnění hotelových služeb, optimalizace počtů pacientů na pokojích (IROP)	EU	57 823 069	květen 23	prosinec 24
OLÚ Jevíčko - Realizace úspor energie, ubytovna sester, č. p. 506	EU	7 902 333	červenec 23	červen 24
DC Veská - Hospodaření se srážkovými vodami, středisko Veská	EU	2 205 800	leden 24	srpen 24
RÚ Brandýs nad Orlicí - Hospodaření se srážkovými vodami	EU	1 984 100	leden 24	srpen 24
NNP Moravská Třebová - Hospodaření se srážkovými vodami	EU	3 587 438	leden 24	září 24
CELKEM		3 582 414 473		
z toho: Pk		2 998 646 074		
NPK		158 698 769		
EU (dotace)		425 069 630		

4. AKČNÍ PLÁN

4.1 Nastavení monitoringu a vyhodnocování plnění akčního plánu

Průběžná evidence stavu realizace opatření probíhá během celého trvání implementace.

Za sledování a hodnocení plnění jednotlivých „aktivních“ cílů a opatření je odpovědný odbor zdravotnictví, který pololetně předkládá NHZ přehled o stavu k poslednímu dni příslušného pololetí.

Následující tabulka bude výstupem uvedeného pololetního monitorování stavu plnění jednotlivých cílů a opatření.

Dílčí cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do, resp. termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Stav plnění

Na základě této zprávy může NHZ ve spolupráci s vedoucím odboru zdravotnictví přijímat potřebná opatření včetně případného korigování dílčích aktivit tak, aby bylo dosaženo stanovených cílů a vize zdravotnictví Pk 2030.

4.2 Akční plán na období 2022-2030

K naplnění vize zdravotnictví Pk 2030 slouží dílčí specifické cíle, specifická opatření a cíle uvedené v Programu rozvoje NPK a KLNP v Pk.

V tomto akčním plánu jsou uvedena konkrétní opatření, jejichž realizace má zajistit dosažení specifických cílů.

Opatření konkretizují činnosti, aktivity, které je potřeba udělat, definování výsledku/výstupu aktivity a harmonogram, respektive termín, do kdy se mají tyto aktivity realizovat. Dále je uveden gestor aktivity a spolupracující subjekty.

Barevná legenda v Akčním plánu označuje časový prostor pro realizaci konkrétních aktivit:

aktivity na období 2022-2023

aktivity na období 2024-2030

aktivity zahajované v období 2022-2023 a pokračující v období 2024-2030

aktivity odvíjející se od celonárodních projektů na období 2022-2030

Preventivní péče

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Ve spolupráci se ZP vytvořit a v rámci Centra prevence Pk realizovat roční plány aktivit zaměřených na edukaci obyvatel Pk	1.1. Vytvořit Centrum prevence Pk	Funkční centrum prevence	2026	generální ředitel NPK	PZS zřízení / založení Pk	
	1.2. Zpracovat roční plán aktivit	Plán aktivit zaměřených na edukaci obyvatel Pk	2026 každoročně	generální ředitel NPK	PZS zřízení / založení Pk	
	1.3. Vyhodnotit plnění plánu	Co se podařilo, co se nepodařilo a inspirace pro plán na další rok	2026 každoročně	generální ředitel NPK	PZS zřízení / založení Pk	
2. Ve spolupráci s odborem školství podporovat zdravý životní styl se zvláštním zaměřením na dětskou populaci	2.1. Vytvořit společný plán aktivit na podporu zdravého životního stylu ve školách v Pk	Plán aktivit pro základní a střední školy v Pk	2023 každoročně	NHZ	člen Rady Pk zodpovědný za školství, odbor školství	vhodné zapojení odboru kultury, sportu a cestovního ruchu
	2.2. Podílet se na realizaci vytvořeného plánu aktivit	Realizované aktivity	2023 průběžně	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk	
3. Koordinace a zacílení individuálních aktivit PZS zřizovaných/založených Pk na snížení dopadů zejména následujících rizikových faktorů: - Nízká fyzická aktivita - Špatné stravovací návyky - Kouření a nadměrné konzumování alkoholu	3.1. Zmapovat aktivity, které PZS v současné době realizují	Přehled a zaměření stávajících aktivit (témata, cílové skupiny)	2023	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk	
	3.2. Vytvořit koordinovaný plán aktivit na snížení dopadů vybraných rizikových faktorů na obyvatele Pk	Plán aktivit - témata, cílové skupiny, forma, realizátor	2023 každoročně do 2025	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk	vzájemná inspirace jednotlivých PZS
	3.3. Realizace plánovaných aktivit	Realizované aktivity	2023 každoročně do 2025	ředitel PZS zřízení / založení Pk		
4. Aktualizovat vzhled webové stránky odboru zdravotnictví KÚ Pk a průběžně aktualizovat jejich obsah.	4.1. Doplnit strukturu webové stránky včetně odkazu na interaktivní mapu vyhledávání PZS v Pk	Aktualizovaná struktura webových stránek orientovaná na klíčové cílové skupiny uživatelů	VI.23	vedoucí OZ	oddělení IT	spolupráce s tvůrcem / správcem webových stránek
	4.2. Pravidelně aktualizovat obsah webových stránek	Elektronicky sdílené důležité aktuální informace	2023 průběžně	pověřený pracovník OZ		
	4.3. Zvážit možnost vytvoření speciální aplikace o zdravotních a zdravotně-sociálních službách v rámci webových služeb Pk	Rozhodnutí o vytvoření / nevytvoření speciálního portálu	2024	NHZ	OZ OSV	inspirace na stránkách odboru sociálních věcí (Kraj pro rodinu), nebo odboru školství (Školský portál Pk)

Přednemocniční neodkladná péče

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Analyzovat kapacity a navrhnout řešení hraničních kapacit výjezdových základen ZZS. Optimalizovat strukturu výjezdových míst a jejich kapacitu a vybavení. V návaznosti na demografický vývoj a s ním spojené potřeby obyvatelstva v Pk, na vývoj dostupnosti primární péče v jednotlivých částech kraje a s ohledem na restrukturalizaci akutní lůžkové péče v NPK, včetně reflektování vybudování a zprovoznění urgentních příjmů v Orlickoústecké a Pardubické nemocnici	1.1. Vybudovat odpovídající strukturu výjezdových základen, pokrývajících v optimální míře tento požadavek, včetně zajištění jejich pravidelné obnovy a modernizace a zajištění potřebného personálního zabezpečení	Schválený aktuální Plán pokrytí území Pk výjezdovými základnami ZZS	2023-2030	vedoucí OZ	ZZS Pk	Aktualizace plánu 1x za 2 roky
	1.2. Pravidelná obnova a modernizace techniky	Zabezpečení naplnění aktuálního schváleného Plánu pokrytí území Pk výjezdovými základnami ZZS		ředitel ZZS Pk	OZ	
2. Adekvátně přizpůsobovat kapacity v souvislosti s výstavbou a uvedením do provozu dálnice D35 na území Pk od Opatovic k Mohelnici	2.1. Zajistit potřebný zdravotnický personál pro kvalitní fungování ZZS					
3. Zachovat a dále rozvíjet cílenou spolupráci s jednotlivými složkami IZS na principu „First Responder“ na základě stanovených priorit	3.1. Vyhodnotit účinnost spolupráce s jednotlivými složkami IZS na principu "First Responder"	Identifikace potenciálu pro zlepšení spolupráce	2023	ředitel ZZS Pk		
	3.2. Identifikovat příležitosti v oblasti spolupráce se složkami IZS pro zlepšení přednemocniční neodkladné péče v Pk	Návrh konkrétních aktivit pro posílení spolupráce se složkami IZS	2024	ředitel ZZS Pk		
	3.3. Stanovit podmínky pro přidělení dotace Pk na posílení vzdělávacích aktivit účastníků systému "First Responder"	Vypsání dotačního programu Pk, přidělení dotací, realizace vzdělávání	2024	NHZ	OZ ZZS Pk	
	3.4. Posoudit výhody a rizika spojená se zavedením mobilní aplikace pro kontaktování účastníků systému "First responder"	Podklad pro rozhodnutí - varianty řešení	2024	NHZ	ZZS Pk	
4. Vyjednávat se ZP, respektive státem o změně struktury financování služeb ZZS s cílem přiblížit se co nejvíce poměru 50:50 (tj. 50% nákladů hradí ZP, respektive stát a 50% kraj)	4.1. Připravit návrh materiálu a zajistit jeho projednání v Komisi AKČR pro zdravotnictví	Návrh změny financování služeb ZZS schválený v Komisi AKČR	2023	ředitel ZZS Pk	OZ	
	4.2. Projednat materiál v Komisi Rady AK ČR pro zdravotnictví a v Radě AK ČR	Usnesení komise Rady AK ČR pro zdravotnictví a usnesení Rady AK ČR	2023	NHZ	hejtman Pk	
	4.3. Projednat požadavek (usnesení) AK ČR s MZ ČR a ZP	Vyjádření MZ ČR a ZP k požadavku AK ČR	2024	NHZ	hejtman Pk	
5. Posoudit způsob zajištění služby „Prohlídky těl zemřelých“ s cílem efektivně využít kapacity ZZS Pk pro život ohrožující stavy	5.1. Zpracovat studii proveditelnosti včetně návrhu variant řešení	Podklad pro rozhodnutí - varianty řešení	2024	NHZ	ZZS Pk OZ	možnost realizace externím dodavatelem

Primární a specializovaná ambulantní péče

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Pk bude aktivně spolupracovat s jednotlivými gestory (MZ ČR a ÚZIS) na realizaci jednotlivých dílčích aktivit probíhajících v rámci implementačního naplňování specifického cíle 1.1 Strategického rámce Zdraví 2030 v průběhu celého období	1.1. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 1.1.1 Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů	Resortní metodické postupy, nastavení toků pacientů mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři	2022-2023	vedoucí OZ	MZ ČR ÚZIS ostatní kraje ZP	
	1.2 Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 1.1.4 Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí	Vytvořený model sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři zavedený do praxe	2022-2030	vedoucí OZ	MZ ČR ÚZIS ostatní kraje ZP	
	1.3. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 1.1.5 Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality	Vytvořená sada indikátorů, které budou dobře měřitelné a data budou jednoduše dostupná	2022	vedoucí OZ	MZ ČR ÚZIS ostatní kraje ZP	
	1.4. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 1.1.6 Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci	Vytvořené úhradové mechanismy reflektující pohyb pacienta v systému a poskytovanou péči	2022-2023	vedoucí OZ	MZ ČR ÚZIS ostatní kraje ZP	
	1.5. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 1.1.7 Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech	Programy na podporu zvýšení počtu ordinací praktických lékařů na venkově a v odlehklých oblastech	2022-2030	vedoucí OZ	MZ ČR ÚZIS ostatní kraje ZP	
	1.6. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 1.1.12 Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy	Vytvořený nový model lékařské pohotovostní služby při urgentních příjmech včetně příslušné legislativy	2022-2026	vedoucí OZ	MZ ČR ÚZIS ostatní kraje ZP	
2. Podpořit vhodnými motivačními stimuly získávání nových lékařů s cílem postupného snižování věkového průměru lékařů v primární péči, tj. praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost	2.1. Identifikace a analýza účinnosti motivačních faktorů pro lékaře v primární péči	Vybrané vhodné motivační faktory pro lékaře v primární péči	2023	NHZ	OZ	koordinace s aktivitami ZP a MZ ČR
	2.2. Vytvořit vhodné nástroje pro praktickou aplikaci motivačních faktorů	Roční program na podporu získání nových lékařů v primární péči	od 2023 každoročně	NHZ	OZ	spolupráce s obcemi

Psychiatrická péče

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do, resp. termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Iniciovat změny v legislativě, které by upravily institut ambulantní s rozšířenou péčí pro děti včetně jejího provádění na systém úhrad ze zdravotního pojištění	1.1. Připravit návrh materiálu a zajistit jeho projednání v Komisi AK ČR pro zdravotnictví	Usnesení Komise Rady AK ČR pro zdravotnictví k předloženému návrhu	2024	vedoucí OZ		
	1.2. Projednat materiál v Radě AK ČR	Návrh změny příslušné legislativy schválený v Radě AK ČR	2024	NHZ	hejtman Pk	
	1.3. Projednat materiál schválený Radou AK ČR s MZ ČR a ZP	Legislativní změny ve Sbírce zákonů, respektive zakotvené v dohodách se ZP	2024-2025	NHZ	hejtman Pk	
2. V rámci přípravy změny legislativy odřídít a realizovat pilotní projekt na území Pk	2.1. Realizovat pilotní ověření funkčnosti návrhu ve 3 vybraných ambulancích v Pk	Získané praktické poznatky promítnuté do finálního návrhu legislativních změn	2024	NHZ	vybrané ambulance	podmínkou je pro tento účel vypsáný program MZ ČR
3. Pokračovat v realizaci programu Reformy péče o duševní zdraví se zaměřením na kapacity ambulantních služeb v oblasti psychiatrické péče pro děti a dospělé	3.1. Realizovat v rámci specifického cíle 3. v oblasti Primární a specializované ambulantní péče	Identifikace "bílých" míst v oblasti ambulantní psychiatrické péče o děti a dospělé	2023	vedoucí OZ	poskytovatelé psychiatrické péče, CDZ	
	3.2. Na základě identifikace "bílých" míst definovat konkrétní opatření k jejich řešení	Akční plán opatření k řešení "bílých" míst v oblasti ambulantní psychiatrické péče o děti a dospělé	2024	vedoucí OZ	poskytovatelé psychiatrické péče, CDZ	

Paliativní péče

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Nastavit systematický sběr dat a jejich analýzu pro následné budování sítě paliativní péče v Pk	1.1. Identifikace struktury dat, zdrojů informací, způsobu sběru, zpracování a vyhodnocování	Nastavený systém sběru a vyhodnocování dat o paliativní péči a jeho zakomponování do systému práce s informacemi o stavu zdravotnictví v Pk	2024	NHZ	PZS v oblasti paliativní péče	
2. V rámci NPK zajistit vytvoření paliativních týmů, které pokryjí péči o celé spektrum pacientů od dětí po dospělé	2.1. Nastavit složení paliativních týmů, způsob jejich práce a zaintegrování do poskytování zdravotní péče v NPK	Nastavené složení paliativních týmů a metodika jejich práce	2022-2023	generální ředitel NPK		
	2.2. Zajistit postupné personální obsazení jednotlivých paliativních týmů v nemocnicích	Fungující paliativní týmy, které zajišťují péči o celé spektrum pacientů v NPK	2023-2028	generální ředitel NPK		
3. Vytvořit na úrovni Pk v rámci úseku náměstkyně hejtmanky pro zdravotnictví) pozici odborného garanta (koordinátora) pro paliativní péči v Pk	3.1. Identifikovat potenciální odborné garanty, stanovení podmínek spolupráce, jejich oslovení a výběr vhodného koordinátora	Vybraný odborný garant pro paliativní péči v Pk včetně sjednání podmínek spolupráce	2022	NHZ		
4. Podpořit tvorbu sítě poskytovatelů specializované paliativní péče – domácí hospice se začleněním pediatrii pro péči o dětské pacienty včetně případného pilotního projektu	4.1. Vytypovat vhodný fungující domácí hospic a realizovat pilotní projekt s využitím metodiky připravované MZ ČR	Realizovaný pilotní projekt v oblasti domácího hospice pro péči o dětské pacienty	2025 - 2026	NHZ	MZ ČR, vybraný domácí hospic v Pk, Institut Pallium, ZP	NHZ určí vedoucího pilotního projektu
	4.2. Zpracovat hodnotící zprávu o realizovaném pilotním projektu	Hodnotící zpráva pro potřeby legislativních opatření	2027	vedoucí pilotního projektu	vybraný domácí hospic v Pk	
5. Aktivně se zapojit do realizace projektů MZ ČR při naplňování Strategického rámce Zdraví 2030 v oblasti paliativní péče včetně souvisejícího systému jejího financování	5.1. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 2.1.8 Programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách	Plná integrace paliativní péče do systému zdravotních služeb v nemocnicích i ve vlastním sociálním prostředí pacientů	2022-2030	vedoucí OZ	poskytovatelé paliativní péče v Pk	
	5.2. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 2.1.9 Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelských v dlouhodobé péči	Zajištění podpory rodin pacientů a dalších pečujících osob	2022-2030	vedoucí OZ	poskytovatelé paliativní péče v Pk	

Domácí péče

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Aktivně se zapojit do tvorby a implementace výstupů naplňování strategických cílů MZ ČR v rámci Koncepce domácí péče	1.1 Účastnit se tvorby pravidel a jejich implementace v regionu Pk se zaměřením na: - Posílení role sester v domácí péči - Financování domácí péče - Hodnocení kvality poskytované domácí péče	Implementované nové nástroje do praxe	2022-2026	vedoucí OZ	poskytovatelé domácí péče v Pk	

Zdravotnická dopravní služba

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Posoudit jiný způsob provozování DZS v rámci Pk včetně zapojení organizací zřizovaných / založených Pk	1.1. Zpracovat studii proveditelnosti včetně návrhu variant řešení	Podklad pro rozhodnutí - varianty řešení	2024	NHZ	NPK LDN Rybitví NNP Moravská Třebová ZZS Pk	realizace externím dodavatelem

Opatření na podporu strategických karet napříč jednotlivými segmenty zdravotní péče v Pk

Opatření	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Posílení prevence a zdravého životního stylu obyvatel Pk	1.1. Ve spolupráci s FZS UP připravit programy na podporu prevence a zdravého životního stylu a zajistit jejich realizaci	Kraj je aktivní v edukaci obyvatel kraje a podpory zdravého životního stylu se zaměřením zejména na ohrožené skupiny obyvatelstva	od 2024 každoročně	vedoucí OZ	FZS UP	
	1.2. V rámci edukačních programů, webového portálu Pk a v rámci dalších aktivit Pk na podporu prevence informovat veřejnost o screeningových programech MZ ČR	Pk je mezi 3 nejlepšími kraji v hodnocení účasti občanů ve screeningových programech MZ ČR	od 2024 průběžně	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk FZS UP	
	1.3. Podpora nastavení zdravotního pojištění s vazbou na zdravý životní styl a aktivní přístup ke svému zdraví na principu "slev a přirážek" k pojistnému	Systém zdravotního pojištění má finanční vazbu na zdravý životní styl a aktivní přístup ke svému zdraví	2024-2030	NHZ	AK ČR MZ ČR ZP	
2. Podpora zajištění dostatečného počtu kvalifikovaného zdravotnického personálu	2.1. Nastavit způsob měření a vyhodnocování fluktuace zaměstnanců PZS zřizovaných / založených Pk	Relevantní strukturované informace o fluktuaci včetně důvodů ukončení pracovního poměru	od 2023 každoročně	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk	
	2.2. Nastavit způsob měření a vyhodnocování počtu zaměstnaných nových absolventů zdravotnických škol u PZS zřizovaných / založených Pk	Relevantní strukturované informace o počtu zaměstnaných nových absolventů zdravotnických škol (včetně doby zaměstnání)	od 2023 každoročně	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk	
	2.3. Podporovat aktivity PZS zřizovaných / založených Pk v oblasti dlouhodobé stabilizace klíčových zaměstnanců včetně vytvoření nástrojů a programů pro obnovení fyzických i psychických sil zdravotnického personálu u PZS zřizovaných / založených Pk	Snížení fluktuace klíčových odborníků, funkční nástroje a programy pro možnost obnovení fyzických i psychických sil zdravotníků	2023-2030	NHZ	PZS zřízení / založení Pk	například ve spolupráci s FZS UK
	2.4. Zlepšit spolupráci a komunikaci se Středními zdravotními školami zřizovanými Pk a FZS UP na úrovni Pk a PZS zřizovaných / založených Pk	Funkční vzájemná komunikace a nastavený proces trvalého zlepšování a nárůstu zaměstnaných absolventů	2023-2030	NHZ	člen Rady Pk zodpovědný za školství, odbor školství	
3. Aktivní zapojení Pk do elektronizace zdravotnictví	3.1. Sledování naplňování specifického cíle 2.3 Digitalizace zdravotnictví Strategického rámce Zdraví 2030	Aktuální informace o situaci v oblasti elektronizace zdravotnictví na celostátní úrovni, PZS založení / zřízení Pk zapojení do implementace	2022-2030	vedoucí OZ	PZS zřízení / založení Pk	
	3.2. Připravit a postupně zavést do praxe elektronické objednávání pacientů na ambulantní vyšetření u PZS založených / zřizovaných Pk	Funkční systémy elektronického objednávání pacientů na ambulantní vyšetření	2024-2028	NHZ	PZS zřízení / založení Pk	

Opatření	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
4. Posílení provázání zdravotních a sociálních služeb	4.1. Aktivně se zapojit do řešení dílčího cíle číslo 2.1.1 Vytvoření a standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně sociálních služeb (Strategický rámec Zdraví 2030)	Nastavení organizované a standardizované zdravotní a sociální péče poskytované v komplexu služeb	2022-2025	NHZ	člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči	
	4.2. Aktivně se zapojit do řešení dílčího cíle číslo 2.1.2 Implementace specifických a regionálně specifických modelů dlouhodobé péče (Strategický rámec Zdraví 2030)	Funkční společný model integrované zdravotní a sociální péče reflektující regionálně specifické možnosti a potřeby Pk	2022-2030	vedoucí OZ	vedoucí odboru sociálních věcí KÚ Pk poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb	
	4.3. Aktivně se zapojit do řešení dílčího cíle číslo 2.1.4 Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb a integrace zdravotní, pracovní a sociální rehabilitace (Strategický rámec Zdraví 2030)	Zajištění dostupnosti poskytovatelů integrované péče odpovídající potřebám pacientů s chronickým onemocněním	2022-2030	vedoucí OZ	vedoucí odboru sociálních věcí KÚ Pk poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb	

Opatření pro zvýšení efektivity a kvality vybraných podpůrných nezdavatních služeb v síti PZS zřizovaných / založených Pk

Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Pro porovnání efektivity jednotlivých podpůrných služeb sjednotit evidenci všech nákladových položek a to včetně započtení odpovídající části správního režie tak, aby bylo porovnání jednotkových cen relevantní	Sjednocená účetní evidence pro rok 2024	2023	vedoucí ekonomického oddělení OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	
2. Sjednotit technické jednotky pro porovnávání nákladovosti na jednotku produkce	Stanovené technické jednotky pro sledování nákladovosti	2023	vedoucí ekonomického oddělení OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	
3. Současně s analýzou vlastních nákladů provést průzkum trhu externích dodavatelů stravovacích služeb s cílem porovnat aktuální ceny celodenní stravy pro pacienty a ceny obědu pro zaměstnance	Porovnání nákladů na stravování u jednotlivých PZS a jejich porovnání s trhem - návrhy opatření	2024	vedoucí ekonomického oddělení OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	realizace externím dodavatelem
4. Současně s analýzou vlastních nákladů provést průzkum trhu externích dodavatelů praní prádla s cílem porovnat aktuální ceny a specifikovat zvlášť náklady na pořízení nového prádla, respektive "zapůjčení" (pronájem) prádla	Porovnání nákladů na prádlo u jednotlivých PZS a jejich porovnání s trhem - návrhy opatření	2024	vedoucí ekonomického oddělení OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	realizace externím dodavatelem
5. V případě PZS, kteří poskytují některou podpůrnou službu externím subjektům, ověřit, zda prodej těchto služeb opravdu přináší finanční benefit	Analýza profitability podpůrných služeb pro externí subjekty - návrhy opatření	2024	vedoucí ekonomického oddělení OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	

Návrh opatření v oblasti řízení poskytovatelů zdravotní péče zřizovaných / založených Pk z úrovně Pk

Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. Periodicky aktualizovat strategické a koncepční materiály v oblasti zdravotnictví Pk, zajistit dostatečnou vzájemnou provazbu přijatých materiálů, a důsledně realizovat/vyžadovat jejich naplňování.	Konsolidovaná struktura koncepčních materiálů, jejichž základním prvkem je SKZ	2023-2030	NHZ	OZ	zajistit průběžnou aktuálnost a časovou návaznost dokumentů
2. Zavést standardizovanou sadu ukazatelů (informací) o stavu zdravotnictví v Pk a jeho vývoji (trendech), včetně mezikrajského srovnání, která bude průběžně (minimálně 1x ročně) naplňována a vyhodnocována	Připravená jasně strukturovaná sada ukazatelů o stavu zdravotnictví v Pk, způsob zajištění dat	od 2023 každoročně	vedoucí OZ	NHZ	
3. Standardizovat část Zpráv o činnosti, respektive Výročních zpráv a plnění úkolů PZS za účelem sledování vývojových trendů vybraných ukazatelů, případně plnění jejich plánovaných hodnot	Definovaná struktura povinných dat a informací a jejich zpracování do Zpráv o činnosti PZS, respektive Výročních zpráv	od 2023 každoročně	vedoucí OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	
4. Upravit systém hodnocení ředitelů PZS s využitím ukazatelů s přímou vazbou na koncepční dokumenty a strategické cíle zdravotnictví Pk; v procesu vyhodnocování využívat formu osobního rozhovoru a poskytování pravidelné zpětné vazby	Aktualizovaná struktura ukazatelů pro ředitele PZS zřizovaných / založených Pk, roční osobní hodnotící rozhovory	od 2024 každoročně	NHZ	OZ	snížit počet ukazatelů, konkretizovat je (např. personální ukazatele, zavést ukazatele kvality poskytované péče apod.)
5. Zavést standardizovaný pravidelný sběr zpětných vazeb od uživatelů zdravotních služeb s důrazem na získání podnětů ke zvýšení jejich kvality a spokojenosti pacientů (analýza, opatření, vyhodnocení, sledování trendů)	Centrální standardizovaný sběr podnětů uživatelů zdravotních služeb ke zlepšení péče, vhodná doporučení zaváděná do praxe	od 2023 každoročně	vedoucí OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	realizaci a vyhodnocení provádět ve spolupráci s externím partnerem
6. Pokračovat v pravidelném setkávání s řediteli všech lůžkových PZS (nejen zřizovaných, nebo založených Pk) se zaměřením na spolupráci, sdílení best practice a výměnu zkušeností. Setkání realizovat střídavě v sídle jednotlivých PZS	Pravidelná půlroční pracovní setkávání ředitelů PZS v oblasti lůžkové péče	2022-2030	vedoucí OZ	všichni PZS lůžkového typu v Pk	zvážit využití externího moderátora setkání
7. Do jednotlivých projektů a opatření zaměřených na plnění strategických cílů zapojit zástupce PZS napříč jednotlivými segmenty	Zástupci PZS zapojení do práce týmů v rámci implementace SKZ do praxe	průběžně dle akčního plánu	vedoucí OZ	PZS v Pk	podpora ze strany NHZ
8. Na úrovni Pk koordinovat a podporovat edukační programy pro veřejnost – preventivní programy (rotace osvědčených aktivit a sdílení dobré praxe v rámci Pk) a paliativní péče	Přehled edukačních programů pro veřejnost v Pk	2023 každoročně	vedoucí OZ	všichni PZS zřizovaní / založení Pk	
9. Prohloubit spolupráci odboru sociálních služeb a odboru zdravotnictví Pk, včetně členů Rady Pk odpovědných za obě oblasti při hledání provázání zdravotních a sociálních služeb a jejich realizaci v praxi v duchu stanovené vize	Pravidelná pracovní setkání na téma zlepšování dostupnosti a kvality zdravotně-sociálních služeb v Pk	2023 průběžně	NHZ	člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči OZ odbor sociálních věcí	

4.3 Závěrečná opatření k realizaci SKZ

Pro zajištění úspěšné implementace SKZ do praxe je dále nezbytné:

1. Cíle a úkoly návrhové části SKZ a zejména jejího akčního plánu projednat s řediteli PZS zřizovaných a zakládaných Pk. Současně stanovit hlavní podmínky pro jejich úspěšnou realizaci (personální, finanční, technické a další), rámcový, popř. u složitějších cílů a úkolů podrobnější časový harmonogram.

Termín: nejpozději do 3 měsíců po schválení SKZ Zastupitelstvem Pk

Gestor: pro NPK je NHZ
u ostatních PZS zřizovaných Pk je to vedoucí OZ

2. Projednat možnosti vzájemné spolupráce a podpory realizace návrhové části SKZ a zejména akčního plánu SKZ s řediteli PZS v Pk nezřizovaných a nezakládaných Pk.

Termín: nejpozději do 6 měsíců po schválení SKZ Zastupitelstvem Pk

Gestor: vedoucí OZ

3. Projednat možnosti vzájemné spolupráce a podpory realizace návrhové části SKZ a zejména akčního plánu SKZ s některými dalšími významnými subjekty (např. VZP – regionální ředitelství pro Královéhradecký a Pardubický kraj, ÚZIS ČR, FZS UPCE, apod.).

Termín: nejpozději do 9 měsíců po schválení SKZ Zastupitelstvem Pk

Gestor: NHZ

4. Cíle a úkoly návrhové části SKZ a zejména akčního plánu v ostatních oblastech zdravotní péče neprojednaných ad 1. a 2. (např. primární a specializovaná ambulantní péče, psychiatrická péče, paliativní péče, domácí zdravotní péče apod.) projednat s příslušnými profesními zástupci poskytovatelů jednotlivých druhů této zdravotní péče u kulatého stolu.

Termín: poprvé v roce 2023, následně každé 2 roky

Gestor: NHZ

Průběh realizace SKZ bude záviset také na naplňování národních zdravotnických koncepcí, zejména Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, ale i na personálních a finančních možnostech Pk, PZS a dalších zainteresovaných subjektů včetně možností vícezdrojového financování plánovaných investic.