



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Koncepce lůžek následné péče v Pardubickém kraji (aktualizace)

Akční plán koncepce lůžek následné péče v Pardubickém kraji



PARDUBICKÝ KRAJ

Srpen 2022

Schválená usnesením Zastupitelstva Pardubického kraje Z/246/22 dne 13. 12. 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	Lůžková následná, rehabilitační a dlouhodobá péče	19
2.1.5	Financování následné lůžkové zdravotní péče	22
2.1.6	Způsob řízení poskytovatelů lůžkové následné zdravotní péče z úrovně Pk	24
2.1.7	Aktuální koncepční zdravotnické dokumenty	24
2.2	VÝVOJ VYBRANÝCH UKAZATELŮ V OBDOBÍ 2010-2020 VČETNĚ MEZIKRAJSKÉHO SROVNÁNÍ	30
2.2.1	Zdravotnická zařízení následné, rehabilitační a dlouhodobé lůžkové péče	30
2.2.2	Lůžková kapacita následné a dlouhodobé péče	31
2.2.3	Personál v zařízeních následné, rehabilitační a dlouhodobé péče	37
2.2.4	Sledování kvality ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče	39
2.3	EKONOMICKÉ PARAMETRY	43
2.3.1	Příspěvek na provoz	44
2.3.2	Investice	45
2.4	ANALÝZA ÚČELNOSTI A EFEKTIVITY PODPŮRNÝCH NEZDRAVOTNÍCH SLUŽEB U JEDNOTLIVÝCH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB ZŘÍZENÝCH NEBO ZALOŽENÝCH PK	46
2.4.1	Stravování	46
2.4.2	Praní prádla	48
2.4.3	Úklidové služby	48
2.4.4	Nakládání s odpady	49
2.4.5	Ostraha objektů	49
2.4.6	Rekapitulace a shrnutí	49
2.5	ZÁKLADNÍ ASPEKTY A VÝZVY SOUVISEJÍCÍ S INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM COVID – 19 - SPECIFIKA PRO OBLAST LŮŽKOVÉ NÁSLEDNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	50
2.5.1	Základní data a informace o pandemii COVID-19 v ČR	50
2.5.2	Nové faktory, důsledky a dopady na lůžkovou následnou zdravotní péči v souvislosti s onemocněním COVID-19 v ČR	52
2.6	LEGISLATIVNĚ-PRÁVNÍ NÁSTROJE A PRAVOMOCI STÁTU, KRAJE, OBCÍ A DALŠÍCH ODPOVĚDNÝCH A ZAJINTERESOVANÝCH SUBJEKTŮ	53
2.6.1	Role státu	53
2.6.2	Role kraje	54
2.7	KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ	57
3.	NÁVRHOVÁ ČÁST	59
3.1	VIZE	59

3.2	OČEKÁVANÝ VÝVOJ POPTÁVKY PO SLUŽBÁCH NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	60
3.3	STRATEGICKÉ CÍLE PRO OBDOBÍ 2022–2030	62
3.4	PŘEDPOKLADY PRO ZAJIŠTĚNÍ KVALITNÍ LŮŽKOVÉ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V PK	65
3.5	IDENTIFIKACE RIZIK A OPATŘENÍ K MINIMALIZACI JEJICH PŘÍPADNÝCH NEGATIVNÍCH DOPADŮ	66
3.6	IMPLEMENTACE A MONITORING NAPLŇOVÁNÍ STANOVENÉ VIZE A STRATEGICKÝCH CÍLŮ	66
3.7	SHRNUTÍ A ZÁVĚRY NÁVRHOVÉ ČÁSTI	67
4.	AKČNÍ PLÁN	72
4.1	NASTAVENÍ MONITORINGU A VYHODNOCOVÁNÍ PLNĚNÍ AKČNÍHO PLÁNU	72
4.2	AKČNÍ PLÁN NA OBDOBÍ 2022–2030	72
4.3	ZÁVĚREČNÁ OPATŘENÍ K REALIZACI KLNP	78

Seznam použitých zkratk a kódů

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
ČSAZ	Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví
ČSÚ	Český statistický úřad
DC	dětské centrum
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
HV	hospodářský výsledek
IS	informační systém
ISO	International Organization for Standardization
IT	informační technologie
KLNP	koncepce lůžek následné zdravotní péče
KÚ	krajský úřad
KZP	Kancelář zdravotních pojišťoven
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030
NDLZP	následná a dlouhodobá zdravotní péče
NHZ	náměstkyně hejtmana Pk zodpovědná za zdravotnictví
NIP	následná intenzivní péče
NNP	nemocnice následné péče
OLÚ	odborný léčebný ústav
ORP	obec s rozšířenou působností
OSV	odbor sociálních věcí Pk
OZ	odbor zdravotnictví Pk
OZP	ostatní zdravotnický personál
PA	porodní asistentka
Pk	Pardubický kraj
PZS	poskytovatel zdravotních služeb
RÚ	rehabilitační ústav
SAK	Spojená akreditační komise
SKZ	střednědobá koncepce zdravotnictví
SMI	Severe mental illness (Závažné duševní onemocnění)
SZÚ	Státní zdravotní ústav
THP	technicko-hospodářský pracovník
ÚKŠ	Ústřední krizový štáb
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPBD	zdravotnický pracovník 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 2012 byla vytvořena KLNP, kterou Rada Pk vzala na vědomí svým usnesením číslo R/2753/12 ze dne 23. 8. 2012. KLNP je strategickým dokumentem, jehož základním úkolem bylo vymezit cíle, kam by měla být tato oblast zdravotní péče nasměrována.

Bylo definováno celkem 33 cílů v následujících oblastech:

1. Obecné cíle (7)
2. Ošetrovatelská péče (8)
3. Pneumologie a ftizeologie (4)
4. Léčebně rehabilitační péče (7)
5. Psychiatrie (7)

Bohužel při tvorbě tohoto koncepčního materiálu nebyl definován akční plán, tj. u jednotlivých cílů nebyl stanoven termín plnění, ani odpovědná osoba a ani metrika způsobu vyhodnocení jejich plnění.

Mezi další cíle KLNP patřilo především:

- Navrhnout mechanismus pro hodnocení jednotlivých ZZ následné péče v příslušných oborech, který by sloužil pro jejich vzájemné srovnávání a vznikl tak podklad pro pravidelná hodnocení jejich činnosti.
- Nastavit systém pravidelných hlášení, která by měla být dodávána na KÚ Pk a poté zpracována do systému datových skladů s předdefinovanými výstupy.
- Shromáždit maximum dosažitelných odborných podkladů o výkonnosti všech ZZ následné péče před zásadním jednáním o nových smlouvách se ZP, mezi které patří i mezikrajská srovnání v příslušných oborech následné péče.

Uvedený dokument vznikl v době, kdy v oblasti zdravotnictví existovala pouze SKZ (2010), která byla zaměřena primárně na akutní lůžkovou zdravotní péči.

V uplynulých 8 letech proběhly dvě zprávy týkající se vyhodnocení naplňování KLNP a to:

- usnesení Rady Pk R/975/14 ze dne 20.3.2014, které obsahuje určité vyhodnocení situace v oblasti následné péče zejména s ohledem na realizované či plánované investice a
- usnesení Rady Pk R/75/16 ze dne 5.12.2016, které obsahuje informace o průběžném plnění jednotlivých opatření.

Účelem tohoto dokumentu je provést aktualizaci stávající KLNP 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 KÚ Pk
 - Speciálně vytvořené tabulky vyplněné poskytovateli zdravotní péče
 - Informace získané v průběhu řízených rozhovorů
- Řízené rozhovory s vybranými zástupci Pk a poskytovatelů zdravotní péče:
 - Pardubický kraj
 - 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
 - Ing. Aleš Boňatovský – vedoucí odboru krizového řízení
 - Ing. Helena Zahálková, MBA – vedoucí odboru sociálních věcí
 - Albertinum, Odborný léčebný ústav, Žamberk
 - Ing. Rudolf Bulíček – ředitel
 - 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
- Osobní návštěvy u jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče:
 - Albertinum, Odborný léčebný ústav, Žamberk
 - Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví
 - Vysokomýtská nemocnice
 - Nemocnice následné péče Moravská Třebová
 - Odborný léčebný ústav Jevíčko

- Účast na jednání kulatého stolu k paliativní péči v Pk dne 15. 2. 2022
- Analýza a vyhodnocení dat a informací včetně mezikrajského srovnání
- SWOT analýza a charakteristika současného stavu poskytování následné lůžkové zdravotní péče 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 Hofštetrová Knotková, ředitelka Národního centra ošetrovatelství 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

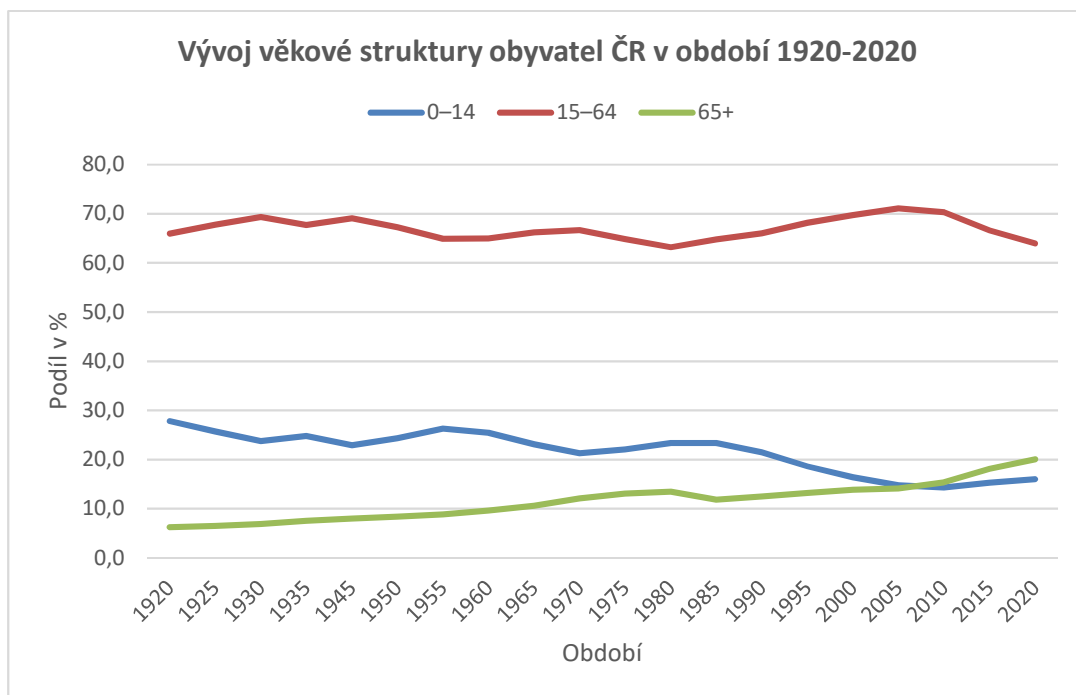


2.1.2 Demografický vývoj

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 (zdroj: ČSÚ).

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



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	42,7
		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.

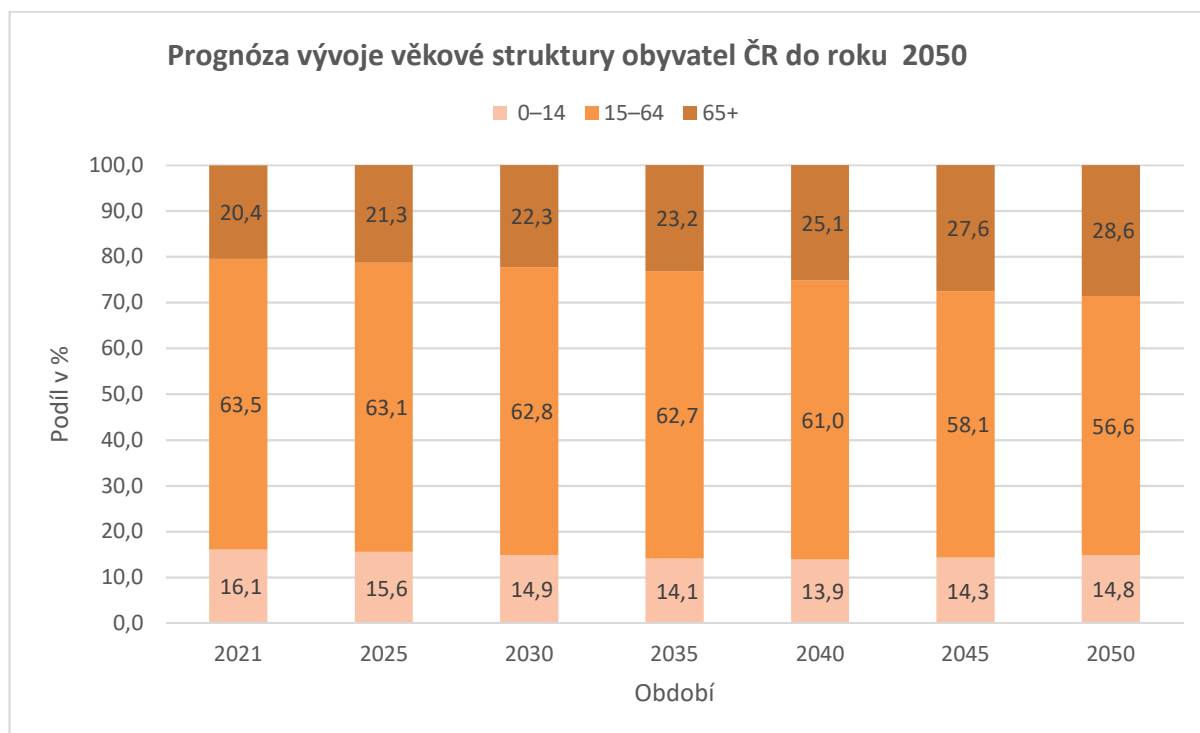
Zajímavé informace vyplývají z predikce vývoje počtu a věkové struktury obyvatel ČR do roku 2050, kterou zpracoval ČSÚ. Následující tabulka a graf ukazují tzv. „střední variantu“ prognózy.

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 stáří 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

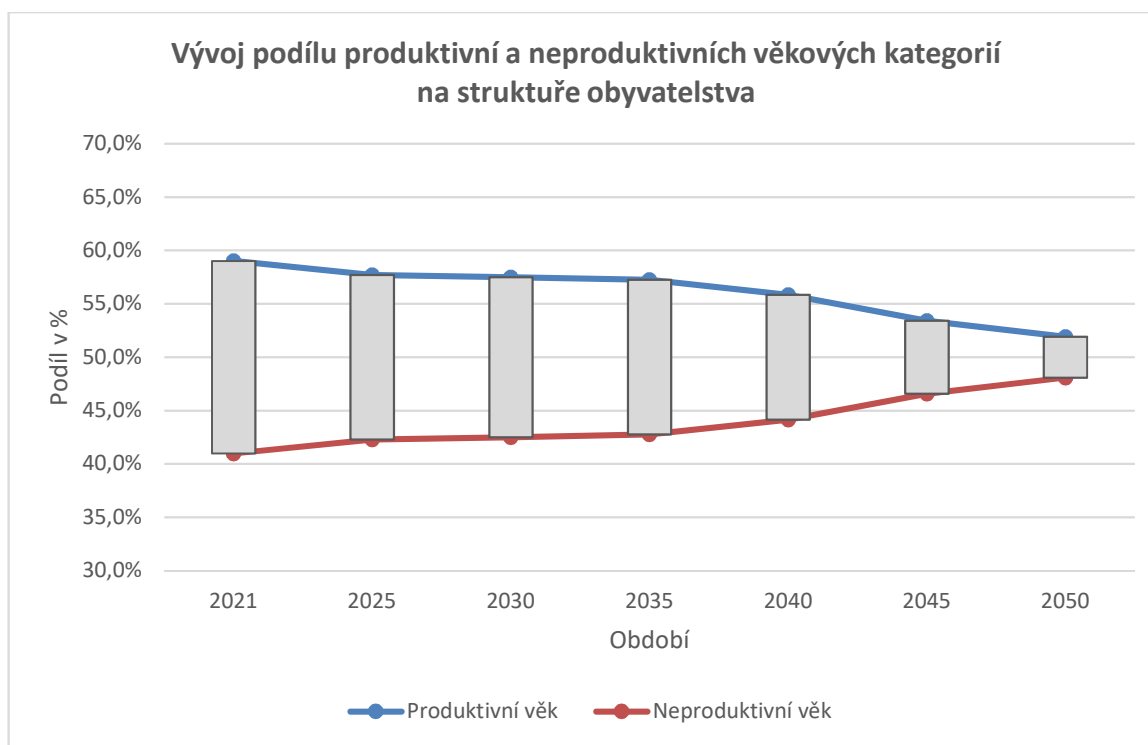
1) Počet obyvatel ve věku 65+ na 100 obyvatel ve věku 0-14

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 8 %. Tento vývoj bude nejen přímým důsledkem očekávané úrovně vývoje porodnosti, úmrtí a migrace, ale nepřímou bude ovlivněn i vývojem medicíny, v jejímž důsledku bude možný vyšší věk dožití.

Paralelně stárnutí populace bude 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 podle uvedené prognózy ČSÚ bude tento rozdíl pohybovat už jenom na úrovni kolem + 3,8 procentního bodu.

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

2.1.3 Zdravotní stav obyvatel Pk

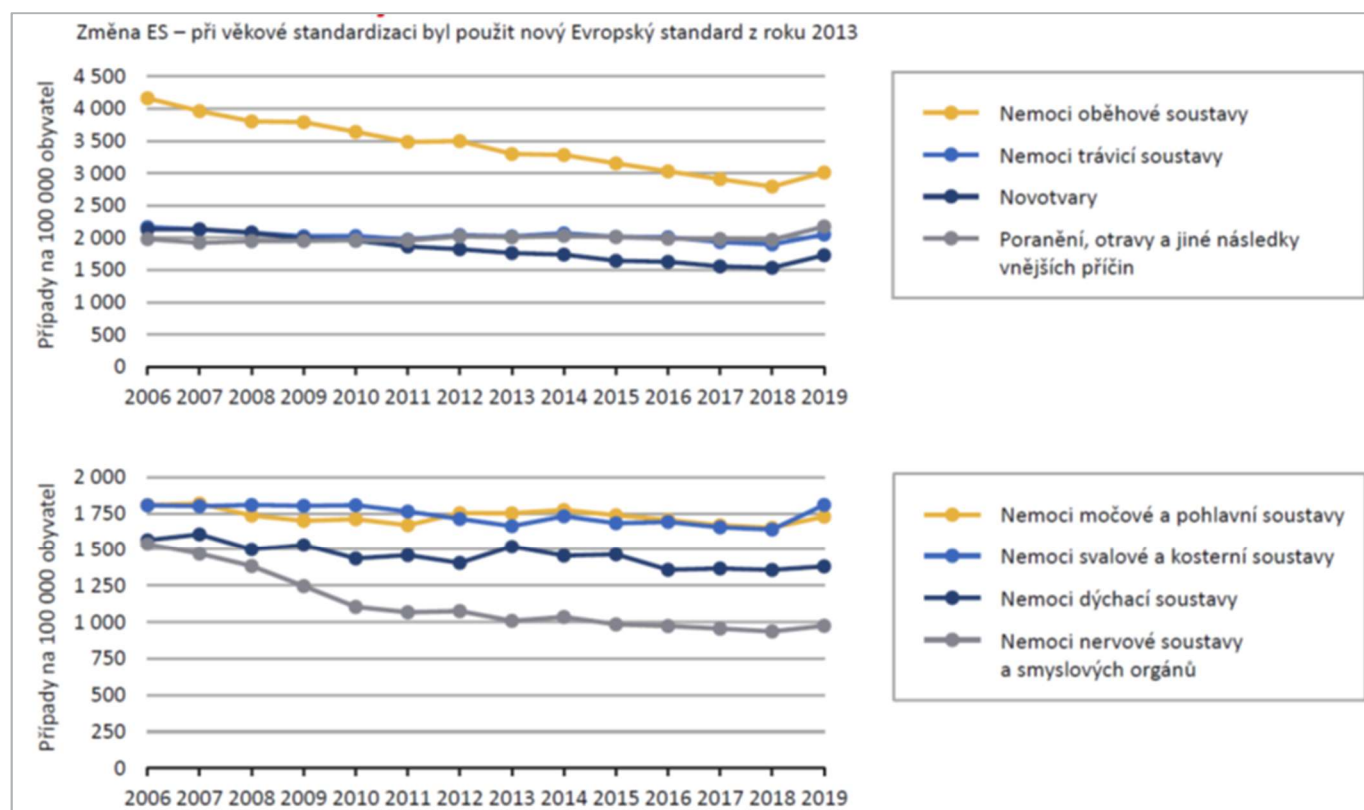
Na zdravotní stav obyvatel je možné nahlížet z různých úhlů pohledu.

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 reprodukci 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%	22,1%
	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%	4,0%
v tom ve věku	ostatní příčiny	526	597	719	754	801	762	819	826	1 406
	% případů	9,8%	11,0%	13,3%	14,7%	14,7%	14,6%	15,2%	14,9%	22,0%
0-14 let	26	25	15	23	17	21	20	20	17	25
15-64 let	1 125	1 146	1 018	918	914	893	902	923	872	896
65 a více let	4 214	4 232	4 359	4 182	4 509	4 320	4 467	4 585	4 669	5 462
Zemřelí na 1000 obyvatel	10,4	10,5	10,5	9,9	10,5	10,1	10,4	10,6	10,7	12,2

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 došlo 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 koronavirem SARS CoV-2 (dále jen COVID- 19).

c) Rizikové faktory

V rámci vládou schváleného plánu *Zdraví 2020* připravil a koordinoval SZU v roce 2014 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:

- Své 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 hranici normální hmotnosti se dle hodnot BMI pohybuje 64 % populace (73 % mužů a 65 % žen), přičemž do kategorie obezita spadá 29 % mužů a 25 % žen.

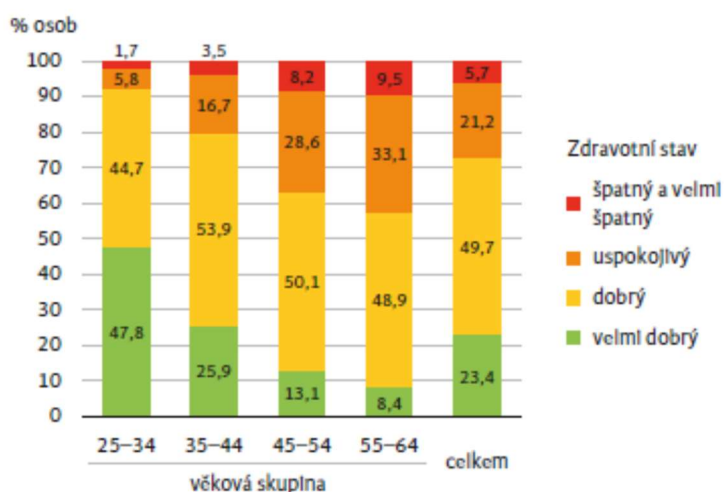
- Významné rizikové faktory životního stylu jsou:

- Kouření
- Nízká fyzická aktivita
- Špatné stravovací návyky
- Nadměrné konzumování alkoholu
- Nadváha
- Vysoký krevní tlak
- Vysoká hladina cholesterolu v krvi
- Metabolické rizikové faktory

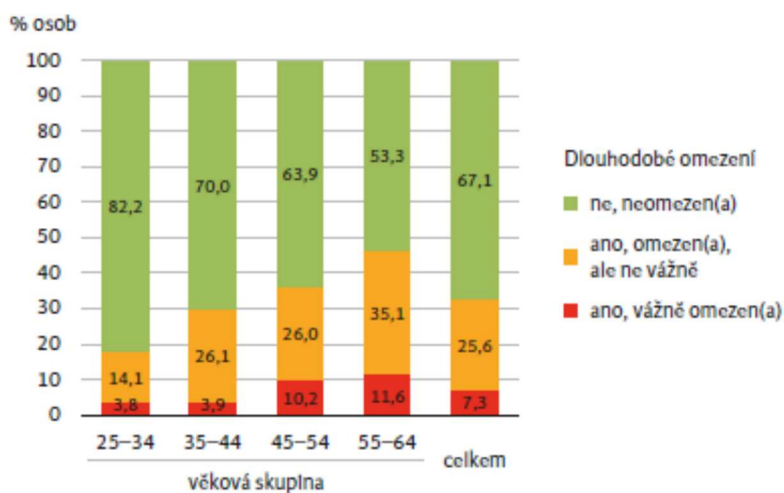
d) Vlastní vnímání zdravotního stavu

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

Obrázek 1 Subjektivní hodnocení zdraví 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 rozmezí 25-34 let, a to ze 47,8 % na 13,1 % ve věkovém rozmezí 45-54 let. Téměř třetina respondentů ve věkové kategorii 55-64 let hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný a velmi špatný.

2.1.4 Lůžková následná, rehabilitační a dlouhodobá péče

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, v §§ 5-10 specifikuje druhy a formy zdravotní péče.

V této koncepci se zabýváme pouze následnou, rehabilitační a dlouhodobou lůžkovou péčí. Ostatní segmenty zdravotní péče v Pk jsou podrobně specifikovány ve SKZ Pk.

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 (citace zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách).

Následnou a dlouhodobou lůžkovou péči zajišťuje v Pk celkem 12 poskytovatelů, přičemž Pk je zřizovatelem/zakladatelem 7 z nich.

Patří sem:

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

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 zařízení)

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Vysokomýtská nemocnice

Dětské centrum Svitavy

Dětské centrum Veská

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

Jedná se o soukromé zdravotnické zařízení, které 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.

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

Kapacita zařízení je 100 lůžek.

Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk

Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení zřízené Pk, které 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 péčí o pacienty trpící vážným a nevyléčitelným onemocněním (paliativní a hospicová péče).

Dále zařízení poskytuje dočasnou sociální službu osobám, které mají sníženou soběstačnost a nezvládnou pobyt v domácím prostředí. Součástí poskytovaných služeb je i činnost denního psychiatrického a gerontopsychiatrického stacionáře, odborných ambulancí včetně všeobecného praktického lékařství a oddělení radiodiagnostiky.

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

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 další 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 zdravotnické zařízení zřízené Pk, které 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 nevyléčitelných 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.

Léčebna provozuje Institut spánkové medicíny, který je akreditovaným ventilačním centrem pro osoby se spánkovými poruchami. Jedná se o jediné zařízení tohoto typu v Pk, které je schopno diagnostikovat a léčit neinvazivní plicní ventilací veškeré poruchy dýchání ve spánku.

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

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

Nemocnice následné péče Moravská Třebová

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

Nemocnice dále zajišťuje provoz radiologie a klinické biochemie. Pro své pacienty i veřejnost zajišťuje ZDS 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 nestátní zdravotnické zařízení zřízené Pk, které poskytuje hospitalizační a ambulantní služby v oblastech léčebné rehabilitace a pneumologické rehabilitace včetně léčby tuberkulózy. Ústav je jediným zařízením 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 %).

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

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

Poličská nemocnice, s.r.o.

Jedná se o soukromé zdravotnické zařízení, 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.

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

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

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Je nestátní zdravotnické zařízení zřízené Pk, které 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.

Dále ústav zajišťuje provoz chirurgické a rehabilitační ambulance.

Kapacita ústavu je 184 lůžek.

Vysokomýtská nemocnice

Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení zřízené Pk, které 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 kapitole 2.2 tohoto dokumentu.



Dětská centra

Dětská centra (DC) jsou specifická zdravotnická zařízení, která poskytují péči dětem opuštěným, zdravotně postiženým 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 (blíže viz. i SKZ)

2.1.5 Financování následné lůžkové zdravotní péče

Základní parametry financování následné zdravotní péče jsou dány příslušnou úhradovou vyhláškou MZ ČR – pro rok 2022 je to Vyhláška MZ ČR číslo 396/2021 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022 ze dne 29. října 2021. Protože systém úhrad je nastavený velice složitě, provedeme pro účely tohoto dokumentu určitá zjednodušení – pro PZS v oblasti následné lůžkové péče je úhrada za poskytnutou péči rovná součinu počtu ošetrovacích dnů a paušální sazby za ošetrovací den, přičemž:

- Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky, výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů vybraných hospitalizací, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2022} = 1,09 * PS_{OD,2021}$$

kde $PS_{OD,2022}$ je sazba za ošetrovací den v roce 2022

KN je koeficient navýšení a jeho hodnota je stanovena na 1,09 pro všechny kategorie pacientů

$PS_{OD,2021}$ je sazba za ošetrovací den v roce 2021, včetně navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u PZS lůžkové péče za ošetrovací den a bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií v roce 2021.

- Koeficient KN je možné navýšit o 0,003 při splnění stanovených kvalitativních kritérií daných úhradovou vyhláškou.

Legislativa přitom definuje následujících pět kategorií pacienta v rámci následné lůžkové péče:

- pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení
- pacient částečně soběstačný nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku
- pacient vyžadující zvýšený dohled nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled
- pacient imobilní nesoběstačný nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, případně inkontinentní, vyžadující

ošetřovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech

- pacient v bezvědomí

Dne 3. 4. 2019 se v Nemocnici Na Homolce v Praze sešli ředitelé, primáři a vedoucí lékaři zařízení následné a dlouhodobé péče z celé ČR. Na konferenci společně pořádané Asociací českých a moravských nemocnic a Asociací nemocnic ČR se seznámili s výsledky nákladové analýzy z 61 zařízení následné péče s téměř 9 000 lůžky.

Z uvedené studie a konference vyplynuly následující závěry:

1. Analýza ukázala, že skutečné náklady na ubytování, stravu, energie a služby a přímé medicínské náklady jsou až o 1 000 Kč na ošetřovací den vyšší než úhrady od ZP.
2. Vzniklý deficit je u PZS sil pokrýván jejich zřizovateli nebo samotnými pacienty a jejich rodinnými příslušníky v rozporu s legislativou o veřejném zdravotním pojištění, nebo se projevuje v dopadu na kvalitu péče.
3. Přitom závažné změny ve věkové struktuře obyvatelstva, prudký nárůst podílu pacientů starších věkových skupin a nárůst nemocnosti pacientů ve vyšším dosaženém věku zvyšují zejména medicínské náklady následné a dlouhodobé péče prakticky na úroveň péče akutní.
4. Při plně vytížených kapacitách PZS následné a dlouhodobé péče se tyto služby stávají stále nedostupnějšími a díky jejich nedostatečným úhradám nelze udržet ani kvalitu ubytování, stravování, dostupnost moderních léků a využívání léčebných metod odpovídajících staršímu věku pacientů.
5. Účastníci konference se shodli, že k zastavení alarmujícího vývoje je potřebné již v roce 2020 zvýšit strukturu nákladů „hotelového“ typu, včetně stravy nejméně o 300 Kč a medicínských nákladů cca o 700 Kč za ošetřovací den, tj. průměrné platby zdravotních pojišťoven ze stávajících cca 1 500 Kč zvýšit o 1 000 Kč na 2 500 Kč za ošetřovací den. To by znamenalo navýšení prostředků z veřejného zdravotního pojištění ve výši 6-7 mld. Kč za rok.

Příčiny růstu nákladů v následné lůžkové péči jsou podle účastníků konference dány následujícími faktory:

- Dramatická změna skladby pacientů po zavedení DRG v akutní péči v posledních letech (z akutního lůžka co nejdříve na následné!)
- Častá destabilizace zdravotního stavu pacientů. Léčení se blíží akutní medicíně, nemožnost stálých překladů z následných na akutní lůžka a obráceně
- Pacienti s nedokončeným vyšetřením z akutní péče - nutná nová diagnostická vyšetření a léčba
- Polymorbidita seniorů a chronicky nemocných zvyšuje nároky na obsluhu
- Narůstající potřeba nových a drahých léků přenášených z akutní do následné péče. Zde se musí dále podávat a hojit dekubity, rány, defekty
- Nutný vyšší počet personálu v návaznosti na zvyšující se závislost a bezmocnost pacientů
- Růst mezd ve všech sektorech hospodářství, bez jejich pravidelného navýšování hrozí zhroucení následné péče

Detailní informace jsou uvedeny ve zprávě Analýza nákladů v následné péči (Jak se dnes v ČR dělá následná a dlouhodobá péče za úhrady od zdravotních pojišťoven), která je k dispozici na stránkách Asociace českých a moravských nemocnic.

2.1.6 Způsob řízení poskytovatelů lůžkové následné zdravotní péče z úrovně Pk

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 (ředitele) 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 zaúčtování 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
- Ad hoc porady s řediteli příspěvkových organizací
- 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 5 -ti příspěvkových organizacích).
- Jednotlivé organizace zpracovávají výroční zprávy, respektive Zprávy o činnosti a plnění úkolů. Jejich struktura a obsah je ponechán na jednotlivých příspěvkových organizacích.

2.1.7 Aktuální koncepční zdravotnické dokumenty

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

Nadnárodní dokumenty:

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 vlivy 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 dokumenty:

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, kterého 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.

Naposledním 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.

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 a 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 MMPSV a MZ 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, přičemž 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 -ti 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).

Koncepte 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

Koncepte 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

Koncepte 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 dokumenty:

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 definice strategického cíle:

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.

Koncepte 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

Jeho upgrade je předmětem tohoto dokumentu.

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

Dokument popisuje aktuální stav (2015) 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.

Koncepte 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 psychiatrické 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.

Koncepte 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.

Koordinace a rozvoj zdravotní péče v Pk (únor 2018)

Dokument zmapoval aktuální stav, způsob 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.

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

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

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

2.2.1 Zdravotnická zařízení následné, rehabilitační a dlouhodobé lůžkové péče

Následnou a dlouhodobou péči poskytují v ČR tyto kategorie PZS:

- Nemocnice
- Odborné léčebné ústavy
- LDN
- Rehabilitační ústavy
- Dětská centra
- Hospice

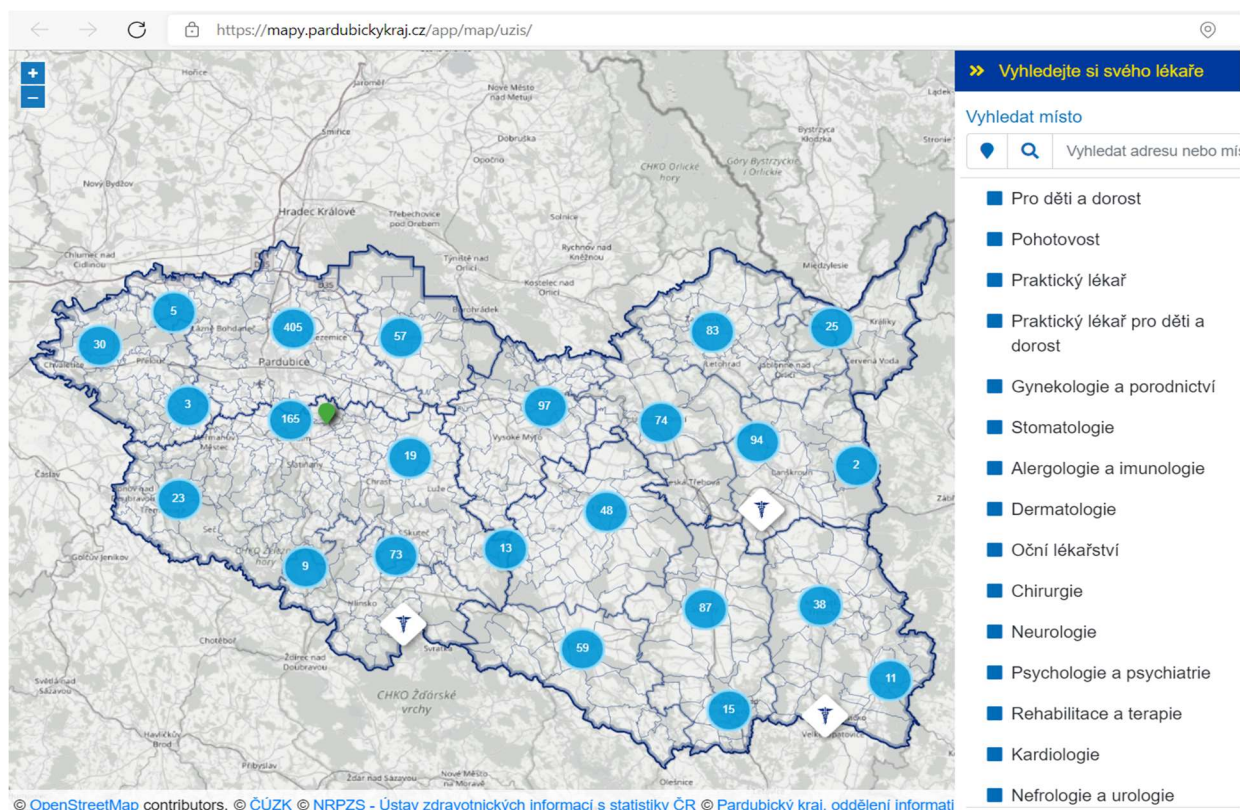
Následnou, rehabilitační a dlouhodobou lůžkovou péči zajišťuje v Pk 12 níže uvedených poskytovatelů, u 9 je zřizovatelem Pk:

AESKULAP spol. s r.o. – Léčebný ústav v Červené Vodě (privátní zařízení)
Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
Dětské centrum Veská
Dětské centrum Svitavy
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 zařízení)
Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí
Vysokomýtská nemocnice

Od roku 2016 nedošlo v rámci Pk ke změně počtu PZS tohoto typu, pouze v roce 2017 došlo ke sloučení zařízení DD v Holicích a Dětského domova pro děti od 1 do 3 let Holic, kdy vzniklo zařízení pod názvem DC Veská.

Zjištění dostupnosti těchto PZS a zdravotní péče v Pk napomáhá nová interaktivní mapa. Mapa je k dispozici od 2/2022 na webu <https://mapy.pardubickykraj.cz/app/map/uzis/> a umožňuje občanům na základě zdrojových dat ÚZIS vyhledat nejen nejbližšího praktického, dětského lékaře, stomatologickou, gynekologickou ordinaci, pohotovost, ale i ambulantní a zdravotnická zařízení včetně zařízení následné, rehabilitační a dlouhodobé péče.

Obrázek ilustruje vizuální podobu interaktivní mapy.



2.2.2 Lůžková kapacita následné a dlouhodobé péče

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

Uveden je vývoj absolutního počtu lůžek v letech 2015-2020, vč. uvedení údajů za rok 2010, vývoj počtu lůžek na 10 000 obyvatel, využití lůžek (obloženost v %) a ošetrovací doby.

Dále je sledován vývoj této kategorie lůžek v rámci Pk, v okresech a u jednotlivých PZS.

Vývoj počtu lůžek následné, rehabilitační a dlouhodobé péče na 10 000 obyvatel (Zdroj: ÚZIS)

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, rehabilitační 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 (cca 7 lůžek na 10 000 obyvatel) a v Karlovarském kraji (o 20 %, tj. cca 4 lůžka).

Pk disponuje cca 34 lůžky následné, rehabilitační 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 této péče v čase poměrně stabilní, v roce 2020 bylo ve srovnání s rokem 2010 o 1,6 lůžka na 10 000 obyvatel méně.

Využití lůžek následné, rehabilitační a dlouhodobé péče - obloženost v % (Zdroj: ÚZIS)

Kraj	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr 2015 až 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

Údaje za rok 2020 jsou ovlivněny pandemií COVID -19.

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

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

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

Zdroj: ÚZIS

Vzhledem k určité odlišnosti péče na lůžkách následné, rehabilitační a dlouhodobé péče a pravděpodobně rozdílným podílům těchto lůžek na celkovém počtu v jednotlivých krajích, doporučujeme u průměrné ošetrovací doby směřovat pozornost na vývoj hodnoty v jednotlivých krajích v čase.

Mezi roky 2010 a 2015 došlo v řadě krajů k výraznějšímu zkrácení ošetrovací doby nejvíce u Plzeňského a Karlovarského kraje, v Pk o cca 5 dní. V následujících letech je (s výjimkou Plzeňského kraje) délka ošetrovací doby bez zásadních změn, v Pk došlo od roku 2016 ke zkrácení ošetrovací doby (o cca 2 dny).

V Pk je v roce 2019 délka ošetrovací doby výrazně pod celorepublikovým průměrem a je čtvrtou nejkratší dobou v mezikrajském srovnání.

Vývoj celkového počtu lůžek následné, rehabilitační a dlouhodobé péče v Pk

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna v % 2020/2015
LDN Rybitví	122	122	122	122	122	122	122	0
NNP Moravská Třebová	90	80	80	80	80	80	80	0
OLÚ Žamberk	222	222	222	222	222	222	222	0
AESKULAP Červená Voda	81	100	100	100	100	100	100	0
Hamzova odborná léčebna	505	505	505	505	505	505	505	0
RÚ Brandýs nad Orlicí	170	220	220	220	220	189	184	-16,4 %
OLÚ Jevíčko	176	176	176	176	176	176	176	0
Poličská nemocnice	120	120	120	120	120	120	120	0

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna v % 2020/2015
Vysokomýtská nemocnice	126	126	126	126	126	126	126	0
Pardubická nemocnice	70	70	70	70	70	70	70	0
Chrudimská nemocnice	104	105	99	99	99	99	99	-5,7 %
Svitavská nemocnice	23	23	23	23	23	23	23	0
Litomyšlská nemocnice	69	40	40	40	40	40	40	0
Celkem	1878	1909	1903	1903	1903	1872	1867	-2,2 %

Zdroj: interní statistiky poskytovatelů zdravotních služeb

Celkový počet lůžek následné a dlouhodobé péče v Pk má ve sledovaném období mírně klesající tendenci.

Na celkovém poklesu o 43 lůžek od roku 2015 se nejvíce podílí RÚ v Brandýse nad Orlicí (36 lůžek), Chrudimská nemocnice a LDN Rybitví (obě zařízení po 5 lůžkách). V ostatních zařízeních se počet lůžek za posledních 5 let prakticky nezměnil.

Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé péče v NPK

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pardubická nemocnice	66	70	70	70	70	70	70
Chrudimská nemocnice	104	105	99	99	99	99	99
Litomyšlská nemocnice	12	40	40	40	40	40	40
Orlickoústecká nemocnice	0	0	0	0	0	0	0
Svitavská nemocnice	8	23	23	23	23	23	23
Celkem NPK	190	238	232	232	232	232	232

Zdroj: výroční zprávy NPK

Počet lůžek následné, rehabilitační a dlouhodobé péče v nemocnicích NPK vykazuje výrazný nárůst mezi roky 2010 a 2015, v dalších letech je stabilní. V celé NPK tvoří lůžka následné a dlouhodobé péče v průměru cca 10 % z celkového počtu lůžek. V Chrudimské nemocnici je to více než ¼ všech lůžek, naopak v Orlickoústecké nemocnici nejsou žádná lůžka tohoto typu péče.

Vývoj počtu lůžek následné, rehabilitační a dlouhodobé péče v Pk po okresech

Okres	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pardubice	197	193	193	192	192	192	192
Chrudim	609	610	604	604	604	604	604
Ústí nad Orlicí	599	668	668	668	668	637	632
Svitavy	478	439	439	439	439	439	439
Celkem	1 883	1 910	1 904	1 903	1 903	1 872	1 867

Zdroj: interní statistiky PZS

Rozmístění lůžek mezi okresy Pk sice neodpovídá hustotě osídlení, vzhledem k dojezdovým vzdálenostem, to nepovažujeme za problém, který vyžaduje rychlé řešení.

Lůžka rehabilitační péče v Pk

V Pk jsou lůžka rehabilitační péče umístěna v nemocnicích akutní péče, a to v Pardubické nemocnici 26 lůžek a v Litomyšlské nemocnici 20 lůžek. Počet lůžek je v čase stabilní.

Dále jsou rehabilitační lůžka v RÚ Brandýs nad Orlicí, OLÚ Jevíčko a Hamzově léčebně. Ve sledovaném období došlo k výraznějšímu poklesu počtu lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí, konkrétně o 36 lůžek (tj. cca 16,4 %).

Vývoj počtu rehabilitačních lůžek v Pk

PZS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2015/2020
Pardubická nemocnice	26	26	26	26	26	26	0
Litomyšlská nemocnice	20	20	20	20	20	20	0
RÚ Brandýs nad Orlicí	220	220	220	220	189	184	-36
OLÚ Jevíčko	75	75	75	75	75	75	0
Hamzova léčebna	420	420	420	420	420	420	0
Celkem Pk	761	761	761	761	730	725	-36

*Zdroj: interní statistiky PZS***Sociální lůžka**

V tabulce níže je uveden přehled sociálních lůžek v zařízeních následné a dlouhodobé péče. V LDN Rybitví bylo v letech 2015 a 2016 k dispozici navíc 5 lůžek odlehčovací péče, od roku 2017 byla tato služba zrušena.

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OLÚ Žamberk	30	30	30	30	30	30	30
LDN Rybitví	17	17	17	17	17	17	17
Poličská nemocnice	15	15	15	15	15	15	15
Vysokomýtská nemocnice	0	8	0	0	0	0	0
Celkem	62	70	62	62	62	62	62

*Zdroj: interní statistiky PZS***Využití lůžek a délka ošetrovací doby u PZS následné, rehabilitační a dlouhodobé péče Pk**

Využití lůžek i délka ošetrovací doby je v zařízeních následné, rehabilitační a dlouhodobé péče v Pk sledována vždy za celé zařízení (bez ohledu na typ lůžek). Využití lůžek v roce 2020 je ovlivněno pandemií COVID -19.

Údaje za AESKULAP Červená Voda nejsou k dispozici.

Vývoj využití lůžek (celková obloženost v %)

PZS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr 2015-2019	Změna 2019/2015
OLÚ Žamberk	83,7	85,7	85,9	90,1	90,3	76,2	87,1	6,6
Hamzova léčebna	96,8	97,8	98,5	98,7	98,4	94,6	98,0	1,5
LDN Rybitví	84,3	78,3	93,0	92,5	92,0	87,0	88,0	7,7
NNP Moravská Třebová	94,6	93,7	90,2	88,7	93,0	84,8	92,0	-1,6
OLÚ Jevíčko	94,2	92,5	90,4	90,6	90,0	78,4	91,5	-4,2
Poličská nemocnice	98,7	99,8	97,6	99,3	97,7	94,4	98,6	-1,0
RÚ Brandýs nad Orlicí	68,8	66,8	63,1	69,9	70,8	49,1	67,9	2,0
Vysokomýtská nemocnice	89,9	94,5	87,9	84,5	77,4	69,1	86,8	-12,5
Celkem	88,9	88,6	88,3	89,3	88,7	79,2	88,8	-0,2

Zdroj: interní statistiky PZS

V letech 2015-2019 se celkové využití lůžek ve sledovaných zařízeních výrazně neměnilo, pohybovalo se nad hranicí 88 %. Nejvyššího dlouhodobého využití lůžek (nad 98 %) za roky 2015-2019 dosáhla Poličská nemocnice a Hamzova léčebna. V LDN Rybitví probíhala v roce 2016 rozsáhlá rekonstrukce elektroinstalace, kdy musela být uzavřena celá oddělení, což negativně ovlivnilo tento ukazatel.

Ze zařízení zřizovaných Pk dosáhla využití lůžek nad 90 % NNP Moravská Třebová a OLÚ Jevíčko.

Poměrně nízkých hodnot využití lůžek dosahoval a celkový průměr snižoval RÚB (průměrná obloženost v 2015-2019 cca 68 %), od roku 2017 dochází ke zlepšení, je patrná stoupající tendence.

Vývoj průměrné doby ošetření ve dnech

PZS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr 2015-2019
OLÚ Žamberk	69,3	79,1	80,0	68,0	80,2	105,3	74,8
LDN Rybitví	51,5	46,0	59,0	64,0	58,0	58,0	54,7
NNP Moravská Třebová	53,9	56,6	44,3	39,3	41,2	58,6	47,6
OLÚ Jevíčko	43,1	46,1	48,1	48,8	47,4	49,7	45,2
Poličská nemocnice	82,4	82,1	68,7	79,4	77,8	101,2	80,1
RÚ Brandýs nad Orlicí	32,0	31,6	31,6	30,2	29,5	27,0	30,8
Vysokomýtská nemocnice	57,6	74,9	63,8	59,8	54,3	54,7	55,9

Zdroj: interní statistiky PZS

Průměrná ošetrovací doba se v jednotlivých zařízeních poměrně výrazně odlišuje a odvíjí se od charakteru poskytovaných služeb.

Pro úplnost uvádíme průměr ošetrovací doby v 2015-2019 v Hamzově léčebně 33,8 dní u lůžek následné péče a 56,7 dní na lůžkách dlouhodobé péče.

Údaje za AESKULAP Červená Voda nejsou k dispozici.

Základní údaje k lůžkům a další kapacitě v DC

DC Svítavy	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Celkový počet lůžek	41	38	38	38	38	38	38
domov do 3 let – děti bez doprovodu	33	21	9	11	11	13	17
domov do 3 let – děti s doprovodem	3	5	5	5	5	5	5
dětská skupina			12	12	12	12	12
zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	5	12	12	10	10	8	4
Využití lůžek (obloženost) v %	71,1	78,2	75,2	76,5	85,2	54,5	57,7
DC Veská							
Celkový počet lůžek	70	64	68	82	78	62	79
domov do 3 let – děti bez doprovodu	50	27	31	34	34	22	14
domov do 3 let – děti s doprovodem	10	9	9	10	10	10	2
zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc		18	18	28	24	20	18
dětská skupina od 2021 (stacionář do r. 2020)	10	10	10	10	10	10	10
sociální rehabilitace od 2020 (dospělí i děti)							35
Využití lůžek (obloženost) v %	nesledována detailně, obvykle cca 80 %						

Zdroj: interní statistiky PZS

DC se od ostatních PZS následné péče odlišují strukturou a rozsahem poskytovaných služeb.

2.2.3 Personál v zařízeních následné, rehabilitační a dlouhodobé péče

V této kapitole je sledován vývoj personálních kapacit PZS následné, rehabilitační a dlouhodobé péče. A to celkový vývoj počtu zaměstnanců dle kategorií, vývoj počtu zaměstnanců u jednotlivých PZS, vývoj počtu zdravotnických a nezdravotnických pracovníků na 1 lůžko a vývoj počtu lékařů.

Dále jsou uvedeny údaje k fluktuaci zaměstnanců v jednotlivých zařízeních.

Vývoj přepočteného počtu zaměstnanců v zařízeních následné, rehabilitační a dlouhodobé péče v PK dle kategorií

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2015	Index 2020/2015
Celkem zaměstnanců	1557,6	1551,4	1553,2	1571,3	1566,5	1570,3	12,7	100,8
z toho: lékaři celkem	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
Zdravotnický personál	1024,6	1009,3	994,0	1006,1	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
Nezdravotnický personál	533,0	542,1	559,2	565,3	576,3	582,8	49,8	109,3

Zdroj: interní statistiky PZS

Nezapočítání zaměstnanci DC Svitavy a DC Veská

Celkový počet zaměstnanců PZS následné, rehabilitační a dlouhodobé péče v Pk vykazuje ve sledovaném období mírný nárůst (o cca 13 pracovníků).

Výrazně se v průběhu období změnila struktura personálu, kdy došlo k poklesu počtu zdravotnického personálu (o 37 pracovníků, tj. o 3,6 %) a naopak k výraznému navýšení nezdravotnického personálu (o téměř 50 pracovníků, tj. 9,3 %), konkrétně THP (navýšení o 34,5 přepočteného pracovníka, resp. nárůst o 16,4 %). Z detailních údajů dále je zřejmé, že na nárůstu v počtu THP se podílí nejvíce OLÚ Jevíčko (+ 10 THP) a Hamzova OL (+7,5 THP).

Zároveň se poměrně hodně snížil počet lékařů, ve srovnání s rokem 2015 evidujeme v 2020 o téměř 15 lékařů méně (pokles o 16,6 %).

Kategorie ZPBD je v období 2015-2020 poměrně stabilní (nárůst o 0,5 %, což odpovídá 2,5 pracovníkům).

Vývoj přepočteného počtu zaměstnanců u jednotlivých PZS

PSZ	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2015	Index 2020/2015
AESKULAP Červená Voda		77,8	65,6	74,2	74,6	80,6	83,4	5,6	107,2
OLÚ Žamberk	204,6	203,4	203,2	200,1	207,1	206,6	200,8	-2,6	98,7
Hamzova léčebna	543,5	556,2	564,5	565,4	564,7	545,3	549,6	-6,6	98,8
LDN Rybitví	92,1	78,4	83,3	74,4	79,6	84,2	88,3	9,9	112,6
NNP Moravská Třebová	121,2	121,4	121,7	121,3	122,1	121,4	118,2	-3,3	97,3
OLÚ Jevíčko	163,0	166,6	167,2	171,7	167,5	170,5	176,4	9,8	105,9
Poličská nemocnice	130,3	140,8	131,6	129,7	143,6	141,9	140,5	-0,3	99,8
RÚ Brandýs nad Orlicí	100,0	94,0	90,0	98,0	97,0	97,0	100,0	6,0	106,4
Vysokomýtská nemocnice	150,3	119,0	124,3	118,4	115,0	119,0	113,1	-5,9	95,0
Celkem		1557,6	1551,4	1553,2	1571,3	1566,5	1570,3	12,7	100,8

Zdroj: interní statistiky PZS

K největšímu nárůstu v přepočteném počtu všech zaměstnanců došlo mezi roky 2015 a 2020 v LDN Rybitví a OLÚ Jevíčko (9,9 resp. 9,8 pracovníků).

Naopak Hamzova léčebna a Vysokomýtská nemocnice snížily ve sledovaném období celkový počet zaměstnanců o 6,6 resp. 5,9.

Vývoj přepočteného počtu lékařů v jednotlivých zařízeních

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2020/2015
AESKULAP Červená Voda	x	4,2	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	-0,1
OLÚ Žamberk	13,2	10,8	10,0	8,5	11,9	11,7	10,2	-0,6
Hamzova léčebna	23,0	23,2	21,0	20,1	19,8	18,6	19,2	-4,1
LDN Rybitví	5,2	3,6	4,4	4,3	3,5	3,5	4,4	0,8
NNP Moravská Třebová	14,3	11,7	11,2	10,6	9,6	9,6	8,1	-3,6
OLÚ Jevíčko	9,4	10,8	10,8	10,0	8,6	7,9	9,1	-1,7
Poličská nemocnice	7,7	7,0	7,1	7,7	7,6	7,5	7,3	0,3
RÚ Brandýs nad Orlicí	9,0	8,0	6,0	7,0	6,0	5,0	4,0	-4,0
Vysokomýtská nemocnice	8,3	9,4	8,9	8,1	8,6	8,7	7,7	-1,7
Celkem	x	88,7	83,5	80,4	79,5	76,5	74,0	0,8

Zdroj: interní statistiky PZS

Z detailních údajů je patrné, že v NNP Moravská Třebová, Hamzova léčebna a RÚ Brandýs nad Orlicí došlo ve sledovaném období k úbytku po cca 4 lékařích. V ostatních zařízeních není úbytek lékařů významný.

Počet pracovníků u PZS následné, rehabilitační a dlouhodobé péče na 1 lůžko

Ukazatel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Změna v % 2020/2015
Celkem lůžek	1 910	1 904	1 903	1 903	1 872	1 867	-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

Zdroj: interní statistiky PZS

Nezapočítáni zaměstnanci a lůžka NPK, DC Svitavy a DC Veská.

Ve sledovaném období došlo k mírnému poklesu počtu zdravotnických pracovníků na 1 lůžko (o 1,4 %).

Hlavním faktorem, který zamezil výraznějšímu propadu při poklesu zdravotnického personálu, bylo snížení lůžkové kapacity (o 2,25 %, resp. 43 lůžek).

Naopak u počtu nezdravotnického personálu na 1 lůžko u PZS následné, rehabilitační a dlouhodobé péče došlo v letech 2015 až 2019 k významnému navýšení (o téměř 12 %).

Fluktuace

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

V tabulce níže je sledováno % fluktuace (počet ukončených pracovních poměrů k celkovému přepočtenému stavu pracovníků) a průměr fluktuace dle PZS v období 2015-2020.

PSZ	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
OLÚ Žamberk	22,6	18,7	18,0	17,4	13,0	13,4	17,2
Hamzova léčebna	9,9	9,9	9,9	12,0	11,0	10,0	10,5
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
Poličská nemocnice	29,8	29,6	33,9	33,4	27,2	29,9	30,6
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
Průměr	18,2	16,9	18,9	19,6	17,2	15,2	17,7

Údaje za Aeskulap nejsou k dispozici

Průměrná míra fluktuace (počet ukončených pracovních poměrů k celkovému přepočtenému stavu pracovníků) v procentuálním vyjádření se u PZS zřizovanými Pk v období 2015–2020 pohybuje v pásmu 15–20 %.

Můžeme konstatovat, že LDN Rybitví a OLÚ Jevíčko disponují stabilním personálem, jejich průměrná míra fluktuace je pod 7 %.

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 %.

2.2.4 Sledování kvality ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče

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 neexistuje jednotný přístup ke sledování objektivních kritérií kvality péče. Sledování kvality zdravotní péče se intenzivně věnuje Kancelář zdravotních pojišťoven (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 komentáři k jednotlivým ukazatelům. 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 číslo 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 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.

Příslušné standardy kvality a bezpečí jsou pak definovány ve vyhlášce MZ ČR číslo 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
- 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 je od roku 2012 oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče Spojená akreditační komise, o.p.s. Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací PZS, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

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

Přehled akreditací poskytovatelů následné a dlouhodobé péče

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OLÚ Žamberk	x	x	x	ČSAZ	x	x	ČSAZ
Hamzova léčebna	SAK/ISO-OPT	ISO-OPT	SAK/ISO-OPT	ISO-OPT	ISO-OPT	SAK/ISO-OPT	ISO-OPT
LDN Rybitví		ČSAZ			ČSAZ+ SAK		
NNP Moravská Třebová	1	0	1	1	1	0	2
OLÚ Jevíčko	1	0	1	1	1	0	2
Poličská nemocnice	1	0	1	1	1	0	2
RÚ Brandýs nad Orlicí	SAK	SAK	SAK	SAK	SAK	SAK	SAK
Vysokomýtská nemocnice	x	SAK	SAK	SAK	SAK	SAK	SAK

Zdroj: interní dokumenty PZS

Poskytovatelé následné a dlouhodobé péče věnují procesům akreditace velkou pozornost a ve sledovaném období všichni PZS úspěšně prošli reakreditací.

Na úroveň a kvalitu poskytovaných služeb má vliv i možnost a ochota zdravotnického personálu vzdělávat se. Níže uvedená tabulka uvádí vývoj nákladů na vzdělávání u jednotlivých PZS.

Náklady na vzdělávání (údaje jsou uvedeny v tis. Kč)

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2019 - počet zaměstnanců	2019 - Kč na zaměstnance
OLÚ Žamberk	92	120	122	128	165	171	90	206,6	828
Hamzova léčebna	621	609	854	824	932	851	552	545,3	1 561
LDN Rybitví	57	172	89	194	100	290	104	84,2	3 445
NNP Moravská Třebová	71	59	38	72	35	37	33	121,4	305
OLÚ Jevíčko	518	469	411	389	273	324	150	170,5	1 901
Poličská nemocnice	nesledují							x	x
RÚ Brandýs nad Orlicí	248	293	502	819	655	372	175	97,0	3 836
Vysokomýtská nemocnice	x	219	268	286	309	315	361	119,0	2 649

Zdroj: interní statistiky PZS

Ve výše uvedené tabulce jsou uvedeny celkové náklady na vzdělávání v jednotlivých letech, dále přepočtený stav zaměstnanců v roce 2019 a náklady v Kč na jednoho zaměstnance v roce 2019.

Pokles nákladů na vzdělávání v roce 2020 je způsoben jednak snížením počtu vzdělávacích aktivit a jejich přesunem do online prostředí z důvodu pandemie COVID-19.

Z přehledu jsou zřejmé velké rozdíly ve výši nákladů na vzdělávání přepočtených na jednoho zaměstnance, a to i s přihlédnutím ke skutečnosti, že jednotlivá zařízení jsou různé velikosti a poskytují odlišné spektrum péče.

Objem prostředků na vzdělávání a rozvoj zaměstnanců je v NNP v Moravské Třebové dlouhodobě nejvyšší.

Vývoj výskytu nežádoucích událostí

Sledovaným ukazatelem kvalitní a bezpečné péče PZS je i evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí, mj. výskytu nemocničních nákaz, pádů, proleženin včetně zjišťování jejich příčin.

V tabulkách níže je u jednotlivých PZS zachycen vývoj počtu dekubitů a pádů pacientů v letech 2015-2020 vč. srovnání s rokem 2010.

Vývoj výskytu dekubitů

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OLÚ Žamberk	x	51	43	33	16	37	24
Hamzova léčebna	19	45	56	44	65	85	62
LDN Rybitví	287	386	257	241	259	150	87
NNP Moravská Třebová	10	10	14	10	14	11	12
OLÚ Jevíčko	x	4	7	6	5	1	3
Poličská nemocnice	14	0	4	0	1	17	12
RÚ Brandýs nad Orlicí	x	x	x	x	x	0	2
Vysokomýtská nemocnice	x	x	56	71	24	27	12

Zdroj: interní statistiky PZS

LDN Rybitví se do roku 2018 potýkala s poměrně vysokým počtem dekubitů, v roce 2019 došlo k výraznému zlepšení situace a tento trend pokračoval i v roce 2020.

V RÚ Brandýs nad Orlicí do roku 2018 tento ukazatel nesledoval.

V ostatních zařízeních se četnost výskytu dekubitů nejvíce jeví jako problematická. U dekubitů podobně jako pádů pacientů se doporučujeme zaměřit na sledování trendů v čase, nepovažujeme za vhodné porovnávat PZS mezi sebou vzhledem k odlišné kondici pacientů.

Vývoj výskytu pádů pacientů

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OLÚ Žamberk	x	172	118	95	91	110	99
Hamzova léčebna	210	245	248	233	268	287	383
LDN Rybitví	163	223	196	171	154	196	202
NNP Moravská Třebová	50	71	36	49	39	62	52
OLÚ Jevíčko	x	77	77	80	109	80	91
Poličská nemocnice	1	3	2	2	2	1	2
RÚ Brandýs nad Orlicí	x	x	100	137	145	127	127
Vysokomýtská nemocnice	x	x	98	120	80	105	70

Zdroj: interní statistiky PZS

x – údaj za daný rok není k dispozici

V posledních třech, respektive čtyřech letech je zřejmý nárůst počtu pádů pacientů v LDN Rybitví a Hamzově léčebně. Naopak v OLÚ Žamberk a Vysokomýtské nemocnici došlo v roce 2020 ve srovnání s předchozím rokem ke snížení počtu pádů o cca 10 % respektive 30 %.

Stížnosti a soudní spory

Stížnosti pacientů a soudní spory, kdy předmětem sporu je kvalita péče poskytnuté pacientovi případně i přístup PZS k blízkým pacienta jsou dalším ukazatelem úrovně péče ze strany PZS.

V tabulce níže je uveden vývoj počtu stížností evidovaných jednotlivými PZS v období 2015-2020 vč. srovnání s rokem 2010.

PZS	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OLÚ Žamberk	x	3	3	1	0	1	3
Hamzova léčebna	4	4	4	6	5	3	4
LDN Rybitví	2	0	2	0	0	1	0
NNP Moravská Třebová	0	1	1	2	2	1	1
OLÚ Jevíčko	údaje nejsou k dispozici						
Poličská nemocnice	2	0	0	2	1	1	1
RÚ Brandýs nad Orlicí	x	x	x	x	x	0	1
Vysokomýtská nemocnice	x	2	5	4	2	1	1

Zdroj: interní statistiky PZS

x – údaj za daný rok není k dispozici

V současné době se ve většině zařízení sledují a vyhodnocují stížnosti pacientů případně jejich rodinných příslušníků. Počet stížností je ve všech zařízeních v řádu jednotek po celé sledované období.

RÚ Brandýs nad Orlicí do roku 2018 tento ukazatel nesledoval.

Probíhající soudní spory

Poskytovatelé následné a dlouhodobé péče v Pk jsou velmi zřídka účastníky soudního sporu, kdy předmětem sporu je kvalita poskytnuté péče pacientovi.

Za sledovaného období 2015-2020 evidují jen dvě právnické osoby celkem 3 otevřené soudní spory z let 2015, 2017 a 2020.

2.3 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.

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

Ukazatel	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Výnosy celkem	473 989	503 402	532 593	555 454	620 461	668 370	737 301
z toho: zdravotní péče	427 336	472 090	505 499	523 534	572 217	615 341	626 379
nezdravotní výkony	7 624	7 820	8 749	8 744	11 149	15 825	20 554
Náklady celkem	702 487	491 647	520 263	550 112	607 091	658 525	730 340
z toho: spotřeba zdravotnického materiálu	28 493	24 746	26 162	26 237	26 650	30 733	29 156
spotřeba energií	25 489	21 997	20 640	18 915	18 740	22 224	19 805
služby	27 151	43 862	42 803	49 189	52 437	52 492	50 459
osobní náklady	310 695	322 811	344 528	376 240	409 805	443 453	393 856
HV	12 280	11 755	12 330	5 340	13 369	9 845	6 961
Příspěvek na provoz	780	2 555	3 235	6 297	8 990	9 230	53 401
Pohledávky celkem	45 145	45 850	54 850	54 130	51 830	49 204	43 546
z toho: po lhůtě splatnosti	6 494	5 311	3 691	5 682	1 914	3 728	6 084
Závazky celkem	36 318	29 259	27 372	25 284	40 263	34 295	25 956
z toho: po lhůtě splatnosti	19 344	10 970	2 111	4 123	4 827	6 002	1 882

V případě uvedených příspěvkových organizací je zřejmý trend růstu výnosů, a to ve výši 55,6 % v období 2020/2010. Na výnosech se podílí služby hrazené ZP z veřejného zdravotního systému ve výši 84,9 %. Nárůst výnosů o 10,3 % v roce 2020 je ovlivněn nastupující pandemií COVID -19 a souvisejícími kompenzačními platbami.

HV se pohybuje v rozpětí od 5,340 do 13,369 mil. Kč.

V období 2020/2010 vzrostly osobní náklady o 26,4 %.

Současně ve stejném období 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.

DC (údaje jsou uvedeny v tis. Kč)

Ukazatel	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Výnosy celkem	40 321	42 969	43 694	64 190	66 924	71 762	72 619
z toho: zdravotní péče	0	0	0	0	0	0	0
nezdravotní výkony	0	1 040	1 085	886	1 081	778	622
Náklady celkem	40 145	42 779	43 515	64 158	66 924	71 380	72 416
z toho: spotřeba zdravotnického materiálu	1 393	1 320	1 373	1 529	1 262	1 258	1 232
spotřeba energií	2 021	1 658	1 538	1 779	1 383	1 706	1 544
služby	1 020	2 234	1 983	2 350	1 579	1 899	2 680
osobní náklady	12 545	12 825	14 870	17 230	18 073	20 770	20 781
HV	176	190	179	32	28	382	203
Příspěvek na provoz	36 409	39 812	41 032	59 233	62 715	68 750	69 070
Pohledávky celkem	115	96	87	101	112	98	77
z toho: po lhůtě splatnosti	0	0	0	0	0	0	0
Závazky celkem	86	452	515	513	213	133	522
z toho: po lhůtě splatnosti	0	0	0	0	0	0	0

DC v Pk procházejí od roku 2014 koordinovanou transformací, které se různou formou promítají do struktury nákladů a výnosů. HV se pravidelně pohybuje v kladných nízkých hodnotách. Dlouhodobý růst výnosů zastavila v roce 2020 pandemie COVID -19, přesto i v období 2020/2010 došlo k růstu o 80,1 %. V období 2020/2010 vzrostly osobní náklady o 65,7 %.

2.3.1 Příspěvek na provoz

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

PZS	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 COVID -19 se promítl i do navýšení příspěvku na provoz hrazeného z rozpočtu Pk, který vzrostl v součtu za šest PZS z 4,198 mil. Kč v roce 2019 na 12,188 mil. Kč v roce 2020. 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 z důvodu nastupující pandemie COVID -19 od ZP kompenzační platby za výpadky příjmů ve výši 57 mil. Kč.

DC (údaje jsou uvedeny v tis. Kč)

PZS	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.

2.3.2 Investice

Ve sledovaném období realizoval Pk velké množství investičních akcí ve svých ZZ. Jednotlivé akce byly financovány většinou formou vícezdrojového financování (rozpočet Pk, státní rozpočet, operační programy EU, rozpočty ZZ).

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

Největší objem finanční prostředků byl investován do výstavby nových pavilonů. Další významné částky šly na dostavbu pavilonů, úpravu lůžkových oddělení, úpravu stravovacího provozu, rekonstrukce elektroinstalace, úsporná energetická opatření, rekonstrukce výtahů, nákup a obměnu zdravotnické techniky, nákup sanitky, ekologická opatření, nákup počítačového vybavení, budování e-Health, zlepšení hotelových služeb, logistiky, úpravu lesoparku a parkoviště.

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

PZS typu NNP, LDN, OLÚ, RÚ - celkem 6 PZS (údaje jsou 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 čistírny odpadních vod 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

2.4 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.

2.4.1 Stravování

Ve sledovaných lůžkových zařízeních jsou zajišťovány stravovací služby pro pacienty i zaměstnance interními zdroji nebo externě. V některých případech poskytují stravování i externím subjektům.

Většina zařízení provozuje stravovací služby vlastními prostředky. Vysokomýtská nemocnice a LDN Rybitví řeší stravování externě.

Stravovací služby představují mezi podpůrnými nezdravotními službami finančně nejnákladnější položku u všech sledovaných zařízení. V šesti zařízeních následní 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 porovnává celkové náklady na stravovací služby u jednotlivých PZS (údaje jsou v tis. Kč):

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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 (údaje jsou v tis. Kč).

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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

Následující tabulka porovnává ceny celodenní stravy pacienta zajištěné externě (údaje jsou uvedeny v tis. 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, Vysokomýtská Nemocnice a LDN Rybitví.
- V období 2019-2020 došlo k poklesu ceny v OLÚ Žamberk o 10,- 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 (údaje jsou 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 (údaje jsou 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 % víc, 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.

LDN Rybitví přešla na základě výběrového řízení v roce 2018 od NPK k Bonté Class, s.r.o., Sezemice a hodnotí změnu dodavatele kladně s ohledem na zvýšenou kvalitu poskytovaných služeb.

Vysokomýtská nemocnice více jak 5 let nakupuje stravovací služby od firmy EUREST a je se službami spokojená.

2.4.2 Praní prádla

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

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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 nemocnice	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
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 externě. Pouze OLÚ Žamberk a Vysokomýtská nemocnice si zajišťují praní prádla interními zdroji.

U sledovaných PZS se náklady na praní prádla v roce 2020 pohybují v rozpětí 0,219 až 5,234 mil. Kč.

Je obtížné porovnávat náklady na praní prádla u jednotlivých PZS, a to z důvodu odlišných způsobu 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 (přibližně 60 % produkce prádelny). 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 sedmdesátých let, které jsou provozně neekonomické.

2.4.3 Úklidové služby

Následující tabulka porovnává celkové náklady na úklidové služby (údaje jsou v tis. Kč):

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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.

OLÚ Jevíčko má uklízečky přiřazené na oddělení a osobní náklady na ně nevidují samostatně. DC Veská uvedla náklady na úklidové služby jen za rok 2020.

2.4.4 Nakládání s odpady

Následující tabulka porovnává celkové náklady na likvidaci odpadů (údaje jsou v tis. Kč):

PZS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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
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 čtyř druhy odpadů zdravotnický/biologický, komunální, využitelný a ostatní. Největší náklady tvoří u všech PZS zdravotnický/biologický odpad.

2.4.5 Ostraha objektů

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

2.4.6 Rekapitulace a shrnutí

Jednotliví 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 - např. osobních nákladů nebo nákladů na čisticí prostředky.

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 srovnány náklady na jednotlivé podpůrné služby v roce 2020 za všechny PZS:

- 53,815 mil. Kč za stravovací služby
- 26,459 mil. Kč za úklidové služby
- 12,091 mil. Kč za praní prádla
- 2,431 mil. Kč za nakládání s odpady
- 2,555 mil. Kč za ostrahu objektů

2.5 Základní aspekty a výzvy související s infekčním onemocněním COVID – 19 - specifika pro oblast lůžkové následné zdravotní péče

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.

2.5.1 Základní data a informace o 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 přibýlo 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 papírnickví 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 se 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, papírnickví, čistírny či farmářské trhy. Zároveň také skončil nouzový stav a s ním i zákaz cestování mezi okresy a 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 finanční dopad 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.

2.5.2 Nové faktory, důsledky a dopady na lůžkovou následnou zdravotní péči v souvislosti s onemocněním COVID-19 v ČR

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.

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

2.6.1 Role státu

Krizový Zákon číslo 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 nesouvisejí 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.

Krizový zákon a jeho prováděcí předpis (nařízení vlády číslo 462/2000 Sb., k provedení § 28 odst. 1 a § 28 odst. 5 zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o 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 číslo 194 ze dne 12. 3. 2020 vyhlásila z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu COVID -19 na území České republiky nouzový stav na dobu 30 dnů. To byl začátek období, kdy začaly život v ČR řídit dekrety vlády a jejích 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.

2.6.2 Role kraje

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 zvládání takovýchto situací.

Klíčové pro zvládnutí situace byla role hejtmána kraje, který je jednak předsedou Bezpečnostní rady kraje, Krizového štábu kraje. 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 vnitrokrasného 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 hejtmán 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

Krizový štáb kraje je pracovním orgánem hejtmána Pk k řešení mimořádných událostí a krizových situací ve správním obvodu Pk.

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 hejtmán 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)
- hejtmán 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, vyřízení 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.

Řízení potřebné lůžkové, 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 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.

2.7 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 je 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.

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.

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

Současné postavení Pk v oblasti následné, rehabilitační a dlouhodobé lůžkové péče v rámci ČR 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 Pk.
- Přijaté strategické a koncepční materiály v oblasti následné, rehabilitační a dlouhodobé lůžkové péče jsou v zásadních parametrech naplňovány.

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.

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 následné, rehabilitační a dlouhodobé zdravotní péče v Pk, který by byl průběžně (minimálně 1x ročně) doplňovaný a vyhodnocovaný.
- Nejednotná struktura a vypovídací hodnota informací o podpůrných službách v organizacích zřizovaných Pk v oblasti zdravotnictví.
- Snížení počtu lékařů v následné lůžkové péči o 14,7 úvazku, tj. o 16,6 %.
- Nedostatečně nastavená, resp. nefunkční pravidla fungování rozhraní mezi poskytovateli akutní péče,

následné a dlouhodobé péče a poskytovateli sociálních služeb.

Následná lůžková péče:

- Od roku 2017 má obloženost v Pk mírně klesající tendenci.
- Nevhodně nastavené prostředí na rozhraní zdravotních a sociálních služeb v ČR (legislativní, financování) – obtížná orientace pro uživatele služeb i jejich poskytovatele.
- Někteří PZS zřizované Pk vykazují relativně vysokou fluktuaci.

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 propojení 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.
- Rozvoj zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním 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 a úbytek zdrojů ve veřejných rozpočtech.
- Výrazný růst největší nákladové položky PZS v oblasti lůžkové péče – osobních nákladů.
- Přetrvávající podfinancování celého komplexu služeb následné a dlouhodobé péče a v důsledku toho snižování kvality poskytovaných služeb
- Nedostatek zdrojů v rámci veřejných rozpočtů a veřejného zdravotního pojištění.
- Nedostatek zdravotnických pracovníků.
- Neřešení, resp. nedostatečné propojení sociální a zdravotní péče vč. jejího financování.
- Celosvětové dopady vojenského konfliktu na Ukrajině.
- Důsledky pandemie COVID -19

3. NÁVRHOVÁ ČÁST

3.1 Vize

WHO v roce 2002 definovala cíl dlouhodobé péče jako „... zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“.

VIZE

**Poskytujeme takovou péči,
která přispěje k brzkému návratu pacienta do domácího prostředí
a umožní mu maximálně možný hodnotný další život.**

MOTTO

**Jsme plnohodnotnou součástí kontinuálního procesu poskytování
zdravotně-sociálních služeb.**

3.2 Očekávaný vývoj poptávky po službách následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče

1. Vliv demografického vývoje

Demografický vývoj obyvatelstva v ČR, respektive v Pk, bude ovlivňovat poptávku po službách následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče.

Z prognózy ČSÚ vyplývá, že do roku 2030 lze očekávat následující změny (v porovnání s rokem 2020):

- Nárůst podílu obyvatel ve věku 65+ činit o 9,3 % (z 20,4 % na 22,3 %).
- Zvýšení průměrného věku ze 42,7 roku na 44,4 roku.
- Zvýšení indexu stáří z 126,8 na 149,5.
- Zvýšení indexu závislosti z 69,4 na 73,9.

Důležité je dále zmínit očekávaný vývoj do roku 2050, který sice překračuje časový rámec, pro který je zpracován tento dokument, nicméně v období 2030–2050 bude třeba s těmito informacemi pracovat v předstihu. Do roku 2050 lze očekávat následující změny (v porovnání s rokem 2020):

- Nárůst podílu obyvatel ve věku 65+ bude činit 40,2 % (z 20,4 % na 28,6 %).
- Zvýšení průměrného věku ze 42,7 roku na 46,3 roku.
- Zvýšení indexu stáří z 126,8 na 193,3.
- Zvýšení indexu závislosti z 69,4 na 92,6.

To znamená, že v budoucnu bude docházet ke stárnutí populace a výraznému nárůstu počtu obyvatel ve věku 65+, kteří jsou z pohledu objemu péče nejvýznamnějšími uživateli zdravotních služeb, a tudíž nárůstu nákladů na tuto péči. Současně se dramaticky sníží podíl obyvatel v produktivním věku vůči skupině obyvatel v neproduktivním věku, což bude mít negativní dopad na systém financování zdravotní péče. Pokles obyvatel v produktivním věku bude znamenat oslabení příjmové stránky rozpočtu a navýšení počtu obyvatel v neproduktivním věku zase zvýší nároky na jeho čerpání.

2. Dopady do péče v Pk

Významným faktorem potřeby následné dlouhodobé péče a čerpání lůžkových kapacit a kapacit zdravotnického personálu bude zdravotní stav populace.

Významně bude stárnout skupina lidí se zdravotním postižením, poroste počet osob s demencí a Alzheimerovou chorobou (předpoklad až trojnásobného nárůstu do roku 2050), kdy značný podíl pacientů s demencí bude trpět i dalšími přidruženými problémy.

Kvalitnější a včasější diagnostika demence může vést ke zvýšení kvality života, ale také k růstu potřeby dlouhodobé péče.

U chronické nemoci se očekává mírný posun jejího počátku a spojené disability do vyššího věku. Populační modely předpokládají nárůst počtu pacientů se zhoubnými nádory, nemoci oběhové, svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a s diabetem. Většina chronických onemocnění a s nimi spojená disability jsou pozitivně ovlivnitelné zdravým životním stylem a prostředím a do této oblasti bude potřeba zaměřit pozornost.

Predikované prodlužování střední délky života sebou přinese i tlak na změnu struktury nabízených zdravotních i sociálních služeb. Tento pozitivní vývoj musí být podpořen zvyšováním zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za své zdraví. Se střední délkou života je potřeba prodlužovat i délku života ve zdraví.

Lze očekávat zvyšování počtu uživatelů paliativní péče, zejména terénní péče. Průzkumy ukazují, že až 80 % oslovených preferuje dožití v domácím prostředí.

Podobně se dá předpokládat i nárůst poptávky po dětské paliativní péči. Zdravotní péče, diagnostika, kurativní léčba, možnosti intenzivní medicíny se stále zkvalitňují a rozšiřují, pacienti se dožívají vyššího věku.

Navíc lze očekávat, že bude významně klesat dostupnost neformální péče v důsledku zvyšování důchodového věku (dvě generace starších v rodině s potřebou péče), růstu zaměstnanosti žen, a to zejména pokud nebudou vytvořeny podmínky na trhu práce a respitních služeb umožňujících kombinaci péče o blízké se zaměstnáním.

Obecně budou příjemci jednotlivých zdravotních služeb napříč zdravotním systémem výrazně stárnout. Tento vývoj si vyžádá uzpůsobení všech segmentů zdravotní péče, tedy i NDLZP. Z hlediska zařízení poskytujících NDLZP se zvýrazní potřeba existence zařízení, kam bude možno směřovat pacienty už nevyžadující následnou či dlouhodobou péči, a zároveň neschopné být sami doma.

3. Zajištění financování

Poptávka po dlouhodobé péči se v ČR v posledních letech zvýšila. Stávající organizace a financování dlouhodobé péče není připraveno očekávané zvýšení poptávky ufinancovat, pokud nemá dojít k výraznému snížení kvality péče.

Sociální a zdravotní aspekty dlouhodobé péče mají odlišnou strukturu organizace a financování (MZ ČR a MPSV ČR). Poskytovatelé dlouhodobé lůžkové péče jsou financováni především prostřednictvím zdravotního pojištění, zatímco rezidenční zařízení dlouhodobé péče a ostatní sociální služby jsou financovány z ústředního, krajského nebo obecního rozpočtu.

Nedostatečná koordinace a rozdílné úhrady zdravotní péče poskytované v nemocnicích a zařízeních sociální péče přispívají k neefektivnímu využívání nemocničních služeb i pobytových služeb sociální péče. Existence úhrad za pobyt a stravu u sociální péče motivuje k vyhledávání dlouhodobé péče v rámci nákladnější zdravotní péče a ve svém důsledku k nadužívání dlouhodobé lůžkové péče. Míra obsazenosti těchto nemocničních lůžek je velmi vysoká. Jedním z důvodů může být nedostatek míst v pobytových zařízeních sociální péče. Tuto situaci zhoršuje politika úhrad, která je výhodnější v systému zdravotní péče a je založena na denních úhradách, což motivuje k delší hospitalizaci.

Problematická je i skutečnost, že investice a obnova infrastruktury zejména nemocnic nejsou adekvátně zohledněny v úhradovém mechanismu lůžkové péče. Nemocnice a zdravotnická zařízení při investicích spoléhají na veřejné dotace a finanční prostředky EU.

Je zapotřebí harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Řešit i financování, resp. úhrady v oblasti paliativní péče, odlehčovacích služeb (sociálních pobytů).

V souvislosti s vývojem v posledních měsících lze očekávat dlouhodobé zhoršení ekonomického vývoje v ČR, což může mít dopad do zajištění potřebných finančních zdrojů.

4. Integrovaná zdravotně sociální péče

Z hlediska dlouhodobé péče je důležitá včasná intervence a spolupráce sociálních a zdravotních služeb a flexibilní prostupnost různých forem péče, a to jak v případě zhoršení zdravotního stavu, tak jeho zlepšení. Obecně je však třeba se zaměřit na celkovou provázanost zdravotní a sociální péče různého typu.

V ČR jsou v současné době kompetence v oblasti této péče rozdělené na národní úrovni mezi MZ ČR a MPSV ČR, na regionální a lokální úrovni mezi kraje, obce, zdravotní pojišťovny a samotné domácnosti. Dlouhodobá péče je v ČR poskytována jednak formálně (lůžkové, ambulantní a terénní služby) a dále neformálně (v rámci rodiny nebo komunity).

Nejednoznačná legislativa, nedostatečné definování kompetencí v oblasti sociální a zdravotní péče a jejího personálního a finančního zajištění je příčinou roztržitosti péče. Pacienti, resp. klienti s podobným

zdravotním stavem mohou být umístěni ve zdravotnických zařízeních, v zařízeních sociálních i ve svém domácím prostředí. To, že každá z těchto možností je financována odlišným způsobem, vede k významným odlišnostem v péči o klienty se srovnatelnými potřebami.

Nezbytnou součástí řešení tohoto problému je sladění způsobu financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a ošetrovatelské péče na lůžkách dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních i domácí ošetrovatelské péče.

Převážná část seniorů preferuje zůstat co nejdéle ve vlastním sociálním prostředí, pokud jim to zdravotní stav umožní. Ideálem se do budoucna jeví sdílená péče, tj. kombinace péče blízkých za pomoci dostupných sociálních a zdravotních služeb. Nutným předpokladem k zajištění kvalitní sdílené péče je rozvoj stávajících terénních a ambulantních služeb.

V září 2022 by měl být zveřejněn akční plán ke vládou schválenému Strategickému rámci přípravy na stárnutí společnosti, resp. tzv. Desatera. Řešení dostupnosti, kvality a propojení zdravotních a sociálních služeb je věnován druhý bod Desatera:

„Podporovat kvalitní, včasné, místně i finančně dostupné sociální služby ve skladbě požadované klienty. Důraz bude kladen na rozvoj sociálních služeb, které umožní klientům co nejdéle žít nezávisle a soběstačně v domácím prostředí, a na kontinuální stabilitu financování sociálních služeb v rámci každoroční přípravy střednědobého rámce rozpočtových výdajů.

Vytvořit dostupný a finančně udržitelný systém provázaných sociálních a zdravotních služeb, hospicové péče, paliativní péče a psychiatrické péče. Zajistit dostatečnou kapacitu služeb péče o osoby s demencí. Propojit a zvyšovat systémovou spolupráci sociálních a zdravotních služeb na lokální úrovni ve spolupráci s obcemi.

Učinit taková opatření, včetně přípravy modelu stabilního financování, aby personál sociálních a zdravotních služeb byl náležitě finančně ohodnocen a aby nárůst kapacit odpovídal demografickému vývoji ČR“.

Pro integraci a koordinaci a plánování dalšího rozvoje zdravotně sociálních služeb je nezbytné zmapovat mobilitu mezi zdravotními službami a sociálními službami. Zachycení stávajícího stavu a posouzení kapacit z hlediska dostatečnosti je obtížné pro nedostatek a nejednotnost resortních dat.

Z hlediska potřeby dlouhodobé péče ve zdravotních a sociálních službách jsou důležité údaje o způsobu ukončení hospitalizace a navazující péči. Těmito údaji disponují ZP.

3.3 Strategické cíle pro období 2022–2030

V kapitole 3.2. dokumentu SKZ jsou uvedeny strategické karty, strategické cíle i specifické cíle pro jednotlivé segmenty zdravotní péče.

V oblasti následné a dlouhodobé péče jsou uvedeny tyto strategické cíle:

- Zajistit brzký návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí a umožnit mu maximálně možný plnohodnotný další život.
- Posílit roli a vnímání PZS následné a dlouhodobé péče jako nedílné součásti zdravotnictví Pk a komplexních kvalitních zdravotních služeb pro jejich uživatele.
- 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.

Na základě provedené analýzy, stanovené vize a očekávaného vývoje poptávky po službách následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče byly k naplnění jednotlivých strategických cílů stanoveny níže uvedené specifické cíle.

Strategický cíl 1:

Efektivním poskytováním kvalitních služeb zajistit brzký návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí a umožnit mu maximálně možný plnohodnotný další život.

Specifické cíle:

- 1.1. Reagovat na změny v poptávce po službách zařízení NDLP, efektivně využívat stávající kapacity). Monitorování na základě sběru standardizovaného souboru ukazatelů, roční vyhodnocení a stanovení cílů na následující období.
- 1.2. Podporovat rozvoj a širší využití domácí péče jako ekonomicky výhodnější alternativy k hospitalizaci (vč. péče pro dětské pacienty)
- 1.3. Pokračovat ve zvyšování kvality poskytovaných služeb. Udržovat, obnovovat, resp. rozšiřovat stávající akreditace.
- 1.4. Přispět k udržení a optimalizaci kapacit vzdělávacích institucí zaměřených na vzdělávání zdravotnických pracovníků na území Pk. Na úrovni Pk spolupracovat v oblasti zdravotnického vzdělávání. Vazba s Koncepty ošetřovatelství.
- 1.5. Na úrovni Pk aktivně pracovat s údaji ÚZIS. Dbát na kvalitu výchozích dat, řešit výrazné odchylky mezi daty z IS a daty získanými z terénu.
- 1.6. Efektivně využívat dotační programy při naplňování KLP.
- 1.7. Dokončit a zprovoznit novou Nemocnici následné péče v Moravské Třebové včetně výjezdové základny ZZS.

Strategický cíl 2:

Posílit roli a vnímání PZS následné a dlouhodobé péče jako nedílné součásti zdravotnictví Pk a komplexních kvalitních zdravotních služeb pro jejich uživatele.

Specifické cíle:

- 2.1. NDLP je nedílnou součástí procesu poskytování zdravotní péče, zařízení NDLP jsou rovnocenným partnerem ve spolupráci a komunikaci s ostatními PZS.
- 2.2. Zpracovat a pravidelně aktualizovat přehled o účastech, aktivitách a zapojení v zájmových sdružení. Na základě tohoto dokumentu aktivity na úrovni Pk koordinovat.
- 2.3. Získat přehled o edukačních a komunikačních aktivitách směrem k laické i odborné veřejnosti. Spolupracovat a společně efektivně využívat zdroje v této oblasti.
- 2.4. Vytvořit pozici odborného poradce/ koordinátora a Pracovní skupinu pro dlouhodobou a následnou péči v Pk.
- 2.5. Zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel Pk v oblastech týkajících se NDLP i zdravotně sociálních služeb.

Strategický cíl 3:

Příspěvek 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.

Specifické cíle:

- 3.1. Znat a porozumět specifikům rozhraní akutní péče, následné a dlouhodobé péče a sociálních služeb s cílem zajistit kontinuitu procesu poskytování zdravotní péče. Zmapovat mobilitu mezi zdravotními a sociálními službami (s využitím údajů od ZP). Identifikovat kritická omezení u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Umět poskytnout informace poskytovatelům a uživatelům zdravotních a sociálních služeb.
- 3.2. Aktualizovat standardy překladů pacientů a kritéria převzetí pacientů z akutní péče, monitorovat jejich dodržování, minimalizovat zpětné překlady pacientů ze zařízení následné a dlouhodobé péče zpět do zařízení akutní péče.
- 3.3. Zpracovat metodické postupy, na jejichž základě budou spolupracovat multidisciplinární týmy. Základním dokumentem v koordinované péči o pacienta bude tzv. Individuální zdravotně-sociální plán sestavený již po přijetí do akutní péče.
- 3.4. Vybudovat a rozvíjet multidisciplinární týmy složené ze zástupců akutní i následné a dlouhodobé péče, paliativní péče a sociálních služeb. Zapojit se do pilotního projektu multidisciplinárního týmu v rámci PZS založených/zřizovaných Pk.
- 3.5. Podporovat a rozvíjet domácí péči na úrovni Pk. Aktivně se zapojit do naplňování strategických cílů definovaných v Akčním plánu Koncepte domácí péče 2020 vyhlášenou MZ ČR (naplňování Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030).
- 3.6. Podporovat na úrovni Pk kroky vedoucí k odstranění nedostatku lékařů v domovech pro seniory, potažmo zneužívání ZZS a poskytovatelů akutní péče (podpora bonifikačního programu VZP).
- 3.7. Analyzovat potřebu zřízení denního / týdenního stacionáře (např. rehabilitačního) a případně realizovat jeho zřízení.

Pro úplnost doplňujeme, že v kapitole 3.3. SKZ jsou uvedena i opatření pro zvýšení efektivity a kvality vybraných podpůrných nezávadných služeb a v kapitole 3.4. téhož dokumentu je uveden návrh opatření v oblasti řízení poskytovatelů zdravotní péče v Pk.

Podobně i oblast péče o duševní zdraví, oblast paliativní péče a problematika DC včetně specifických cílů a opatření jsou rozpracovány v dokumentu SKZ.

3.4 Předpoklady pro zajištění kvalitní lůžkové následné a dlouhodobé zdravotní péče v Pk

1. Lůžkové kapacity a přístrojové vybavení

Celkový počet lůžek následné a dlouhodobé péče v Pk je v současné době 33,4 lůžka na 100 tisíc obyvatel. Koncepte Zdraví 2030 uvádí za cílový stav 33,0 lůžek. Z tohoto úhlu pohledu můžeme tedy konstatovat, že kapacity v této oblasti jsou v Pk dostatečné.

Vliv na lůžkovou kapacitu má nastavení obou rozhraní, tj.:

- překlady pacientů z akutní péče do následné a dlouhodobé, které jsou v řadě případů neadekvátní stavu pacienta a nepřispívají ke kontinuitě péče a
- propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí, respektive do péče poskytovatelů sociálních služeb.

V oblasti stávajícího přístrojového vybavení nejsou ze stran poskytovatelů deklarovány zásadní nedostatky. Potřeby jednotlivých zařízení byly průběžně řešeny obměnou, resp. nákupem nových přístrojů.

Doporučujeme i nadále této oblasti věnovat dostatečnou pozornost i odpovídající zdroje. Na společných setkáních managementu sdílet zkušenosti a informace o novinkách v oboru.

2. Personální zajištění zdravotní péče

Pro zajištění kvalitní NDLZP je nezbytné posílit personální kapacity, a to jak lékařské, tak ošetrovatelské v rámci celého Pk napříč jednotlivými segmenty péče.

Důležitým nástrojem pro stabilizaci personálních kapacit je samozřejmě finanční ohodnocení práce zdravotníků včetně vhodně nastavených motivačních parametrů. Zajištění potřebných zdrojů musí vycházet z vyvážených úhradových mechanismů v jednotlivých segmentech péče.

Dalšími významnými stabilizačními prvky jsou:

- vnitřní kultura jednotlivých poskytovatelů,
- atraktivita zdravotnických povolání a možnost růstu,
- prostor a možnosti pro regeneraci po náročné práci
- poskytování atraktivních zdravotnických služeb v zařízeních následné a dlouhodobé péče (např. spánková laboratoř v LDN Rybitví)

Pk může v rámci zřizovaných /založených organizací sehrát pozitivní roli nastavením a využíváním motivačních pobídek pro vybrané pozice a méně atraktivní lokality.

Do řešení problematiky vyšší fluktuace u některých PZS zapojit ředitele/management zařízení (osobní úkol navázaný na výplatu odměn).

3. Synergie mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb v Pk

Identifikovat příležitosti pro synergie mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb obecně je velmi složité. Hlavním důvodem jsou bariery, které existují mezi oběma typy služeb, a které jsou dány již v jejich samotném legislativním vymezení. Další zásadní překážkou je zcela odlišný způsob jejich financování. Bohužel tyto skutečnosti komplikují fungování poskytovatelů těchto služeb, ale především mají negativní dopad na jejich uživatele, kteří velice často potřebují jak zdravotní, tak i sociální služby současně.

V případě uvolnění výše uvedených bariér mohou synergie mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb mít značný potenciál nejen pro systém jako takový (snížení nákladů na péči díky účinnějšímu a efektivnějšímu způsobu poskytování péče v domácím prostředí pacienta), ale zejména pro uživatele těchto služeb v podobě jejich rychlejšího uzdravení a návratu do normálního života.

3.5 Identifikace rizik a opatření k minimalizaci jejich případných negativních dopadů

Pro naplňování této KLNP, 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 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 vč. systému úhrad ze ZP
- Nerealizace/zastavení 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 hodnocení a odměňování ředitelů zařízení NDLP.
- Nedostatečná spolupráce na úrovni zdravotního a sociálního odboru.
- Narušení kontinuity v důsledku výsledků voleb.

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

3.6 Implementace a monitoring naplňování stanovené vize a strategických cílů

1. Návrh postupu implementace jednotlivých opatření a aktivit

Metodický přístup

Přístup k naplnění vize se rozpadá do 3 strategických cílů. K zajištění splnění strategických cílů doporučujeme vytvořit 3 pracovní skupiny – pro každý cíl specifickou pracovní skupinu.

K naplnění každého jednotlivého strategického cíle jsou stanoveny specifické cíle. Jejich dosažení je dále konkretizováno a sledováno v podobě jednotlivých opatření 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.

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 Akčního plánu již v průběhu jeho realizace. Systém monitorování bude využit i k závěrečnému vyhodnocení výsledků KLNPP jako celku, po skončení realizace.

Za sledování a hodnocení je odpovědný odbor zdravotnictví, který jedenkrát za rok předkládá Radě Pk Monitorovací zprávu o plnění KLNPP nejpozději do konce března následujícího roku. První kontrolní monitorovací zpráva o plnění KLNPP 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.

Odbor zdravotnictví 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 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

KLNPP je samostatným dokument s úzkou provazbou na výchozí SKZ Pk, která mj. definuje následující klíčové priority (strategické karty):

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

K naplnění těchto klíčových priorit výraznou měrou přispěje právě dosažení následujících tří hlavních strategických cílů KNZP.

- i. **Efektivním poskytováním kvalitních služeb zajistit brzký návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí a umožnit mu maximálně možný plnohodnotný další život**
- ii. **Posílit roli a vnímání PZS následné a dlouhodobé péče jako nedílné součásti zdravotnictví Pk a komplexních kvalitních zdravotních služeb pro jejich uživatele**
- iii. **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**

Na základě provedené analýzy a posouzení očekávaného vývoje je v návrhové části definováno i 19 specifických cílů, jejichž splnění zajistí dosažení tří hlavních výše uvedených strategických cílů.

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

Podpora na úrovni státu musí směřovat zejména k vytvoření modelu integrované dlouhodobé (zdravotní a sociální) péče, do legislativních změn, k úpravě úhradových mechanismů, vytvoření koordinačních a řídicích struktur v systému na národní úrovni a vytvoření metodiky pro vznik multidisciplinárních týmů.

Pk musí být aktivním spolupracujícím subjektem. Na úrovni Pk je nutné vytvořit kvalitní a výkonné řídicí struktury, 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.

K úspěšnému naplnění KLNP dále doporučujeme:

1. Posílit řídicí roli Pk vytvořením útvaru pro strategické řízení zdravotnictví v Pk (blíže viz. SKZ Pk). Při řízení využívat a podporovat aktivní spolupráci PZS na základě partnerství, sdílení zkušeností, best practice apod.
2. Důsledně pracovat s provazbou KNZP (cíle, opatření, úkoly) a motivací (odměňováním) ředitelů PZS zřizovaných / založených Pk
3. Posílit odbornou kompetenci Pk v oblasti NDZP formou účasti experta na tuto oblast v nově vytvořeném poradním týmu NHZ
4. Komunikovat úspěchy při implementaci KNZP do praxe, a to jak těm, kdo se na plnění specifických cílů a opatření podílejí, tak i široké veřejnosti (občanům Pk), včetně informací o tom, na čem aktuálně pracujeme.
5. Provázat /propojit strategie v oblasti zdravotních a sociálních služeb a dále v oblasti školství (zejména oblast zdravotní prevence a edukace).
6. Sladit plán investic do oblasti následné a dlouhodobé péče s SKZ Pk, resp. KNZP.
7. KNZP je „živý“ dokument a jako s takovým je s ním potřeba pracovat – např. každoročně ověřovat platnost a aktuálnost nastavené vize, zohledňovat vývoj vnějšího prostředí, pracovat s výstupy z dílčích aktivit a plnění specifických cílů apod.

Strategické, resp. specifické cíle KLNP odrážejí reakci na konkrétní situace a potřeby v oblasti zdravotní péče v Pk a zároveň v řadě případů navazují na Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“).

Následující tabulka znázorňuje provazbu cílů této KLNP a cílů Strategického rámce Zdraví 2030.

Legenda:

x	slabá vazba
xx	středně silná vazba
xxx	silná vazba



Realizace KLNP bude záviset na personálních, finančních a technických možnostech Pk, PZS a dalších subjektů zainteresovaných na její realizaci.

V případě finanční stránky na možnostech vícezdrojového financování realizace SKZ, tj. zejména na budoucích možnostech rozpočtu Pk, vlastních zdrojích PZS a dalších zainteresovaných subjektů a na možnostech získat a využít externí zdroje, zejména dotace EU. Tyto možnosti budou postupně prověřovány a upřesňovány (viz např. Obecná opatření k realizaci KLNP, ad 1. až 3. uvedená dále).

Aktuální přehled investic Pk ve zdravotnictví v realizaci či ve formě investičního / projektového záměru schválených Radou Pk je uveden v kap. 3.7. SKZ.

Přehled zahrnuje nejvýznamnější investiční akce Pk v celkovém objemu 3,582 mld. Kč, a to v NPK, a.s., a u dalších PZS zřizovaných Pk s jejich ukončením většinou v letech 2022 až 2025, výjimečně až v roce 2028.

Provozba specifických cílů Koncepce lůžek následné zdravotní péče Pk a specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030.

Strategický cíl 1.: Efektivním poskytováním kvalitních služeb zajistit brzký návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí a umožnit mu maximálně možný plnohodnotný další život.

	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	Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
1.1. Reagovat na změny v poptávce po službách zařízení NDLP, efektivně využívat stávající kapacity). Monitorování na základě sběru standardizovaného souboru ukazatelů, roční vyhodnocení a stanovení cílů na následující období.			XX		
1.2. Podporovat rozvoj a širší využití domácí péče jako ekonomicky výhodnější alternativy k hospitalizaci (vč. péče pro dětské pacienty)	X	X	XXX	X	
1.3. Pokračovat ve zvyšování kvality poskytovaných služeb. Udržovat, obnovovat, resp. rozšiřovat stávající akreditace.		X	XX	XX	
1.4. Přispět k udržení a optimalizaci kapacit vzdělávacích institucí zaměřených na vzdělávání zdravotnických pracovníků na území Pk. Na úrovni Pk spolupracovat v oblasti zdravotnického vzdělávání. Vazba s Koncepcí ošetřovatelství.			X	XXX	
1.5. Na úrovni Pk aktivně pracovat s údaji ÚZIS. Dbát na kvalitu výchozích dat, řešit výrazné odchylky mezi daty z IS a daty získanými z terénu.	X	X	XX	X	
1.6. Efektivně využívat dotační programy při naplňování Koncepce lůžek následné péče.			XX		
1.7. Dokončit a zprovoznit novou Nemocnici následné péče v Moravské Třebové včetně výjezdové základny ZZS.			XXX	XX	

Strategický cíl 2. : Posílit roli a vnímání PZS následné a dlouhodobé péče jako nedílné součásti zdravotnictví Pk a komplexních kvalitních zdravotních služeb pro jejich uživatele.

	<i>Reforma primární péče</i>	<i>Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti</i>	<i>Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví zdravotnictví</i>	<i>Personální stabilizace resortu zdravotnictví</i>	<i>Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví</i>
2.1. NDLZP je nedílnou součástí procesu poskytování zdravotní péče, zařízení NDLZP jsou rovnocenným partnerem ve spolupráci a komunikaci s ostatními PZS.			XXX	XXX	
2.2. Zpracovat a pravidelně aktualizovat přehled o účastech, aktivitách a zapojení v zájmových sdružení. Na základě tohoto dokumentu aktivity na úrovni Pk koordinovat.		X	XX	XX	X
2.3. Získat přehled o edukačních a komunikačních aktivitách směrem k laické i odborné veřejnosti. Spolupracovat a společně efektivně využívat zdroje v této oblasti.	X	XXX			
2.4. Vytvořit pozici odborného poradce/ koordinátora a Pracovní skupinu pro dlouhodobou a následnou péči v Pk.			XX		X
2.5. Zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel Pk v oblastech týkajících se NDLZP i zdravotně sociálních služeb.	X	XXX			

Strategický cíl 3.: Přispět ke kontinuitě péči pro uživatele zdravotních služeb, a to mezi primární a akutní péčí na straně jedné a zdravotně-sociálními a sociálními službami na straně druhé.

	<i>Reforma primární péče</i>	<i>Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti</i>	<i>Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví</i>	<i>Personální stabilizace resortu zdravotnictví</i>	<i>Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví</i>
3.1. Znat a porozumět specifikům rozhraní akutní péče, následné a dlouhodobé péče a sociálních služeb s cílem zajistit kontinuitu procesu poskytování zdravotní péče. Zmapovat mobilitu mezi zdravotními službami a sociálními službami (s využitím údajů od ZP). Identifikovat kritická omezení u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Umět poskytnout informace poskytovatelům a uživatelům zdravotních a sociálních služeb.	X	X	XXX	X	
3.2. Aktualizovat standardy překladů pacientů a kritéria převzetí pacientů z akutní péče, monitorovat jejich dodržování, minimalizovat zpětné překlady pacientů ze zařízení následné a dlouhodobé péče zpět do zařízení akutní péče.	X	X	XXX	X	XXX
3.3. Zpracovat metodické postupy, na jejichž základě budou spolupracovat multidisciplinární týmy. Základním dokumentem v koordinované péči o pacienta bude tzv. Individuální zdravotně-sociální plán sestavený již po přijetí do akutní péče.	X	X	XXX	X	
3.4. Vybudovat a rozvíjet multidisciplinární týmy složené ze zástupců akutní i následné a dlouhodobé péče, paliativní péče a sociálních služeb. Zapojit se do pilotního projektu multidisciplinárního týmu v rámci PZS založených/zřizovaných Pk.	X	X	XXX	X	
3.5. Podporovat a rozvíjet domácí péči na úrovni Pk. Aktivně se zapojit do naplňování strategických cílů definovaných v Akčním plánu Koncepte domácí péče 2020 vyhlášenou MZ ČR (naplňování Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030).	X	XX	XXX	X	
3.6. Podporovat na úrovni Pk kroky vedoucí k odstranění nedostatku lékařů v domovech pro seniory, potažmo zneužívání ZZS a poskytovatelů akutní péče (podpora bonifikačního programu VZP).	XXX		XXX	X	XXX
3.7. Analyzovat potřebu zřízení denního / týdenního stacionáře (např. rehabilitačního) a případně realizovat jeho zřízení.		X	XXX	X	

4. AKČNÍ PLÁN

4.1 Nastavení monitoringu a vyhodnocování plnění akčního plánu

Průběžná evidence stavu realizace opatření bude probíhat 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.

Specifický 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 (resp. vedoucím odboru sociální péče) 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 jednotlivých strategických cílů slouží specifické cíle.

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.

Akční plán je uveden v následujících tabulkách.

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

Strategický cíl 1.

Efektivním poskytováním kvalitních služeb zajistit brzký návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí a umožnit mu maximálně možný plnohodnotný další život.

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1. 1. Reagovat na změny v poptávce po službách zařízení NDLP, efektivně využívat stávající kapacity; monitorovat vývoj na základě sběru standardizovaného souboru ukazatelů, provádět roční vyhodnocení a stanovení cílů na následující období	1.1.1. Vytvořit standardizovaný soubor ukazatelů s vysokou vypovídací schopností o aktuální situaci v NDLP v Pk; nastavit pravidla práce se souborem	Soubor ukazatelů, související metodika	12/2022	vedoucí OZ	ÚZIS, poskytovatelé NDLP	zvážit externího dodavatele
	1.1.2. Pravidelně monitorovat situaci, vyhodnocovat, navrhovat opatření	Roční reporting	9/2023 každoročně	vedoucí OZ		zvážit z počátku zapojení externího dodavatele
	1.1.3. Schvalovat a realizovat opatření	Roční zpráva, realizované aktivity	3/2024, poté každoročně	NHZ	pracovní skupina	
1.2. Podporovat rozvoj a širší využití domácí péče jako ekonomicky výhodnější alternativy k hospitalizaci (vč. péče pro dětské pacienty)	1.2.1. Zmapovat stávající kapacity a jejich využití služeb.	Soubor ukazatelů	10/2023	vedoucí OZ	ÚZIS, poskytovatelé domácí péče	zvážit externího dodavatele
	1.2.2. Definovat dílčí úkoly na další období v návaznosti na postup a roli Pk v implementaci Konceptu domácí péče v ČR	Definované cíle	6/2024	vedoucí OZ	poskytovatelé domácí péče, pracovní skupina	
	1.2.3. Pravidelně monitorovat situaci, vyhodnocovat, odezva na VŘ na poskytovatele ZS v této odbornosti v Pk	Průběžné zaznamenávání změn	2/2025, poté pololetně	vedoucí OZ, pracovní skupina Pk	poskytovatelé domácí péče	zvážit z počátku zapojení externího dodavatele
	1.2.4. Návrh a realizace opatření na následující období	Roční zpráva, realizované aktivity	3/2026, každoročně	NHZ	pracovní skupina	
1.3. Pokračovat ve zvyšování kvality poskytovaných služeb; udržovat, obnovovat, respektive rozšiřovat stávající akreditační	1.3.1. Sledovat vybrané ukazatele kvality a ročně provádět jejich hodnocení	Soubor ukazatelů, roční hodnocení	3/2024 každoročně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLP	
	1.3.2. Oblast certifikace použít jako součást hodnocení ředitelů zakládaných a zřizovaných PZS	Roční monitoring	3/2023 každoročně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLP	
	1.3.3. Pravidelně hodnotit spokojenost pacientů, navrhovat opatření a monitoring jejich realizace	Roční monitoring, zpráva s vyhodnocením a návrhem nových opatření	3/2025, každoročně	vedoucí OZ	pracovní skupina, poskytovatelé NDLP	
1.4. Přispět k udržení a optimalizaci kapacit vzdělávacích institucí zaměřených na vzdělávání zdravotnických pracovníků na území Pk	1.4.1. Mapovat potřeby PZS, jednat při potřebě změny kapacit s PZS	Dotazník Výsledek šetření	6/2024 každoročně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLP	vazba na Koncepti ošetřovatelství
	1.4.2. Aktivně vyhodnocovat výsledky dotazníkového šetření a reagovat na potřeby směrem ke vzdělávacím institucím	Roční plány na zvyšování odborné způsobilosti předkládané řediteli PZS NDLP	10/2024 každoročně	vedoucí OZ	pracovní skupina, poskytovatelé NDLP	spolupráce se vzdělávacími institucemi
1.5. Na úrovni Pk aktivně pracovat s údaji ÚZIS. Dbát na kvalitu výchozích dat, řešit výrazné odchylky mezi daty z IS a daty získanými z terénu	1.5.1. Aktivně pracovat s údaji od PZS, porovnat s daty ÚZIS, pracovat se zdrojovými daty ÚZIS, identifikovat příčiny odchylek	Verifikovaná data, vysvětlené odchylky	3/2023	vedoucí OZ	ÚZIS, PZS	
	1.5.2. Aktivně komunikovat s ÚZISem, v případě potřeby iniciovat úpravy metodiky, statistických výstupů	Srozumitelná a důvěryhodná metodika	2023-2030	vedoucí OZ	ÚZIS, PZS	

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do Termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
1.6. Efektivně využívat dotační programy při naplňování Koncepce lůžek následné péče	1.6.1. Na úrovni Pk sledovat připravované vhodné dotační programy, koordinovat předkládání žádostí, řídit proces využívání dotací	Nastavená komunikace mezi PZS, poskytovateli dotací a dalšími subjekty (OR KrÚ Pk, RRA atp.) podporujícími realizaci projektových záměrů	1/2024	určený pracovník OZ	poskytovatelé NDZLS, pracovní skupiny, právní odbor	
	1.6.2. Monitorovat a vyhodnocovat využívání dotačních programů, navrhnout a realizovat opatření ke zefektivnění procesu využití dotací	Roční zpráva	3/2024, poté každoročně	NHZ	poskytovatelé NDZLP, pracovní skupiny	
1.7. Dokončit a zprovoznit novou Nemocnici následné péče v Moravské Třebové včetně výjezdové základny ZZS Pk	1.7.1. Monitorovat proces adaptace, zajistit spolupráci a realizaci majetkového vypořádání v původních objektech vlastněných soukromým subjektem	Monitorovací zpráva	I.Q 2023	NHZ		

Strategický cíl 2.

Posílit roli a vnímání PZS následné a dlouhodobé péče jako nedílné součásti zdravotnictví Pk a komplexních kvalitních zdravotních služeb pro jejich uživatele

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do, resp. termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
2.1. NDLZP je nedílnou součástí procesu poskytování zdravotní péče, zařízení NDLZP jsou rovnocenným partnerem ve spolupráci a komunikaci s ostatními PZS	2.1.1. Aktivně komunikovat nezastupitelnou roli poskytovatelů NDLZP v procesu poskytování zdravotní péče	PZS Pk = respektující se, respektování spolupracujících partnerů, poskytující společně co nejlepší služby pacientovi	2022-2030	NHZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
	2.1.2. Nepodporovat zdůrazňování důležitosti aktuální péče před NDLZP; respektovat odlišnosti		2022-2030	NHZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
	2.1.3. Iniciovat společná setkávání. Dávat prostor a podporu všem zástupcům poskytovatelů v procesu poskytování zdravotní péče		3/2023, poté průběžně	NHZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
2.2. Zpracovat a pravidelně aktualizovat přehled o účastech, aktivitách a zapojení v zájmových sdružení; na základě tohoto dokumentu aktivity na úrovni Pk koordinovat	2.2.1. Zmapovat stávající účasti, aktivity a zapojení zástupců poskytovatelů NDLZP v zájmových/odborných sdruženích	Seznam účastí	10/2023	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
	2.2.2. Definovat cíle, zájmy a priority Pk v této oblasti	Definované cíle a priority	2/2024	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
	2.2.3. Pravidelně sledovat naplňování priorit, vyhodnotit působení zástupců Pk a aktualizovat přehled účastí a aktivit	Roční zpráva	3/2025, poté každoročně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
2.3. Získat přehled o edukačních a komunikačních aktivitách směrem k laické i odborné veřejnosti; spolupracovat a společně efektivně využívat zdroje v této oblasti	2.3.1. Tvorba prostředí na webu Pk pro anonci aktivit jednotlivých PZS v Pk	Inzerce aktivit PZS na webu Pk	10/2023	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
	2.3.2. Podpora aktivit, přehled o aktivitách, anonce aktivit. Účast na vybraných aktivitách z úrovně Pk. Navrhovat PZS aktivity na následující období	Přehled o aktivitách	3/2024, poté každoročně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	
	2.3.3. Dle požadavku PZS spoluorganizovat tématicky zaměřená setkání a jednání, sdílení best practice	On-line dotazník požadavků, termínový list	3/2023, poté průběžně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	zvážit z počátku zapojení externího moderátora
2.4. Vytvořit pozici odborného poradce/ koordinátora a Pracovní skupinu pro dlouhodobou a následnou péči v Pk	2.4.1. Projednání s řediteli PZS NDLZP	Ujednání o osobě koordinátora a členech pracovní skupiny	2/2023	NHZ	PZS	
	2.4.2. Vytvořit metodiku činnosti pracovní skupiny	Metodika	5/2023	NHZ	PZS	
2.5. Zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel Pk v oblastech týkajících se NDLZP i zdravotně sociálních služeb	2.5.1. Zmapovat stávající komunikační toky, aktivity	Dotazník, přehled o aktivitách	3/2024	vedoucí OZ	PZS, vedoucí OSV	zvážit zapojení externího partnera
	2.5.2. Definovat komunikační strategii Pk v této oblasti - stanovit konkrétní cíle, komunikační kanály, frekvence informací, odpovědnosti	Vytvořená strategie, definovány cíle	11/2024	NHZ	radní pro sociální oblast, vedoucí OSV	zvážit zapojení externího partnera
	2.5.3. Monitoring naplňování komunikační strategie	Roční zpráva	3/2025, poté každoročně	vedoucí OZ	poskytovatelé NDLZP, pracovní skupiny	

Strategický cíl 3.

Příspěvek 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

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do, resp. termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
3.1. Znat a porozumět specifickým rozhraní akutní péče, následné a dlouhodobé péče a sociálních služeb s cílem zajistit kontinuitu procesu poskytování zdravotní péče; zmapovat mobilitu mezi zdravotními službami a sociálními službami; identifikovat kritická omezení u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb; umět poskytnout informace poskytovatelům a uživatelům zdravotních a sociálních služeb	3.1.1. Vytvořit pozici a vybrat koordinátora pro spolupráci na úrovni KrÚ Pk, vč. zaměření na spolupráci s poskytovateli	Koordinátor vybrán	2/2023	NHZ	vedoucí OSV, PZS	
	3.1.2. Na základě jednání a návrhu koordinátora schválit členy a metodiku činnosti pracovní skupiny	Vytvořená metodika	5/2023	NHZ	PZS	
	3.1.3. Analyzovat stávající stav návaznosti zdravotních a sociálních služeb; navrhnout cíle a způsoby jejich dosažení ke zvýšení efektivity poskytování zdravotních a sociálních služeb v Pk	Monitorovací zpráva a plán aktivit	12/2023	vedoucí OZ	odborný poradce, koordinátor, PZS, pracovní skupina	zvážit zapojení externího subjektu
	3.1.4. Realizovat plánované aktivity, monitorovat, vyhodnocovat, aktualizovat, přijímat opatření	Pololetní zprávy	8/2024, poté pololetně	vedoucí OZ	PZS, pracovní skupina	
3.2. Aktualizovat standardy překladů pacientů a kritéria převzetí pacientů z akutní péče, monitorovat jejich dodržování, minimalizovat zpětné překlady pacientů ze zařízení následné a dlouhodobé péče zpět do zařízení akutní péče	3.2.1. Aktualizovat postupy překladů pacientů, nastavit parametry efektivních překladů	Aktualizované postupy a související metodika	4/2023	vedoucí OZ	PZS, pracovní skupina	
	3.2.2. Důsledně vymáhat plnění standardů, pravidelně monitorovat a vyhodnocovat, přijímat opatření, případně iniciovat úpravu	Pololetní zprávy, přijatá opatření, realizované aktivity	9/2023, poté pololetně	vedoucí OZ	PZS, pracovní skupina	
3.3. Zpracovat metodické postupy, na jejichž základě budou spolupracovat multidisciplinární týmy; základním dokumentem v koordinované péči o pacienta bude tzv. Individuální zdravotně-sociální plán sestavený již po přijetí do akutní péče	3.3.1. Aktivně se zapojit do přípravy metodických postupů, Implementačního plánu a pravidel spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů	Platná metodika, pravidla spolupráce	3/2023	NHZ	koordinátor, odborný poradce, vedoucí OSV, pracovní skupina	
3.4. Vybudovat a rozvíjet multidisciplinární týmy složené ze zástupců akutní i následné a dlouhodobé péče, paliativní péče a sociálních služeb; zapojit se do pilotního projektu multidisciplinárního týmu v rámci PZS založených/zřizovaných Pk	3.4.1. Definovat rámec pilotního projektu, ustanovit řídicí strukturu a realizovat pilotní projekt	Realizace projektu	12/2023	NHZ	koordinátor, odborný poradce, vedoucí OSV, pracovní skupina	
	3.4.2. Vyhodnocení pilotního projektu, využití zkušeností pro roll out	Projektová závěrečná zpráva	2/2024	NHZ	PZS, pracovní skupiny	
	3.4.3. Zpracování akčního plánu pro další rozvoj multidisciplinárních týmů v Pk	Akční plán	4/2024	NHZ	koordinátor, odborný poradce, vedoucí OSV, pracovní skupina	
	3.4.4. Nastavení pravidelného sledování a hodnocení fungování multidisciplinárních týmů	roční zpráva	3/2025, poté každoročně	vedoucí OZ	PZS, pracovní skupiny	

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do, resp. termín	Gestor	Spolupracující subjekty	Poznámka
3.5. Podporovat a rozvíjet domácí péči na úrovni Pk; aktivně se zapojit do naplňování strategických cílů definovaných v Akčním plánu Koncepte domácí péče a naplňování Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030	3.5.1. V návaznosti na implementační plány se aktivně, efektivně, iniciativně a smysluplně účastnit realizace projektů vč. možného zapojení do pilotních projektů	Rozhodnutí o šíři a formě zapojení se, spuštění projektů na úrovni Pk	2022-2030	NHZ	vedoucí OSV, koordinátor, pracovní skupiny	
	3.5.2. Ustanovit řídicí struktury pilotních projektů, průběžné sledování, vyhodnocování aktivit, přijímání opatření	Roční zpráva, realizované aktivity	3/2024, poté každoročně	vedoucí OZ	vedoucí OSV, koordinátor, pracovní skupiny	zvážit zapojení externího subjektu
3.6. Analyzovat potřebu nových služeb (např. zřízení denního / týdenního stacionáře, apod.) a případně realizovat jeho zřízení	3.6.1. Vyhodnotit stávající situaci a posoudit možnosti zřízení nové služby, vyzvat k předložení návrhů, zpracovat studii proveditelnosti	Studie proveditelnosti, podklad k rozhodnutí	6/2023	NHZ	PZS, pracovní skupiny	
	3.6.2. Vyhodnotit předložené záměry, rozhodnout o realizaci	Rozhodnutí o zřízení	12/2023	NHZ	PZS, pracovní skupiny	
	3.6.3. Monitorovat průběh realizace a fungování nové služby	Roční zpráva	3/2025, poté každoročně	PZS		

4.3 Závěrečná opatření k realizaci KLNP

Pro zajištění úspěšné implementace KLNP do praxe je dále nezbytné:

1. Cíle a úkoly návrhové části KLNP 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 KLNP 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 KLNP a zejména jejího Akčního plánu s řediteli PZS v Pk nezřizovaných a nezakládaných Pk.

Termín: nejpozději do 6 měsíců po schválení KLNP Zastupitelstvem Pk

Gestor: vedoucí OZ

3. Projednat možnosti vzájemné spolupráce a podpory realizace návrhové části KLNP a zejména jejího Akčního plánu 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 KLNP Zastupitelstvem Pk

Gestor: NHZ

4. Cíle a úkoly návrhové části KLNP a zejména jejího 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 KLNP 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.