

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNÍCH VĚD

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÉHO MANAGEMENTU

Hana Pudichová

Tvorba a dostupnost sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou
péčí, optimalizace lůžkového fondu v Moravskoslezském kraji

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc MUDr Václav Rýznar, CSc, MBA

Olomouc 2015

Prohlašuji, že diplomovou práci TVORBA A DOSTUPNOST SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ S AKUTNÍ LŮŽKOVOU PÉČÍ, OPTIMALIZACE LŮŽKOVÉHO FONDU V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI jsem vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Ostrava 30. dubna 2015

podpis

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Tvorba a dostupnost sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí, optimalizace lůžkového fondu

Název práce: Tvorba a dostupnost sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí, optimalizace lůžkového fondu v Moravskoslezském kraji

Název práce AJ: Creation and accessibility of network of health establishment with acute bed care, optimization of bed capacity in the Moravian-Silesian region

Datum zadání: 2013.01.29

Datum odevzdání: 2015.04.30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Hana Pudichová

Vedoucí práce: Doc MUDr Václav Rýznar, CSc, MBA

Oponent práce:

Abstrakt: Diplomová práce tvorba a dostupnost sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí, optimalizace lůžkového fondu v Moravskoslezském kraji se zabývá problematikou tvorby a dostupnosti sítě zdravotnických zařízení a lůžkovým fondem nemocnic akutní péče. Popisuje způsob vzniku sítě zdravotnických zařízení, dostupnost zdravotnických zařízení a faktory, které jí ovlivňují. Dále teoreticky popisuje důvody, které vedou k optimalizaci lůžkového fondu a metody používané pro výpočet optimálního počtu nemocničních lůžek. V praktické části se zaměřuje na porovnání výsledků metod a také porovnání s existujícím stavem v MS kraji.

Abstract AJ: The thesis creation and accessibility of network of health establishment with acute bed care, optimization of bed capacity in the Moravian-Silesian region deals with the issue of the formation of the available network of the medical care providers and the acute care hospital bed funds. It describes the creation of the health care establishment network, the accessibility of the health care providers and the factors that influence this factors. Furthermore, the thesis describes the reasons to optimize the bed funds and the methods used for the calculation of the optimal number of them. The practical part focuses on the comparison of the results of the methods and also compares it with the existing state of affairs in the MS region.

Klíčová slova: tvorba sítě zdravotnických zařízení, dostupnost sítě zdravotnických zařízení,
optimalizace sítě zdravotnických zařízení

Klíčová slova AJ: creation of network of health establishment, accessibility of network of
health establishment, optimization of bed capacity

Rozsah počet stran / počet příloh: 76/ vii

1.	ÚVOD.....	4
2.	TVORBA SÍTĚ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	5
2.1.	HISTORIE.....	5
2.1.1.	České země.....	6
2.1.2.	Československo.....	6
2.1.3.	Česká republika.....	6
2.2.	TYPLOGIE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	6
2.3.	SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE	9
2.3.1.	Typologie zdravotnických institucí.....	9
2.3.2.	Primární péče.....	10
2.3.3.	Sekundární péče	11
2.3.4.	Terciární péče	11
2.4.	ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	11
2.4.1.	Nemocnice	13
2.5.	ZMĚNY VE ZDRAVOTNICTVÍ	14
2.5.1.	Vývoj po válce	14
2.5.2.	Vývoj po roce 1989	15
2.6.	SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	16
2.6.1.	Nemocnice	17
2.6.2.	Lůžkový fond nemocnic	18
2.6.3.	Počet lůžek.....	20
2.6.4.	Trendy v oblasti lůžkové péče.....	21
2.6.5.	Ošetřovací doba.....	22
2.7.	ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	23
3.	DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	26
3.1.	DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE	26
3.1.1.	Dostupnost geografická	26
3.1.2.	Dostupnost ekonomická	27
3.1.3.	Dostupnost sociální.....	27
3.2.	DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	28
3.3.	KVALITA PÉČE.....	31
3.4.	SPÁDOVÉ OBLASTI.....	32
3.5.	DOSTUPNOST SÍTĚ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	34
4.	OPTIMALIZACE.....	36
4.1.	LŮŽKOVÝ FOND NEMOCNIC ČR.....	36
4.2.	OPTIMALIZACE LŮŽKOVÉHO FONDU	37
4.3.	OBEČNÁ METODOLOGIE	38

4.4. ROZHODOVACÍ PROBLÉMY	39
4.5. VÝBĚR METODY.....	39
4.6. METODY.....	40
4.6.1. Deterministická metoda	40
4.6.2. Metoda regresní analýzy.....	41
4.6.3. Stochastické metody.....	42
4.6.4. Simulační modely - Metoda Monte Carlo	43
4.6.5. Metody expertního hodnocení - metoda Delphi	43
4.6.6. Shrnutí jednotlivých metod	43
4.7. MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ.....	44
4.7.1. Dosavadní optimalizace v MS kraji	45
4.7.2. Charakteristika zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji.....	46
4.8. VÝPOČET	47
4.8.1. Výpočet dle vzorců používaných ÚZIS.....	48
4.8.2. Výpočet PPIBS.....	49
4.8.3. Výpočet dle spádové oblasti	50
4.9. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OKRESŮ.....	51
4.9.1. OKRES BRUNTÁL	51
4.9.1.1. PODHORSKÁ NEMOCNICE RÝMAŘOV	51
4.9.1.2. SZZ KRNOV	52
4.9.2. OKRES FRÝDEK-MÍSTEK.....	53
4.9.2.1. NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU	53
4.9.2.2. NEMOCNICE TŘINEC.....	53
4.9.2.3. NEMOCNICE PODLEŠÍ.....	53
4.9.3. OKRES KARVINÁ	55
4.9.3.1. NEMOCNICE S POLIKLINIKOU KARVINÁ RÁJ.....	55
4.9.3.2. NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV	55
4.9.3.3. BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ NEMOCNICE	56
4.9.3.4. NEMOCNICE ČESKÝ TĚŠÍN	56
4.9.3.5. KARVINSKÁ HORNICKÁ NEMOCNICE.....	56
4.9.4. OKRES NOVÝ JIČÍN	57
4.9.4.1. NEMOCNICE NOVÝ JIČÍN	57
4.9.4.2. BÍLOVECKÁ NEMOCNICE	57
4.9.4.3. MĚSTSKÁ NEMOCNICE ODRY	57
4.9.5. OKRES OPAVA	59
4.9.5.1. SLEZSKÁ NEMOCNICE OPAVA	59
4.9.6. OSTRAVA-MĚSTO.....	60
4.9.6.1. FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA	60

4.9.6.2.	MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA.....	60
4.9.6.3.	VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE.....	61
4.10.	SROVNÁNÍ VÝPOČTŮ.....	62
4.10.1.	Výpočty dle vzorců.....	62
4.10.2.	Výpočet podle spádové oblasti.....	63
4.11.	MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ SHRNUTÍ.....	64
4.12.	SROVNÁNÍ METOD.....	64
5.	DISKUSE.....	66
6.	ZÁVĚR.....	67
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	68
	SEZNAM ZKRATEK.....	73
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

1. ÚVOD

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila Tvorba a dostupnost sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí, optimalizace lůžkového fondu v Moravskoslezském kraji. Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na rozsáhlou oblast tvorby a dostupnosti sítě zdravotnických zařízení, lůžkový fond akutních lůžek a jeho optimalizaci. V této práci jsem dala optimalizaci lůžkového fondu nemocnic do souvislosti s dalšími faktory, které mohou mít vliv na kvalitu zdravotní péče. Konkrétně jsem se zaměřila na zdravotnická zařízení, jejich dostupnost a lůžkový fond v nemocnicích s akutní péčí v MS kraji.

Dostupnost zdravotní péče a optimalizace lůžkového fondu je aktuální téma, kterým se zabývají jednotlivá zdravotnická zařízení, kraje i zdravotní pojišťovny. Některé kraje již optimalizaci lůžkového fondu ve svých nemocnicích provedly (například Jihomoravský kraj) a některé další mají vypracovanou koncepci optimalizace lůžkového fondu. V Moravskoslezském kraji již optimalizace částečně proběhla a o další restrukturalizaci lůžkového fondu se jedná. Ve své diplomové práci se v praktické části zaměřím na návrh optimalizace lůžkového fondu, konkrétně akutních lůžek v nemocnicích MS kraje na základě konkrétních dat o využitosti lůžkového fondu v jednotlivých nemocnicích s akutní péčí. Návrh optimalizace následně porovnam s aktuální situací v uvedených nemocnicích.

Optimalizace lůžkového fondu je spojena s jeho restrukturalizací nebo s redukcí počtu lůžek. Taková opatření jsou často vnímána negativně jak veřejností, tak zástupci zdravotnických zařízení. Na potřebný rozsah a strukturu lůžkového fondu má vliv celá řada faktorů - ekonomické, legislativní i demografické. V této práci bych chtěla ukázat složitost optimalizace lůžkového fondu v souvislosti s dalšími faktory, které mají vliv na kvalitu zdravotní péče a porovnat mnou zjištěný rozsah lůžkového fondu s aktuální situací nemocnic.

Cílem diplomové práce je především:

- popsat vznik sítě ZZ
- popsat základní faktory, které ovlivňují dostupnost zdravotnických zařízení
- důvody vedoucí k optimalizaci lůžkového fondu
- popsat metody, pomocí kterých se optimalizace lůžkového fondu provádí
- zmapovat současného stavu lůžkového fondu nemocnic v MS kraji
- navrhnout optimalizaci lůžkového fondu nemocnic v MS kraji dle zjištěných údajů a porovnat jednotlivé návrhy
- ukázat složitost optimalizace lůžkového fondu v souvislosti s dalšími faktory, které mají vliv na kvalitu zdravotní péče

2. TVORBA SÍTĚ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

2.1. HISTORIE

Zdraví člověka, zdravotní péče, vztah lékaře a pacienta, hrají a vždy hrály důležitou roli v životě člověka i ve společnosti. Už ve starověkých textech, se objevují témata, která souvisí se zdravím, nebo zdravotní péčí.

Nejstarší pramen, který se týká vztahu pacienta a lékaře, který upravuje jejich práva i povinnosti je CHammurapiho zákoník. Nejznámější text, který upravuje vztah lékaře a pacienta je Hippokratova přísaha, obsahuje základní etické principy lékařského povolání. Dnes jí skládají všichni lékaři před převzetím lékařského diplomu. Dnešní moderní verze přísahy se od původního liší, např. vypouští odvolávání se na bohy.

V průběhu historických období se měnily názory na původ nemocí a jejich léčbu, také postoj k nemocným a znalosti medicíny.

Ve starověkém Egyptě byla lékařská věda na vysoké úrovni. Dochovaly se záznamy, které uvádí množství tehdy používaných léčiv, poznatky z chirurgie, gynekologie a očního lékařství. V antice se lékařství považovalo za součást filosofie.¹ Ve středověké Evropě se kvůli vlivu církve medicína nerozvíjela. Nemoc chápali jako dar, kterým si člověk odpykává hříchy. Ošetřovat a navštěvovat nemocné a trpící byla ctnost. K rozvoji lékařství napomohl vznik univerzit (ve 13 stol. a později) a v renesanci zájem o antiku. Jako učebnice medicíny využívali Canon meidicnae (z 10 stol.), souhrn poznatků antických a arabských lékařských znalostí a postupů. Autorem je arabský filosof Avicenna (Ibn Síná).

Průmyslová revoluce a migrace lidí do měst v novověku přinesla velké změny a nutnost řešit nové sociální situace. V období Marie Terezie, Josefa II, se objevuje jiné pojetí zdraví. Zdraví je chápáno nejen jako prospěch jednotlivce. Dobrý zdravotní stav obyvatel, je podmínkou rozvoje.

Zdravotní stav obyvatel ovlivňovala nepříznivě práce v manufakturách i složité hygienické podmínky ve městech. Objevila se nutnost ekonomické dostupnosti zdravotní péče. Tyto a další faktory vedly k rozvoji zdravotnictví. V Evropských zemích se zavádí povinné nemocenské a zdravotní pojištění. Jako první v Německu r.1883 Otto von Bismarck zavedl nový systém sociálního pojištění, které bylo prvním svého druhu v Evropě a stalo se pro ostatní země vzorem.² Šlo o celý systém pojištění pro případ nemoci, pracovního úrazu,

¹ NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K.: Dějiny medicíny v datech a faktech, Praha: Avicenum, 1985, s. 11

² GLADKIJ, I.: Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, s. 93

invalidity a stáří, do kterého byly zahrnuty nejširší vrstvy obyvatelstva. Tento soubor je považován za základ moderního pojištění. V Rakousku a také v Českých zemích se povinné zdravotní a sociální pojištění zavádí r. 1888. Ve 20. století se objevuje pojem welfare state – sociální stát, nebo stát blahobytu. Stát, který usiluje o zajištění podmínek slušného žití pro své občany.

2.1.1. ČESKÉ ZEMĚ

První zmínka o určité formě sociálního pojištění (Fond Parlérské hutě) je ze 14. stol. Od 16. stol. vznikaly další typy pojištění např. nemocenské dělnické pokladny, podpůrné fondy založené na solidaritě, zajišťovaly mimo jiné ochranu sociálně slabých.

V období růst průmyslové výroby začínají vycházet nařízení v oblasti zdravotní a sociální. Dekret Dvorského kancléře z 1837 ukládá povinnost továrníkům, živnostníkům a obchodníkům platit za dělníky a tovaryše stravné ve veřejných nemocnicích po dobu 4 týdnů. V druhé polovině 19. stol. jsou vydávány nařízení, které ukládají zaměstnavatelům zřídit pokladny nebo se jinak podílet na uhrazení péče za nemocné nebo trpící.

2.1.2. ČESKOSLOVENSKO

V letech 1919-1924 vychází zákony, které rozšiřují povinné zdravotní pojištění na všechny námezdně pracující, od r. 1925 i na státní a veřejné zaměstnance. Nemocenské pojištění dělníků upravoval zákon 221/1924Sb., pro případ nemoci, invalidity a stáří. Existovalo několik typů pojišťoven. Za první republiky byla pojištěna asi polovina veškerého obyvatelstva.

2.1.3. ČESKÁ REPUBLIKA

V 90. letech byl zaveden v ČR a také v dalších zemích tzv. bismarckovského modelu zdravotnictví. Je založen na všeobecném zdravotním pojištění a všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena z veřejného (povinného) zdravotního pojištění. Je to model solidární, ve kterém každý čerpá péči podle svých potřeb a přispívá podle svých možností.

2.2. TYPOLOGIE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

Do poloviny 20. století patřily infekční nemoci mezi nejčastější onemocnění a příčiny úmrtí. Se zlepšováním životní úrovně a hygienických podmínek po válce se podařilo většinu z nich potlačit. Nejčastějšími nemocemi se staly neinfekční chronické choroby. S rozvojem medicínských technologií a novými léčebnými postupy se prodlužovala střední délka života,

ale tím se také zvyšovaly náklady na financování zdravotní péče³. Základní způsoby financování zdravotní péče:

- Ze zdravotního pojištění
- Z veřejných prostředků

Zdravotnické systémy se podle způsobu financování zdravotní péče mohou rozdělit:

1. bismarckovský model zdravotnictví

Zdravotnický systém založený na veřejném (povinném) zdravotním pojištění. Je to historicky nejstarší zdravotnický systémem, založený na principu solidarity. Zaměstnavatelé i zaměstnanci jsou povinni odvádět určité procento příjmu na zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovny jsou většinou veřejné, neziskové a jejich počet se v různých zemích liší. Rozsah garantované péče je podobný ve všech státech. Od devadesátých let také v České republice a dalších zemích východního bloku.

Výhody bismarckovského modelu zdravotnictví:⁴

- Vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny (pojišťovny mají povinnost pojistit každého občana, bez ohledu na jeho zdravotní stav)
- Dostatečně pestrá nabídka zdravotních služeb (možnost výběru lékaře, zdrav. zařízení)
- Vyhovující návaznost služeb
- Vyhovující síť zdravotnických zařízení
- Podpora primární péče
- Přiměřené náklady

Nevýhody bismarckovského modelu zdravotnictví:

- Část prostředků spotřebují pojišťovny pro svoji činnost (administrativní náklady)
- Důraz je kladen na kurativní péči (cena péče je vysoká)
- Občasné finanční potíže řeší pojišťoven na úkor klientů a provozovatelů
- Administrativní těžkopádnost

2. smíšený systém s převahou liberalistických prvků (tržní, liberální model)

Tržní zdravotnictví je založeno na individuální odpovědnosti občanů. Povinné zdravotní pojištění neexistuje. Náklady na zdravotní péči se hradí ze soukromého zdravotního

3 DURDISOVÁ,J., LANGHAMEROVÁ,J.: Úvod do teorie zdravotní politiky, V Praze: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská, 2001, s. 79

4 GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví, Brno: Computer Press, 2003, s. 28

pojištění. Stát garantuje zdravotní péči jen pro některé sociální skupiny formou státních zdravotnických programů:⁵

- Medicare (důchodci nad 65 let)
- Medicaid (základní péče pro chudé, s příjmem nižší než hranice životního minima)

Výhody tržního zdravotnictví

- Velký výběr kvalitních služeb (v rozsahu pojistky)
- Podporuje rozvoj medicínských technologií
- Podporuje soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními

Nevýhody tržního zdravotnictví

- Nízká dostupnost kvalitní péče pro nízkopříjmové a nemajetné
- Vysoký podíl nákladů na administrativu
- Nedostatečná preventivní péče
- Nedostačená návaznost péče
- vysoké náklady na péči (USA jsou větší než 17 % HDP, v zemích s bismarckovským modelem jsou přes 10% HDP)

3. Národní zdravotní služba, Beveridgův model

Zdravotnictví je financováno z daní, tedy prostřednictvím státního rozpočtu. Stát vlastní některá zdravotnická zařízení, především nemocnice. Takto je financováno zdravotnictví např. ve Velké Británii.

Jde o státní (centralizované) zdravotnictví, charakterizované hlavně dostupností zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům. V systému fungují soukromé zdravotní služby, jejich podíl roste, také je možné uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Soukromé služby tvoří asi 20% zdravotní péče, mají doplňkový charakter. Část péče je hrazena formou spoluúčasti (léky, zubní péče, poplatky za hospitalizaci)

Výhody Beveridgova modelu⁶

- Obecná dostupnost základní zdravotní péče
- Dostatečná nabídka zdravotních služeb
- Dobře řešená návaznost služeb
- Nízké náklady na zdravotnické služby
- Přiměřená pozornost prevenci

⁵ DURDISOVÁ,J., LANGHAMEROVÁ,J.: Úvod do teorie zdravotní politiky, V Praze: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská, 2001, s. 85

⁶ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 28

- Dobře koordinované zájmy účastníků péče

Nevýhody Beveridgova modelu

- Nedostatek prostředků na investování
- Problémy s financováním v době ekonomické recese
- Dlouhé čekací doby na neurgentní operace
- Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
- Podpora nesoutěživého klimatu
- Různá úroveň nemocnic

4. Socialistický model, Semaškův model

Zdravotnictví je financováno z daní, tedy prostřednictvím státního rozpočtu. Existuje ještě v bývalé SSSR, na Kubě.

výhody Semaškova modelu

- Vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny
- Pozornost věnovaná prevenci
- Vyhovující návaznost služeb
- Racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení

Nevýhody Semaškova modelu

- Nízká výkonnost systému
- Chronický nedostatek prostředků
- Ekonomické brzdy technického rozvoje
- Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
- Zcela nesoutěživé prostředí
- Nízké ekonomické ohodnocení lékařů a zdravotnického personálu

2.3. SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

2.3.1. TYPOLOGIE ZDRAVOTNICKÝCH INSTITUCÍ

Zdravotnické instituce se mohou dělit několika způsoby, podle různých hledisek. Cílem každého dělení je ozřejmit vlastnosti a funkci instituce podle určitého hlediska.⁷

⁷ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 46

1. Dělení podle naléhavosti poskytované péče:

Instituce pro léčbu:

- Urgentní
- Akutní
- Následnou
- Chronickou

2. Dělení podle činnosti instituce:

- Léčebná
- Podpůrná
- Pomocná
- Řídící
- Správní

3. Dělení podle místa poskytování:

- Domácí
- Ambulantní
- Nemocniční
- Ústavní

4. Dělení podle posloupnosti kontaktů institucí (také podle WHO):

- Primární
- Sekundární
- Terciální

Druhy a formy zdravotní péče definuje Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

2.3.2. PRIMÁRNÍ PÉČE

Podle WHO je definována jako poskytování základní (nezbytné) zdravotní péče, která je dostupná za cenu, kterou si stát nebo komunita mohou dovolit a to metodami, které jsou praktické, vědecky ověřené a společensky přijatelné.⁸ Primární péči poskytují lékaři prvního kontaktu. Kategorie lékařů primární péče:

- praktický lékař pro dospělé
- praktický lékař pro děti a dorost
- gynekolog

⁸ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 49

- stomatolog

Do oblasti primární péče v ČR patří poskytování všeobecné lékařské péče, péče o matku a dítě, gynekologická, stomatologická péče, některé druhy preventivní péče – preventivní prohlídky, screening některých nemocí, očkování, domácí péče.

Tento druh péče je dostupný v každé lokalitě ČR, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění, u některých výkonů je spoluúčast nebo přímá platba. (stomatologie). Většina institucí primární péče je soukromá. Lékaři primární péče v případě potřeby odesílají pacienty k vyšetření do zařízení sekundární péče.

2.3.3. SEKUNDÁRNÍ PÉČE

Sekundární péče je specializovaná ambulantní a odborná nemocniční péče (ambulantní, lůžková), která není vysoce specializovaná. Obory sekundární péče jsou např.: chirurgie, neurologie, traumatologie. Sekundární péči poskytují ambulantní zařízení, dnes je většina z nich soukromá. Dále nemocnice, státní i neziskové soukromé.

2.3.4. TERCIÁRNÍ PÉČE

Terciální péče je odborná komplexní a vysoce specializovaná péče, poskytovaná ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Mezi obory terciární péče patří např.: kardiochirurgie, neurochirurgie. Tuto péči poskytují některé velké nemocnice, fakultní nemocnice, nebo speciální výzkumné ústavy zřizované Ministerstvem zdravotnictví např. IKEM. V těchto zařízeních probíhá postgraduální či pregraduální odborná výuka. Tuto péči využívá jen malé procento pacientů, ale většinou se jedná o složitou diagnostickou a velmi nákladnou péči (dialýza, transplantace aj.)

2.4. ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

Zdravotnické zařízení je zařízení, jehož úkolem je poskytovat zdravotní péči. Zdravotnická zařízení se mohou dělit:

1. podle zřizovatele
 - státní (zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány)
 - nestátní (zřizovatelem je kraj, město nebo obec, fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba)
2. podle typu poskytované péče
 - ambulantní zařízení
 - lůžková zařízení

SAMOSTATNÁ AMBULANTNÍ ZAŘÍZENÍ⁹

Mezi tato zařízení spadají:

1. sdružená ambulantní zařízení (polikliniky)
2. zdravotnická střediska
3. samostatné ordinace praktických lékařů
4. ostatní ambulantní zařízení
 - samostatná zařízení psychologa/logopeda
 - samostatná zařízení dalších nelékařů
 - samostatné laboratoře
 - samostatná zařízení transfúzní služby
 - samostatné lékařské služby první pomoci

LŮŽKOVÁ ZAŘÍZENÍ

Lůžková péče poskytovaná v lůžkových zařízeních¹⁰ se může dělit:

1. akutní péče
2. následná péče

Zařízení akutní lůžkové péče charakterizuje ÚZIS (v publikaci Lůžková péče):

- Nemocnice fakultní - Poskytují lůžkovou péči akutní, péči ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech. Mohou výjimečně poskytovat i následnou - ošetrovatelskou péči. Dále poskytují ambulantní péči. Slouží jako vzdělávací zařízení.
- Nemocnice akutní péče – Poskytují lůžkovou péči akutní, následnou péči, ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech. Dále poskytují ambulantní péči.

Zařízení následné lůžkové péče:

- Nemocnice následné péče - Poskytují pacientům ambulantní péči, z lůžkové péče jen ošetrovatelskou a doléčovací péči.
- Léčebny dlouhodobě nemocných – Poskytují specializovanou lůžkovou péči, jsou zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby s déletrvajícími nemocemi.
- Psychiatrické léčebny – Poskytují lůžkovou péči osobám s duševními poruchami. Mohou zajišťovat uložené povinné (či ochranné) léčení, poskytování ambulantní psychiatrické péče a psychoterapie, specializovanou diagnostickou a léčebnou péči.

9 ÚZIS: Síť zdravotnických zařízení [online]. 2013 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-1651. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>

10 ÚZIS: Lůžková péče [online]. 2014 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

- Léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění – Poskytují péči nemocným s plicníma mimoplicním TBC a respiračními nemocemi, pokud jejich stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči.
- Rehabilitační ústavy – Poskytují komplexní dlouhodobou rehabilitační ústavní péči osobám s poruchami hybnosti, event. poruchami jiných funkcí.
- Ostatní odborné léčebné ústavy – Poskytují úzce specializovanou péči v některém z lékařských oborů (např. kliniky plastické chirurgie)
- Ozdravovny – Poskytují za lékařského dozoru a odborného vedení zdravotní péči dětem a zdravotně oslabeným, nebo dětským pacientům v rekonvalescenci při využití klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy.
- Hospice - základem léčby je léčba paliativní, poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení. Jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt.
- Další lůžková zařízení

Do sítě zdravotnických zařízení se řadí také další subjekty, které přímo neposkytují zdravotní péči.

- zvláštní zdravotnická zařízení (kojenecké ústavy a dětské domovy, stacionáře)
- zařízení lékařské péče (lékárny, SÚKL)
- orgány ochrany veřejného zdraví (hygienické stanice, zdravotní ústavy)
- zařízení dalšího vzdělávání
- ostatní zdravotnická zařízení (ÚZIS ČR, Koordinační středisko pro zdravotnické informační systémy, očkovací střediska)

2.4.1. NEMOCNICE

Nemocnice je „lůžkové zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby.“¹¹

Nemocnice plní současně několik funkcí. Poskytují léčebnou péči, diagnostickou péči, specializovanou péči pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Některé nemocnice se podílí na pregraduálním a postgraduálním vzdělávání, klinickém výzkumu a zdravotně výchovné činnosti.

¹¹ Cit. GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví.. Brno: Computer Press, 2003, s. 51

Nemocnice se dělí podle několika hledisek:

1. Podle průměrné délky ošetrovací doby:
 - nemocnice pro akutní péči (průměrná délka hospitalizace jednoho hospitalizovaného pacienta většinou nepřekračuje 30dní)
 - nemocnice pro dlouhodobě nemocné
2. Podle počtu lůžek:
 - malé (do 300 lůžek)
 - střední (300-600 lůžek)
 - velké (nad 600 lůžek)
3. Podle typu vlastnictví:
 - zařízení ve vlastnictví a správě státu (fakultní, vojenské)
 - veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě kraje, města nebo obce, mají neziskový charakter
 - soukromé nemocnice neziskového charakteru ve správě církví, neziskových organizací
 - soukromé nemocnic typu akciová společnost a jiných typů firem, založené na podnikatelském principu
4. podle převažujícího duhu péče
 - všeobecné
 - specializované¹²

2.5. ZMĚNY VE ZDRAVOTNICTVÍ

2.5.1. VÝVOJ PO VÁLCE

Po roce 1948 došlo k podstatným změnám. Zákon č. 99/1949 Sb., o národním pojištění způsobil, že nemocenské a důchodové pojištění bylo sjednoceno do jednoho povinného systému. Došlo ke znárodnění, znárodněny byly zdravotnická zařízení: lázně, nemocnice a léčebné ústavy, také zdravotnický průmysl i distribuce léčiv.¹³ Zdravotnické služby přešly pod Ministerstvo zdravotnictví. V roce 1951 byly přijaty zákony, zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění a zákone č. 103/1951 Sb., o jednotně preventivní a léčebné péči. Stát těmito zákony dovršil právní a faktické ovládnutí zdravotnictví socialistickým státem. Finanční prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo Ministerstvo zdravotnictví. Zdravotní péče se stala pro občana „bezplatnou“. Byla financována pouze z daní prostřednictvím státního rozpočtu, tedy bez přímé úhrady pacienta. Vznikly krajské ústavy

¹² Kvapilová E., Lůžkový fond nemocnic ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s. 9

¹³ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví., Brno: Computer Press, 2003, s. 34

národního zdraví (KÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, zavodní a nemocniční.¹⁴ Dalším významným zákonem byl zákon 20/1966 Sb. O zdraví lidu základní právní předpis zdravotnického práva v Československu. Vymezoval povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a zásady zdravotnické péče. Od roku 1966 až do roku 1990 nebyl ani jednou změněn (tento zákon byl nahrazen až roku 2011 zákonem č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

2.5.2. VÝVOJ PO ROCE 1989

Po roce 1989 došlo v Československu k transformaci zdravotnictví. Původní socialistický systém zdravotnictví - státem řízený systém, financovaný centrálně z daní se změnil. Vznikl systém zdravotnictví – kde hlavními subjekty odpovědnými za financování a organizování zdravotní péče se staly zdravotní pojišťovny. Pod záštitou Ministerstva zdravotnictví vznikla koncepce systému zdravotní péče, schválena v roce 1990.

Zásady fungování zdravotnictví:

- stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům
- zdravotní péče bude poskytována v konkurenčním prostředí
- občan bude mít právo svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení
- monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno, zdravotní péče pro veřejnost bude poskytována bez ohledu na typ vlastnictví zdravotnického zařízení (státní, obecní, církevní, privátní)
- základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou
- těžištěm léčebné péče bude péče ambulantní (zejména primární)
- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění, prostředky obcí, podniků, obyvatel, atd.)
- nedílnou součástí systému zdravotní péče bude povinné zdravotní pojištění¹⁵

V 90 letech vycházely nové vyhlášky a zákony.

Decentralizaci umožnila vyhláška:

- vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi
legalizovala decentralizace OÚNZ v menší, ekonomicky samostatné celky

¹⁴ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví., Brno: Computer Press, 2003, s. 34

¹⁵KASALOVÁ-DANĀKOVÁ, Šárka. Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 28

Vznik pojišťoven a vytvoření konkurenčního prostředí umožnily vyhlášky:

- zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění (od 1.1.1992)
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (od 1.1.1992)
- zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, vnáší konkurenční prostředí do zdravotního pojištění (od 1.7.1992)

Privatizaci ve zdravotnictví umožnila vyhláška:

- zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních¹⁶

Převod nemocnic z vlastnictví státu na jiné subjekty umožnil zákon:

- zákona č. 290/2002 Sb. Zákon o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách

Od roku 1989 došlo ve zdravotnictví k mnoha reformním krokům. Některé nedokonalé legislativní změny měly řadu negativních dopadů. Po přijetí zákona o zdravotních pojišťovnách stoupl jejich počet na 27. Většina z nich se brzy dostala do finančních potíží a zanikla, nebo se sloučila s jinými pojišťovnami. Zahájení privatizace v roce 1993 vedlo k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. Z 8 000 vzrostl počet na 28 000 v roce 2009. V 90 letech se také změnil způsob financování zdravotní péče.

2.6. SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Zdravotnická zařízení vznikala nejdříve nahodile, bez ohledu na potřeby obyvatelstva. Nemocnice spravovaly např. města, obce, soukromí vlastníci, pojišťovny, církve. Nemocnic spravovaných státem bylo málo až do roku 1948, kdy došlo k zestátnění nemocnic.

V roce 1952 přešly zdravotnické služby pod Ministerstvo zdravotnictví, tím se sjednotila síť zdravotnických zařízení. Vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ).

Koncem roku 1989 byly zahájeny práce na vypracování návrhu nového systému zdravotní péče, hlavními principy této koncepce jsou uvedeny výše. Koncem roku 1990 byly zrušeny KÚNZ a zdravotnická zařízení v nich sdružená přešla až na výjimky pod přímé vedení Ministerstva zdravotnictví.

¹⁶KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Šárka. Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 29

Síť zdravotnických zařízení vznikala postupně, měnila se a přizpůsobovala. Na změny má vliv vývoj medicínských technologií, nové lékařské poznatky a postupy léčby. Mezi další faktory patří demografické změny populace, nejčastěji se vyskytující onemocnění. Aktuální podoba sítě zdravotnických zařízení je výsledkem dynamického procesu a nemůže být nahrazena nějakou podobou sítě vzniklou jen „lepší“ administrativním rozhodnutím.¹⁷

Cílem zdravotnictví není tvorba sítě zdravotnických zařízení a její neustálé upravování, ale zajištění dostupnosti zdravotní péče občanům. Za dostupnost zdravotní péče jsou zodpovědné zdravotní pojišťovny. Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví, kteří občané mají nárok na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny jsou povinny pojistit každého občana, který má na toto pojištění nárok. Mají tedy právo i povinnost vytvářet a kultivovat síť svých smluvních zdravotnických zařízení. Volba zdravotní pojišťovny může pro pojištěnce znamenat, určitou ztrátu svobody při volbě lékaře.¹⁸

2.6.1. NEMOCNICE

Zahájit privatizaci ve zdravotnictví umožnil zákona č. 160/1992 Sb. Počet zdravotnických zařízení výrazně vzrostl, hlavně v privátním sektoru. Privatizace nemocnic se ukázala jako problematická. Záměr privatizovat nemocnice převodem na neziskové organizace se nezdařil. V tomto období vznikaly soukromé nemocnice, ale jejich podíl na lůžkovém fondu v ČR byl jen 8,3% z celkové kapacity.¹⁹ Zákon 290/2002 Sb. umožnil převod okresních nemocnic do kompetence krajů. Zdravotnická zařízení se mění na obchodní společnosti kvůli velké zadluženost nemocnic. Ve státních zařízeních zůstalo jen 30 % veškeré nemocniční lůžkové kapacity.

Nemocnice získávají větší samostatnost, ale také se dostávají do složité ekonomické situace. Příčinou je růst cen vstupů, také růst počtu ekonomicky náročných výkonů a investice do technického vybavení nemocnic.

¹⁷ VEPŘEK, Jaromír, Pavel VEPŘEK a Jaroslav JANDA. Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 151

¹⁸ VEPŘEK, Jaromír, Pavel VEPŘEK a Jaroslav JANDA. Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 152

¹⁹ GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, s. 111

Tab.1: Uvádí celkový počet nemocnic a počet nemocnic akutní péče

rok	nemocnice	
	celkem	akutní
2013	161	156
2012	169	156
2011	189	158
2010	189	159
2009	191	163
2008	192	164
2007	192	165
2006	191	164
2005	195	x
2004	197	x
2003	201	x
2002	201	x
2001	202	x
2000	211	x

ÚZIS Praha, Síť zdravotnických zařízení roky 2000-2013²⁰

X – údaj není uveden

2.6.2. LŮŽKOVÝ FOND NEMOCNIC

Lůžkový fond se mění a vyvíjí spolu se sítí zdravotnických zařízení.

Po 2. světové válce lůžková kapacita nemocnic rychle narůstala zhruba do poloviny šedesátých let. Od roku 1965 se počet nemocničních lůžek až do roku 1990 příliš neměnil. Počet lůžek v tomto období byl určován centrálně, stagnace počtu od poloviny šedesátých let souvisí s ekonomickými problémy. Na přelomu 80 a 90 let minulého století připadalo největší počet lůžek 133 na 10 000 obyvatel. Kvalita poskytované péče socialistického zdravotnictví se hodnotila především podle kvantitativních ukazatelů.

V devadesátých letech bylo zřejmé, lůžkový fond nemocnic je špatně strukturován. Počet lůžek akutní péče byl nadbytečný, počet lůžek ošetrovatelských naopak nedostatečný. Zrušení některých oddělení akutní lůžkové péče nebo jejich převedení na ošetrovatelská zařízení se

²⁰ ÚZIS: Síť zdravotnických zařízení [online]. 2013 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-1651. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>

nepodařilo. Záměr narazil na silný odpor ze strany ohrožených nemocnic, místních samospráv a dodavatelských lobby.²¹

Záměr vlády snížit počet akutních lůžek o 20 000 a vytvořit 11 000 lůžek ošetrovatelských byl schválen v roce 1997. Dále mělo být zrušeno 11 nemocnic a 39 nemocnic mělo být přeměněno na ošetrovatelská zařízení.²²

Přesto v devadesátých letech začal mírný pokles počtu lůžek, nejvýrazněji v nemocnicích. V roce 1997 byla zahájena výběrová řízení na poskytování akutní lůžkové péče, na základě zákona č.48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění. Bylo vyhlášeno na návrh VZP a konala se odděleně pro základní lůžkovou zdravotní péči a zvlášť pro specializovanou a vysoce specializovanou péči. Začal proces regulovaného poklesu nemocničních lůžek, jehož stanoveným cílem bylo 5 lůžek akutní péče na 1 000 obyvatel. Výběrová řízení byla založena na analýze průměrné doby hospitalizace a využívání lůžkové kapacity.

Účelem regulace lůžkového fondu bylo snížení nákladů. Redukce lůžek ale snížení nákladů nepřinesla a výběrová řízení byla zastavena v roce 1998.²³

Původní záměr transformovat lůžka akutní na ošetrovatelská, ani záměr zrušit nebo změnit nemocnice na zařízení následné péče nebyl splněn. Výběrová řízení byla promarněným pokusem o restrukturalizaci lůžkové péče. Státní správa přesunula zodpovědnost rušení za zdravotnických zařízení na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, která řízení vypsal.²⁴

V letech 1989-2009 klesla lůžková kapacita v nemocnicích téměř o 26%. Na snížení celkového lůžkového fondu se v největší míře podílel pokles počtu lůžek v nemocnicích.²⁵

Důvodem pro redukci lůžkového fondu jsou především omezené finanční prostředky. Nárůst cen služeb a dalších vstupů zdražují zdravotní péči. Snižování počtu lůžek umožňuje především celkový vývoj medicíny. Nové technologie a nové léčebné postupy šetrnější pro pacienty zkracující dobu pobytu pacienta na akutním lůžku. Zákroky se také častěji provádí ambulantně a hospitalizace není vůbec nutná.

Tendence v oblasti lůžkové péče je vznik a rozšiřování sítě zařízení domácí zdravotní péče. Probíhá především ve velkých městech a umožňuje redukci akutních lůžek.

²¹ VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., a JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 39

²² VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., a JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 39

²³ HOLUB, J.: Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2005, s. 47

²⁴ VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., a JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 40

²⁵ KASALOVÁ-DANĀKOVÁ, Š.: Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 31

2.6.3. POČET LŮŽEK

Pro restrukturalizaci lůžkové péče se často uvádí jako důvod výsledek srovnání ukazatelů v zemích OECD a v ČR. Zdravotnické systémy v těchto zemích se v mnoha směrech liší způsobem financování, typem zdravotnického systému apod. Srovnávání jednotlivých ukazatelů může být zavádějící, hlavní rozdíl je v jejich definici a klasifikaci.

Při srovnávání ukazatelů je nutné brát v úvahu:

- vymezení pojmu nemocniční lůžko
- vymezení pojmu „akutní lůžko“, lůžko pro „dlouhodobě nemocné“ a kvantitativní poměr mezi nimi²⁶
- počet lůžek v léčebnách
- počet lůžek v zařízeních sociální péče

Lůžka zařazená k následné péči v ČR, jsou v mnoha Evropských zemích řazená k akutní péči.

Tab. 2: Uvádí celkový počet lůžek a počet lůžek akutní péče v ČR

rok	lůžka	
	celkem	akutní
2013	56 807	54 223
2012	58 832	56 262
2011	60 336	57 756
2010	62 219	59 702
2009	62 992	60 634
2008	63 263	60 915
2007	63 662	61 338
2006	64 174	61 766
2005	65 022	62 655
2004	65 488	63 277
2003	66 492	64 332
2002	66 668	64 883
2001	66 818	65 337
2000	67 457	66 006

ÚZIS Praha, Lůžková péče roky 2000-2013²⁷

Mezinárodní srovnání a rozdíly zjištěné v hodnotě srovnávaných ukazatelů by měly vést k zamyšlení a přispět k návrhu dalšího postupu. Reforma lůžkové péče musí vycházet z podrobné analýzy potřeb lůžkové péče v zemi a v jednotlivých územních celcích. Využití

²⁶ Kvapilová, E.: Lůžkový fond nemocnic ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s.21

²⁷ ÚZIS: Lůžková péče [online]. 2014 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

lůžkového fondu, poptávka po lůžkách a ekonomické možnosti státu by měly určovat velikost a charakter lůžkového fondu.²⁸

Ministerstvo zdravotnictví doporučilo indexy počtu lůžek pro jednotlivé hlavní obory na 1000 obyvatel (tabulka 3). Jako cílový stav bylo stanoveno dosažení počtu cca 54 000 lůžek na pracovištích pro akutní péči a cca 28 000 - 30 000 lůžek pro dlouhodobou péči.

Tab. 3: Index počtu lůžek pro jednotlivé hlavní obory na 1000 obyvatel dle MZ

interna	1,13	chirurgie	0,86
infekce	0,2	ortopedie	0,17
TRN	0,14	urologie	0,13
neurologie	0,28	ORL	0,15
pediatrie	0,56	oftalmologie	0,13
gynekologie-porodnictví	0,62	dermatovenerologie	0,1

Pro obory specializované péče je souhrnný index 0,5.

2.6.4. TRENDY V OBLASTI LŮŽKOVÉ PÉČE

V posledních letech je možné pozorovat některé obecné trendy ve vývoji nemocniční péče v České republice i v jiných průmyslově vyspělých zemích Evropy.

- Snaha optimalizovat lůžkový fond
- Snižuje se průměrná délka ošetrovací doby
- Výkony se z nemocnic přesouvají do ambulantní sféry
- Vzhledem k demografickým změnám je snaha v některých zemích změnit poměr lůžek ve prospěch počtu lůžek dlouhodobé péče
- Hledají se způsoby financování nemocnic, které by motivovaly k posilování kvality a racionálnímu využití prostředků a zvýšení efektivity
- potřebná a lékařsky opodstatněná nemocniční péče by měla být dostupná pro všechny, bez ohledu na platební možnosti
- Rozvoj medicínských technologií, zvyšuje nároky financování nemocniční péče
- Ve všech průmyslově vyspělých zemích probíhá určitá reforma nemocniční péče zaměřená na zvyšování kvality a efektivity

²⁸ STRNAD, L., GLADKIJ, I.: Postavení nemocnic v systému zdravotní péče. Zdravotnictví v České republice. 2000, roč. 3, č. 1-2, s. 35-42. Dostupný z WWW: < <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2-2000.pdf> >.

2.6.5. OŠETŘOVACÍ DOBA

Průměrná délka ošetrovací doby dlouhodobě klesá, v r. 2013 se pohyboval kolem 6,8 dnů. Nejvýraznější pokles byl v letech 1990 až 2000. Na zkracování ošetrovací doby se podílí několik faktorů.

- vybavení zdravotnických zařízení moderní zdravotnickou technikou
- zavádění moderních léčebných metod
- přesun pacientů do zařízení následné péče, specializovaných ošetrovatelských zařízení nebo do domácího prostředí

Za přiměřené se pokládá 85% využití lůžek akutní péče. Využití lůžek se mění v závislosti:

- na počtu lůžek
- na způsobu financování

V letech 1993-1996 byla lůžková péče hrazena výkonově. Využití kapacity stoupalo, ale nerostl objem poskytované lůžkové péče. Od roku 1997 byly zavedeny zálohové platby nemocnicím. Využití lůžek roste a méně významně i objem poskytované péče.

Tab. 4: Uvádí průměrnou ošetrovací dobu v nemocnicích (celkem) a v nemocnicích akutní péče

rok	ošetřovací doba	
	celkem	akutní
2013	6,8	6,5
2012	6,9	6,6
2011	7,2	6,8
2010	7,3	7,0
2009	7,4	7,1
2008	7,4	7,1
2007	7,7	7,4
2006	7,8	7,5
2005	8,0	7,7
2004	8,1	7,8
2003	8,3	8,0
2002	8,3	8,1
2001	8,5	8,3
2000	8,7	8,5

ÚZIS Praha, Lůžková péče roky 2000-2013, Zdravotnická ročenka ČR roky 1993-1998^{29,30}

²⁹ ÚZIS: Lůžková péče [online]. 2014 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

³⁰ ÚZIS: Zdravotnická ročenka [online]. 2014 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/rocenky>

2.7. ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR

Pro rok 2015 je dáno vyhláškou č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015

AMBULANTNÍ PÉČE

1. Praktický lékař

Je péče poskytována lékaři v privátních praxích (soukromých ordinacích, ambulancí) nebo v rámci nemocnic či větších zdravotnických zařízení. Úhrada za péči je poskytována zdravotní pojišťovnou, na základě měsíčního vyúčtování.

Začátkem devadesátých let byla platba za péči výkonová. Každý výkon byl ohodnocen určitým počtem bodů. Hodnota bodu byla stanovena vyhláškou. To svádělo k provádění nadbytečných výkonů, proto byla zavedena kombinovaná kapitačně - výkonová platba.

- kombinovaná kapitačně - výkonová platba

- Fixní část (kapitační platba)

platba za registrovaného pacienta, nezávislá na počtu návštěv lékaře
je závislá na věku registrovaného pacienta

- Výkonová část

každému výkonu je přiřazena bodová hodnota. Hodnota bodu je dána sazebníkem zdravotní pojišťovny.

počet bodů je přiřazen jednotlivým výkonům vyhláškou MZ.

Základní kapitačně výkonová platba se přepočítá koeficientem, který odpovídá věkové skupině pacienta. Každá věková skupina je jinak riziková. K výpočtu slouží tabulka koeficientů kapitačně výkonové platby.

Každý pojištěnec může být zaregistrován pouze u jednoho praktického lékaře.

Statistika VZP udává průměrný počet pacientů připadajících na jednoho lékaře.

Lékař může mít zaregistrováno maximálně třicet procent pacientů nad tento limit. V případě překročení, se platba krátí degresivním koeficientem. Pro lékaře není výhodné mít příliš vysoký počet registrovaných pacientů. Kvalita péče není pro nedostatek času na každého pacienta nižší. Na druhé straně, omezuje možný počet pacientů úspěšnému lékaři.

2. Ambulantní specialisté

Zahrnuje péči tzv. odborných lékařů. Jde se o velmi početnou skupinu specialistů mnoha oborů. V posledních letech financování prošlo mnoha změnami. V současnosti je péče hrazena výkonově.

- Výkonová platba

hodnota bodu je výsledkem dohadovacího řízení mezi pojišťovny a lékařskou komorou. Pokud nenajdou shodu, vstupuje do jednání vláda. Hodnota bodu je uvedena v sazebníku výkonů, který je vydáván Ministerstvem zdravotnictví.

Každý lékař má limit určený předchozím obdobím. Při překročení limitu je platba regulována. Limit je určen úhradou na jednoho pojištěnce.

NEMOCNIČNÍ PÉČE

- Paušální platba

Nemocnice od roku 1997 jsou financovány tzv. paušální platbou, její výše je stanovena na základě skutečností předcházejícího roku. Většina nákladů nemocnic (asi 75%) jsou fixní náklady a do jisté míry nezávislé na počtu ošetřených pacientů a provedených zdravotních výkonů.

Lůžková péče byla dříve, do roku 1996, hrazena výkonově. Využití lůžek stoupalo, ale nerostl objem poskytované lůžkové péče. Změna nastala po zavedení zálohových plateb v roce 1997.³¹

- DRG

je klasifikační systém, který zařazuje případy akutní nemocniční péče do jednotlivých DRG skupin založených na jejich klinické a nákladové podobnosti na základě tzv. atributů případu. Tento systém úhrady nemocniční péče je založený na platbě za případ. Předpokládá, že léčba pacientů s podobnou diagnózou je stejně nákladná. Zkratka DRG pochází z anglického názvu *Diagnosis Related Group*, který lze přeložit jako „skupiny vztažené k diagnóze“. Nejrozšířenějším důvodem užívání DRG je financování akutní lůžkové péče. V ČR se systém začal uplatňovat v roce 1997 ve vybraných nemocnicích. K financování je částečně používána DRG od roku 2008.

Klasifikační systém DRG umožňuje třídít případy hospitalizace podle toho, zda byla přítomna nějaká přidružená nemoc (komorbidita) či se vyskytla komplikace, která měla vliv na průběh a délku hospitalizace a náklady na ni (případy s CC). Pokud takováto přidružená nemoc nebo komplikace výrazně ovlivnila celkové náklady na léčbu a délku hospitalizace, je označena jako významná (případy s MCC).

³¹ HOLUB, J.: Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2005, s.48

– Case mix index

je index průměrné spotřeby zdrojů na jeden případ pro definovanou jednotku (např. nemocnici, kraj, věkovou skupinu) a období. Jde tedy o průměrnou relativní váhu celého souboru případů. Z jeho hodnoty lze usuzovat, jak náročný je soubor pacientů z hlediska nákladnosti léčby.³²

³² VZP. Ročenky [online]. 2007 [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/rocenka-2007.pdf>

3. DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

3.1. DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE

Dle WHO dostupnost zdravotní péče představuje možnost jedince získat přístup ke zdravotní péči, v případě že zdravotní péči potřebuje. Galdkij definuje dostupnost jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek přístupu³³. Dostupnost zdravotní péče má několik základních dimenzí:

- Geografická dostupnost (místní, časová)
- Ekonomická dostupnost
- Sociální dostupnost

Někteří autoři rozlišují i další typy dostupnosti, např. psychosociální dostupnost (motivace pacienta vyhledat lékaře).³⁴

3.1.1. DOSTUPNOST GEOGRAFICKÁ

Geografická dostupnost se popisuje jako přiměřená vzdálenost od místa výkonu zdravotnické péče. Rozmístění zdravotnických zařízení samo o sobě nezaručuje dostupnost péče. Rozlišují se dvě složky geografické dostupnosti:

- Místní
- Časová

MÍSTNÍ DOSTUPNOST

Popisuje se jako přiměřená vzdálenost místa poskytování zdravotních služeb od místa bydliště. Vzdálenost se uvádí jako dojezdová doba, tedy čas potřebný pro přesun pacienta k lékaři. Udává se čas přesunu automobilem.³⁵ Za zajištění místní dostupnosti odpovídají zdravotní pojišťovny. Jejich povinností je uzavřít smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, tak aby jejich rozmístění zabezpečilo místní dostupnost celého spektra hrazených zdravotních služeb pro každého jednotlivého pojištěnce.

Vliv na tento typ dostupnosti má dopravní obslužnost regionu, hustota osídlení, síť zdravotnických zařízení. Místní dostupnost závisí na rozmístění zdravotnických zařízení v jednotlivých regionech.

³³GLADKIJ, Ivan. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, s. 73

³⁴Ivanová, K.: Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji, Atestační práce, IPVZ 2003, s.14

³⁵Hpi. In: Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče [online]. 2009-2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: [Http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/](http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/)

ČASOVÁ DOSTUPNOST

Definuje se jako nárok pojištěnce na poskytnutí zdravotné péče v určité lhůtě. Lhůta závisí na typu zdravotní péče.

Typy zdravotní péče:

- Neodkladná
- Akutní
- Plánovaná

Neodkladná péče musí být poskytnuta okamžitě, stanovování lhůty pro její poskytnutí je zbytečné. Akutní péče musí být poskytnuta v termínu stanoveném ošetřujícím lékařem. Plánovaná péče neohrožuje život a zdraví. Pro poskytování tohoto typu péče jsou stanoveny maximální čekací doby. Stejně jako u místní i u časové dostupnosti odpovídá pojišťovna za zajištění dostatečné kapacity u jednotlivých poskytovatelů.

Geografická dostupnost je upravena legislativou, nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, předpis č.307/2012 Sb.

3.1.2. DOSTUPNOST EKONOMICKÁ

Definuje se jako schopnost jedince uhradit poskytnutou zdravotnickou službu. V ČR je finanční potupnost zajištěna veřejným zdravotním pojištěním. Vychází z principu solidarity, nezbytná zdravotní péče je hrazena každému pojištěnci, bez ohledu na to, kolik přispívá do zdravotnického systému.

3.1.3. DOSTUPNOST SOCIÁLNÍ

Zabývá se přístupností zdravotní péče pro všechny vrstvy a kategorie obyvatelstva.³⁶ Zdravotní pojišťovna je povinna přijmout a pojistit každého pojištěnce, který se k ní chce přihlásit, pokud má na pojištění nárok. Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění, stanoví okruh osob, které mají nárok na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) vymezuje právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace mj. ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování³⁷, tedy z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.

³⁶ Hpi. In: Koncepce zajisteni dostupnosti zdravotni pece [online]. 2009-2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: [Http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/](http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/)

³⁷ Mpvs. In: Práce a právo [online]. 2015 [cit.2015-04-28]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198_2009

3.2. DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

V MS kraji k 31. 12. 2013 žilo 1 224 000 obyvatel. V kraji je 18 nemocnic, které poskytují akutní lůžkovou péči. Dále 13 LDN, 6 OLÚ a 8 dalších lůžkových zařízení.³⁸

Tab. 5: Uvádí údaje o nemocnicích MS kraje.

počet			
lůžka	hospitalizovaní	využití lůžek (dny)	průměrná oš. doba
akutní péče			
5 470	244 641	260,7	5,8
následná péče			
368	2 814	307,6	39,6
celkem			
5 838	246 868	263,6	6,2

ÚZIS ČR, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013

Moravskoslezský kraj je třetí nejlidnatější kraj ČR. Je tvořen z 6 okresů, v každém z nich je alespoň jedno zdravotnické zařízení poskytující specializovanou (komplexní) péči. Specializovaná péče je poskytována v rozsahu příslušné způsobilosti, včetně lůžkové péče.³⁹ Obory specializované péče jsou například:

- neurologie
- ortopedie
- urologie
- ORL
- dermatovenerologie
- anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče
- plastická chirurgie
- oftalmologie
- psychiatrie

³⁸ Zdravotnictví Moravskoslezského kraje. Praha: ÚZIS, 2014. ISBN 978-80-7472-116-8.

³⁹ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji [online]. 2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, s.7

Ostatní nemocnice poskytují základní lůžkovou péči. Základní obory akutní lůžkové péče:

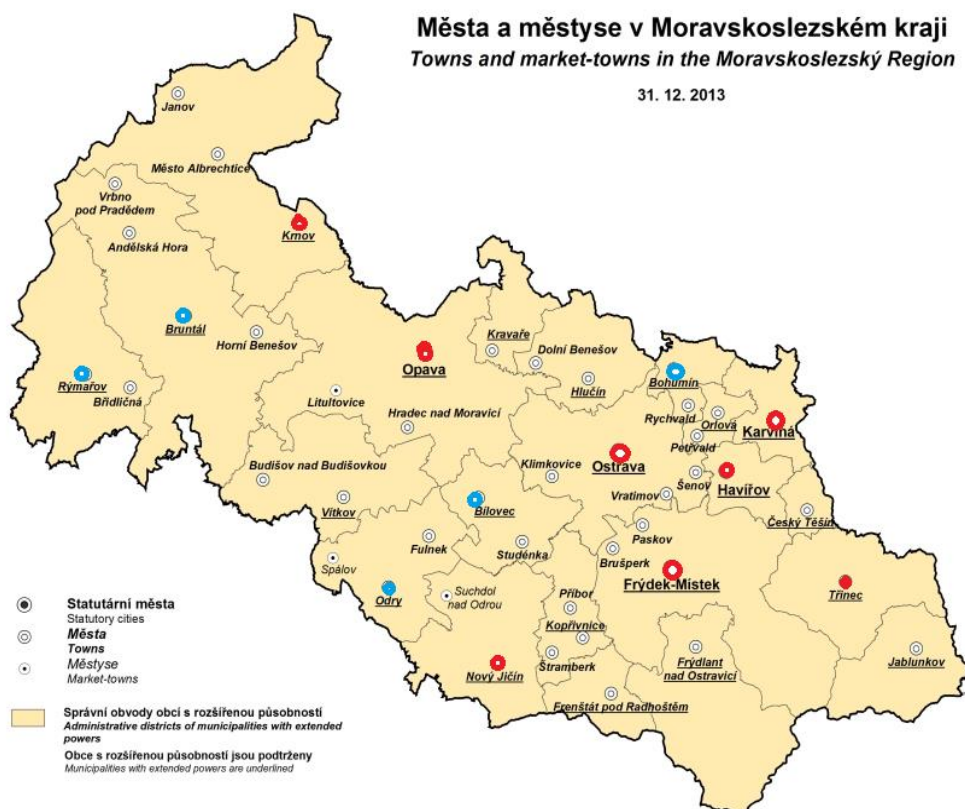
- vnitřní lékařství
- chirurgie
- dětské lékařství
- gynekologie a porodnictví

Ve statutárním městě Ostrava je fakultní nemocnice, která poskytuje také specializovanou a superspecializovanou péči ambulantní a lůžkovou.

Obr. 1: Na následující mapě je zobrazena síť nemocnic MS kraje.⁴⁰

Červeně jsou označena města se ZZ specializované péče

Modře jsou označena města se ZZ základní péče



Zdroj: ČSÚ, Krajská správa ČSÚ v Ostravě, *Mapy a kartogramy*
Označení ZZ vlastní

⁴⁰ ČSÚ: Krajská správa ČSÚ v Ostravě. *Mapy a kartogramy* [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/11288/17822929/33010014mm.jpg/73ce9aa2-9329-4f55-9840-e846ac589a13?version=1.0&t=1423458509001>

Geografická dostupnost zdravotní péče v MS kraji souvisí s hustotou silniční sítě a polohou jednotlivých zdravotnických zařízení. Okres Ostrava-město s největší nemocnicí v kraji FN Ostrava je téměř v centru regionu. Mimo SZZ Krnov v okrese Bruntál jsou ostatní nemocnice, které poskytují komplexní péči rozmístěny v okolí Ostravy.

Tab. 6: uvádí odhad vzdálenosti FN Ostrava a nemocnic specializované péče, orientační dojezdový čas.

ZAŘÍZENÍ	vzdálenost (km)	čas (min.)
Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.	50	52
Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.	30	30
Nemocnice Třinec, p.o.	60	45
Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.	30	35
Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.	40	40
Nemocnice Nový Jičín, a.s.	63	40
Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	30	35
Městská nemocnice Ostrava, p.o.	15	15
Vítkovická nemocnice, a.s.	11	15

Vzdálenost i dojezdový čas (bez provozu) dle odhadu mapy google.

Dojezdová doba ve skutečnosti nezávisí jen na geografické vzdálenosti nemocnice, ale i na kvalitě silnic. Důležité silnice ve stávajícím silničním systému kraje, tvoří hlavní mezinárodní silnice I/11 (E75) Rýmařov – Bruntál – Opava – Ostrava – Český Těšín – Jablunkov a I/48 (E462), která se postupně upravuje na rychlostní komunikaci R48 (Nový Jičín – Frýdek-Místek – Český Těšín). Další důležitá dopravní tepna kraje je dálnice D1, která zajišťuje rychlé spojení v rámci MS kraje a s dalšími regiony ČR a spojení s Polskem.⁴¹

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje příspěvková organizace, zřizovaná MS krajem, je v současnosti druhá největší v ČR. Skládá se z 6 územních odborů, dále členěných do výjezdových základů. Každý odbory zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči ve své spádové oblasti (odpovídá území okresů). Součástí Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje je Letecká záchranná služba v Ostravě. Vrtulník LZS Ostrava slouží v nepřetržitém provozu od roku 2004.

⁴¹ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Silniční síť na území Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/doprava/silnicni-sit-na-uzemi-moravskoslezskeho-kraje-40477/>

Územní odbory: ⁴²

- Bruntál
- Frýdek-Místek
- Karviná
- Nový Jičín
- Opava
- Ostrava

Dojezdová doba ZZS je dána zákonem 374/2011 Sb. Zákon o zdravotnické záchranné službě. V části věnované dostupnosti zdravotnické záchranné služby je stanovena dojezdová doba pro vozidla ZZS 20 minut. Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora. Rozmístění výjezdových základen se plánuje v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území tak, aby místo události bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 min. V další části zákona součinnost poskytovatelů akutní lůžkové péče při poskytování zdravotnické záchranné služby řeší povinnosti poskytovatele akutní lůžkové péče, tak aby byla plynulá návaznost zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu. ⁴³

3.3. KVALITA PÉČE

Nově přijaté zákony a opatření přispívají ke zlepšení kvality zdravotní péče. Česká republika dosáhla v posledních dvaceti letech významných pokroků v této oblasti. Ukazatelem kvality péče je například pokles úmrtnosti pacientů u některých druhů onemocnění, pokles výskytu některých chronických onemocnění. ČR má stále jednu z nejvyšších úmrtností na ischemickou chorobu srdeční a cévní mozkovou příhodu v porovnání se zeměmi OECD (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj). U cévní mozkové příhody je v ČR tato četnost 106,4 na 100 000 obyvatel, průměr v zemích OECD činí 69,1. ⁴⁴ Mezi další opatření k zajištění dostupné a kvalitní péče MZ vydává závazné metodické pokyny. V nich je stanoven postup pro konkrétní diagnózu od přednemocniční péče, až po směřování pacienta na odborné pracoviště. V případě CMP jde o metodický pokyn – péče o

⁴² Zdravotnická záchranná služba MS kraje. Organizační struktura [online]. neuveden [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?mainhref=oNas>

⁴³ Zákony pro lidi. Sbírka zákonů ČR [online]. 2010-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374#p5>

⁴⁴ Vláda České republiky. Ministr zdravotnictví: Kvalita zdravotní péče je pro nás prioritou [online]. 2009-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/ministr-zdravotnictvi-kvalita-zdravotni-pece-je-pro-nas-prioritou--120284/>

pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou.⁴⁵ V něm se mimo jiné uvádějí odborná pracoviště v jednotlivých krajích.

Odborná pracoviště se dělí do 3 kategorií:

- Komplexní cerebrovaskulární centra (KCC)
- Iktové centra (IC)
- Cílový poskytovatel akutní lůžkové péče (způsobilý odborně zajistit poskytování zdravotní péče)

Tab. 7: Tabulka odborných pracovišť a spádových oblastí pro CMP v MS kraji.

OKRES	IC primární spád	KCC sekundární spád
Bruntál Rýmařovsko	SZZ Krnov p.o.	FN Ostrava FN Olomouc (příp.)
Opava	FN Ostrava, Městská nemocnice Ostrava p.o.	FN Ostrava
Nový Jičín	Vítkovická nemocnice a.s.	FN Ostrava
Ostrava-město	Vítkovická nemocnice a.s., Městská nemocnice Ostrava p.o., FN Ostrava	FN Ostrava
Ostrava-Poruba	FN Ostrava	FN Ostrava
Karviná	Karvinská hornická nemocnice a.s., Nemocnice Třinec p.o., Městská nemocnice Ostrava p.o.	FN Ostrava
Frydek-Místek	Nemocnice Třinec p.o., Městská nemocnice Ostrava p.o.	FN Ostrava

Věstník MZ ČR, ročník 2012, částka 10

3.4. SPÁDOVÉ OBLASTI

Spádová oblast zdravotnického zařízení je dána územím, ve kterém se podílí na poskytování zdravotní péče. Velikost spádové oblasti závisí kromě umístění zdravotnického zařízení také na škále poskytované péče. Velké nemocnice např. fakultní nemocnice poskytují

⁴⁵ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Věstník MZ 2012 [online]. 2010 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=16470&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNIC TVI%2010-12.pdf>

v některých oborech specializovanou péčí. Jejich spádovou oblastí v těchto oborech může být celý kraj, celá Česká republika, nebo území ještě větší. Příkladem může být Protonové centrum Praha. MZ může stanovit spádové oblasti pro konkrétní onemocnění proto, aby byla zajištěna dostatečná kvalita zdravotní péče. Příkladem může být výše uvedená akutní cévní mozková příhoda.

SPÁDOVÁ OBLAST FN OSTRAVA

V okrese Ostrava-město žije 304 136 obyvatel (k 1. 1. 2014). Podle doporučení MZ, počet akutních lůžek 5/1000 obyvatel. Tomu odpovídá 1 521 akutních lůžek pro okres Ostrava město.

Ve FN Ostrava bylo v roce 2013 na 1 112 lůžkách hospitalizováno celkem 47 636 pacientů. Spádová oblast každé nemocnice odpovídá pětinasobku počtu hospitalizovaných pacientů za 1 rok. Pro FN Ostrava je spádová oblast 238 180 obyvatel.

Tab. 8: počet hospitalizovaných ve FN Ostrava v roce 2013 podle okresů

OKRES	POČET HOSPITALIZOVANÝCH	POČET HOSPITALIZOVANÝCH (v %)
Bruntál	1 495	3,14
Frydek-Místek	4 578	9,61
Karviná	5 930	12,45
Nový Jičín	4 563	9,58
Opava	6 597	13,85
Ostrava	21 699	45,55
ostatní okresy	2 492	5,23
bezdomovci	39	0,08
cizinci	238	0,50
nezařazeno	5	0,01
celkem	47 636	100,00

FN Ostrava, výroční zpráva 2013

Spádová oblast FN Ostrava je 238 180 obyvatel. Tomu odpovídá 1 191 akutních lůžek při maximálním 100% využití. Při využití 85% je potřeba 1370 akutních lůžek. Rozdíl mezi počtem lůžek aktuálním a vypočítaným je 258 lůžek. FN Ostrava tedy potřebuje o 258 více pro zajištění péče ve své spádové oblasti.⁴⁶

Pro přehlednost uvádím údaje pro FN Ostrava a její spádovou oblast v tabulce 9.

Rozdíl udává: aktuální počet lůžek – počet lůžek při 85% využití

⁴⁶ Rýznar., V.: Strategie, organizace a řízení velkého zdravotnického zařízení. Závěrečná práce PIBS Praha, 2002

Tab. 9: udává počty lůžek ve FN Ostrava

počet lůžek FN Ostrava	
aktuální	1 112
100% využití	1 191
85% využití	1 370
rozdíl	-258

FN Ostrava, výroční zpráva 2013, vlastní výpočty

Rozdíl udává: aktuální počet lůžek – počet lůžek při 85% využití

3.5. DOSTUPNOST SÍTĚ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

Základní péče v MS kraji je dostupná v 18 nemocnicích s akutními lůžky. Z toho 10 nemocnic poskytuje komplexní péči, včetně lůžkové. V každém ze šesti okresů kraje je alespoň jedna nemocnice, která tento druh péče poskytuje. Některé nemocnice v kraji se úzce specializují. Nemocnice Podlesí v Třinci poskytuje specializovanou péči v léčbě kardiovaskulárních onemocnění, je součástí sítě komplexních kardiovaskulárních center MZ ČR.⁴⁷ Nemocnice Nový Jičín a.s. se zaměřuje na onkologii, součástí nemocnice je nadregionální špičkové onkologické centrum - KOC - Komplexní onkologické centrum Nový Jičín. Je součástí sítě třinácti onkologických pracovišť v celé České republice, která splňují náročné požadavky dané Českou onkologickou společností.⁴⁸ Fakultní nemocnice Ostrava získala v roce 2011 CyberKnífe přístroj, který kombinuje výhody chirurgické léčby a ozařování. Je extrémně přesný, podstatně rozšíří možnosti léčby.⁴⁹ Spektrum nabízené péče v nemocnicích MS kraje je velké, často přesahuje regionální charakter.

Dostupnost ZZ úzce souvisí s geografickými podmínkami, dopravní obslužností regionu, hustotou osídlení a počtem a lokalizací zdravotnických zařízení. Většina obyvatel kraje (téměř 60 %), v rámci ČR výjimečné, žije ve městech nad 20 000 obyvatel. Ve statutárním městě Ostrava žije téměř 300 000 obyvatel, zhruba čtvrtina obyvatel kraje.⁵⁰ V horských oblastech

⁴⁷ Nemocnice Podlesí člen skupiny Agel. O nemocnici [online]. 2011-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://nemocnicepodlesi.agel.cz/o-nemocnici.html>

⁴⁸ Nemocnice Nový Jičín člen skupiny Agel. O nemocnici [online]. 2011-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://nemocnicenovyjicin.agel.cz/o-nemocnici.html>

⁴⁹ FNO. CyberKnífe Ostrava [online]. 2009 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://cyberknife.fno.cz/cs/clanky/cyberknife-kybermuz>

⁵⁰ ČSÚ. Charakteristika Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_moravskoslezskeho_kraje

Jeseníků a Beskyd ZZS spolupracuje s Horskou službou, aby přednemocniční péče byla poskytnuta v co nejkratší době. Výstavba dálnice a dalších silnic v posledních letech zlepšila a urychlila spojení mezi jednotlivými oblastmi regionu. Koncentrace obyvatel do větších měst a zlepšování dopravní obslužnosti jsou faktory, které pozitivně ovlivňují dostupnost zdravotní péče. ZZ jsou především v oblastech s vysokou hustotou zalidnění. V kraji se vyskytuje jen málo odlehlých oblastí (Osoblažsko – okr. Bruntál) s horší dostupností péče.

Za dostatečné zajištění zdravotní péče pro své pojištěnce odpovídají zdravotní pojišťovny. Povinností pojišťovny je uzavřít smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, tak aby každý její pojištěnec měl přístup k celému spektru hrazených zdravotních služeb, podle pravidel daných legislativou.

4. OPTIMALIZACE

4.1. LŮŽKOVÝ FOND NEMOCNIC ČR

Nemocnice v Československu původně nevznikaly podle potřeby zdravotní péče, ale jen podle ekonomických možností zřizovatele. Nemocnic spravovaly okresy, města, obce, církevní řády, závody, nemocenské pojišťovny, soukromí majitelé, jen několik jich spravoval stát. V roce 1937 bylo na území tehdejšího státu 271 nemocnic se 48 228 lůžky. Více než 2/3 z nich byly rozmístěny na území dnešní České republiky. Průměrná velikost nemocnic byla asi 178 lůžek.

Po roce 1948 došlo ke znárodnění a nemocnice byly začleněny do ústavů národního zdraví (ÚNZ). Další rozvoj nemocnic a zdravotní péče byl jako v jiných oblastech centrálně plánovaný státem. Počet lůžek rostl v poválečném období rychle. V roce 1965 byl lůžkový fond 84 408 lůžek. Od poloviny 60 let zůstával počet lůžek téměř konstantní. Kvalita zdravotní péče se hodnotila podle využití lůžkového fondu. Důsledkem toho bylo prodlužování ošetrovací doby a nízká výkonnost nemocnic. V roce 1989 bylo v České republice 84 792 lůžek ve 155 nemocnicích.

Reforma zdravotnictví začala téměř ihned po revoluci. Od roku 1989 prošlo zdravotnictví řadou významných reformních změn. Mnohé z nich byly úspěšné, některé jiné nebyly dostatečně připraveny a kromě pozitivních měly i negativní dopady.⁵¹

Snaha o restrukturalizaci se týkala také sítě zdravotnických zařízení a lůžkového fondu. Ukázalo se, vzhledem k pokroku medicínských technologií a zkracování doby hospitalizace je nadbytek akutních a nedostatek ošetrovatelských lůžek.⁵²

Za rozvoj a koncepci zdravotní péče je v ČR zodpovědné ministerstvo zdravotnictví. Cíle zdravotnictví a jeho rozvoje jsou vyjádřeny v příslušné kapitole Vládního programového prohlášení. V roce 1997 MZ zpracovalo informace o síti zdravotnických zařízení. Byl schválen zákon č.48/1997Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Podle § 46 Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím sítě smluvních poskytovatelů. Poskytovatelé zdravotní péče jsou vybíráni prostřednictvím výběrových řízení.

⁵¹ VEPŘEK, J., VEPŘEK P., JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Praha: Grada, 2002, s 18

⁵² VEPŘEK, J., VEPŘEK P., JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Praha: Grada, 2002, s 39

Byl například připraven návrh vyhlášky o minimálních, nepodkročitelných parametrech sítě zdravotnických zařízení⁵³. Ministerstvo zdravotnictví v něm stanoví rozsah minimálního počtu akutních lůžek na 1 000 obyvatel na hodnotu 4,5. Vyhláška zůstala jen ve stádiu návrhu. V následující tabulce je uveden minimální počet lůžek podle koncepce MS kraje.

Tab.10: Návrh minimálního počtu lůžek MS kraje dle jednotlivých oborů

OBOR	POČET LŮŽEK NA 1000 OBYVATEL
interna	1,12
chirurgie	0,85
gynekologie	0,60
pediatrie	0,55
neurologie	0,28
ortopedie	0,20
infekční oddělení	0,21
TRN	0,13
oftalmologie	0,13
urologie	0,13
ORL	0,13

Veřejná správa, Koncepce zdravotní péče MS kraje

4.2. OPTIMALIZACE LŮŽKOVÉHO FONDU

Obecným problémem zdravotnictví je rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní zdravotnictví a tím i rychle rostoucími výdaji a pomalu rostoucími zdroji na jejich pokrytí.⁵⁴

Společenské změny, které probíhají od roku 1989, ovlivňují také oblast zdravotnictví.

Na činnost nemocnic měly vliv některé kroky transformace:

- Změny vlastnických vztahů nemocnic
- Změny ve způsobu financování zdravotní péče
- Výdaje na zdravotnictví

Obecné faktory po roce 1990, které mají vliv na lůžkový fond

- demografické změny jako je stárnutí populace (prodlužování střední délky života, věkové složení, pokles porodnosti, migrace obyvatelstva)
- incidence nemocí (nárůst ICHS, onemocnění plic, cerebrovaskulární onemocnění, nádorové onemocnění)

⁵³ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/.../zdravotnictvi/koncepce_zdravotni_pece.doc

⁵⁴ VEPŘEK, J., VEPŘEK P., JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Praha: Grada, 2002, s 15

- počet hospitalizovaných
- rozvoj technologií v oblasti léčebných a diagnostických postupů (zkrácení délka ošetrovací doby, nárůst nákladů na péči)

Počet nemocnic se v jednotlivých krajích liší. I po redukcí lůžkového fondu musí počet lůžek stačit pro zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče. Při zpracování koncepce zdravotní péče je nutné vycházet z analýzy stávající situace. Je třeba posoudit faktory, které mají vliv na potřebu lůžek z mnoha úhlů. K tomuto účelu bývá vypracována SWOT analýza, ve které se popisují silné, slabé stránky, možnosti a hrozby lůžkové péče. Kapacita a struktura lůžkového fondu je často označována za slabou stránku. Všechny faktory, které mají vliv na potřebu lůžek nelze postihnout.

4.3. OBECNÁ METODOLOGIE

Metody vhodné pro stanovení optimálního počtu lůžek můžeme rozdělit na dva základní typy⁵⁵:

1. Normativní
2. Induktivní

Normativní metody

jsou založeny na stanovení normativů (předpis, ustanovení, pravidlo). Normativy jsou stanoveny centrálními orgány na základě koncepce zdravotní politiky státu. Tato metoda se používala především v systému centrálního plánování, ale i dnes je využívána v mnoha evropských státech.

Klady metody: normativy jsou přesně definované, jednoduché, usnadňují tvorbu koncepce na nižších úrovních řízení

Zápory metody: nezohledňují specifické podmínky regionů, jsou subjektivní (definované jednotlivcem nebo malou skupinou odborníků)

Induktivní metody

vyvozují závěry na základě analýzy stavu a konkrétních podmínek. Metoda zohledňuje faktory, které ovlivňují potřebu lůžek na základě prognózy vývoje těchto faktorů.⁵⁶

Podmínkou pro poskytování kvalitní zdravotní péče jsou zdravotnická zařízení s dobrým technickým a technologickým vybavením. Tedy i dostatečným počtem a strukturou lůžek. Pro stanovení optimálního lůžkového fondu by bylo nejvýhodnější kombinovat oba typy metod.

⁵⁵ STRNAD, L.: Rozborové metody v řízení zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.,s. 95

⁵⁶ Zdravotnictví v České republice: Potřeba nemocničních lůžek a optimalizace využití lůžkového fondu: metodologické přístupy k jejich určování. [online]. 1998 [cit. 2015-04-29]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2-1998.pdf>, s.35-39

Pomocí induktivních metod sledovat změny důležitých faktorů a upřesňovat stanovené normativy.

4.4. ROZHODOVACÍ PROBLÉMY

Rozhodovací procesy je proces řešení rozhodovacích problémů. Problém obecně je existující odchylka mezi skutečným a žádoucím stavem. Rozhodování je proces výběru mezi variantami, rozhodovací problémy mají dvě nebo více variant řešení.⁵⁷

Rozhodování, resp. řešení rozhodovacích problémů probíhá na všech úrovních řízení. Problémy na různých úrovních se liší svojí složitostí. Podle složitosti se mohou dělit na:

- dobře strukturované
- špatně strukturované

Dobře strukturované rozhodovací problémy se nejčastěji vyskytují na operativní úrovni řízení. Je pro ně charakteristické, že se opakují a pro jejich řešení existují rutinní postupy. Proměnné se dají kvantifikovat.

Špatně strukturované rozhodovací problémy se týkají hlavně vyšších úrovní řízení. Jsou do určité míry nové a neopakovatelné. Řešení může ovlivnit více faktorů vnějších i vnitřních, některé z nich nejsou přesně známy. Jen některé proměnné se dají kvantifikovat, další jsou kvalitativní povahy.⁵⁸

Většina problémů je kombinací obou typů rozhodovacích problémů.

4.5. VÝBĚR METODY

Při řešení rozhodovacího problému je důležité vybrat metodu vhodnou k řešení. Volba metody závisí na informacích, které jsou k dispozici, na délce časového období pro předpověď. Nevhodná metoda může vést k nesprávnému závěru a způsobit zvýšení nákladů, nebo zhoršení výkonnosti.

Také se může zvolená metoda ukázat jako nevhodná až v průběhu rozhodování např. kvůli nedostatku vstupních informací.

Dále jsou uvedené metody, které jsou vhodné pro optimalizaci lůžkového fondu. Je uvedena stručná charakteristika metody a situace, pro kterou je metoda vhodná.

⁵⁷ FOTR, Jiří a Lenka ŠVECOVÁ. Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje. 2., přeprac. vyd. Praha: Ekopress, 2010, s. 20

⁵⁸ FOTR, Jiří a Lenka ŠVECOVÁ. Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje. 2., přeprac. vyd. Praha: Ekopress, 2010, s. 30

4.6. METODY

4.6.1. DETERMINISTICKÁ METODA

Deterministické metoda vychází z empirických vzorců. Pro stanovení optimálního počtu lůžek se využívají informace o vzájemném vztahu mezi:

- počtem lůžek
- průměrnou ošetrovací dobou
- počet obyvatel

Je jednou z nejvyžívanějších metod v USA pro výpočet lůžkového fondu, označovaný jako Hill-Burtonův vzorec.

$$L = [H \times (D + 1) / (365 \times V)] \times (H_i / H)$$

Význam symbolů ve výše uvedené funkci je následující:

L = předpovídaný nezbytný počet nemocničních lůžek

H = Průměrný počet pacientů ve sledovaném období

H_i = Předpokládaný počet hospitalizovaných pro předpovídané období

D = Průměrná délka ošetrovací doby

l = Čas nezbytný k tomu, aby bylo nemocniční lůžko připraveno na přijetí nového pacienta

V = Plánovaná procentuální využitelnost lůžek

Jde o jednoduchou a přehlednou metodu, která vychází ze snadno dostupných údajů. Nevýhodou je, že nebere v úvahu faktory, které mohou ovlivnit potřebu lůžkové péče. Nebere v úvahu náhodný charakter obsazování lůžek a variabilitu délky ošetrovací doby. Je vhodná v případech, kdy poptávka po nemocničních lůžkách zhruba odpovídá skutečné potřebě. Je tedy dobře využitelná zejména v krátkodobém horizontu, kdy je potřeba vypracovat prognózu počtu zdravotnických lůžek jednotlivých zdravotnických zařízení či ještě lépe jejich konkrétních oddělení.⁵⁹

⁵⁹ Kvapilová E., Lůžkový fond nemocnic ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s. 40

4.6.2. METODA REGRESNÍ ANALÝZY

Regresní analýza je metoda, pomocí které se hodnota náhodné veličiny (tzv. závisle proměnné) odhadne na základě znalosti jiných veličin (nezávisle proměnných).

Pro případ lůžkového fondu je:

závislá proměnná - počet nemocničních lůžek

nezávislá proměnná - faktory které ovlivňují potřebu nemocničních lůžek (demografické faktory, poptávka po určitém druhu péče). Pro ověření významnosti paramentů rovnice se používá metoda nejmenších čtverců.

Vzorec pro výpočet pomocí regresní analýzy⁶⁰:

$$L = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n \pm e$$

Význam symbolů:

L = předpovídaný nezbytný počet nemocničních lůžek

a = absolutní člen rovnice

b₁, b₂ = koeficienty vyjadřující vliv jednotlivých faktorů na spotřebu nemocničních lůžek

e = přípustná odchylka odhadu

Výpočty touto metodou se provádějí pomocí specializovaného statistického software, protože vyžadují velký počet matematických operací.

Metoda regresí analýzy je vhodná pro stanovení počtu nemocničních lůžek pro region nebo celou zemi. K výpočtům se používají data historická a současná. Nejlepší výsledky dosahuje především pro plánování krátkodobých a střednědobých časových horizontů. Pro dlouhodobé plánování není nejvhodnější, protože se faktory, které ovlivňují potřebu lůžek se mohou výrazně změnit.

V minulosti byla použita například pro stanovení počtu nemocničních lůžek ve Finsku v roce 1972⁶¹.

⁶⁰, Kvapilová E., Lůžkový fond nemocnic ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s. 43

⁶¹ Kvapilová E., Lůžkový fond nemocnic ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s. 43

4.6.3. STOCHASTICKÉ METODY

Stochastické metody pracují s náhodnými jevy, které podléhají zákonům pravděpodobnosti.

Náhodnými jevy jsou délka hospitalizace a hospitalizace samotná. Umožňuje určit počet hospitalizovaných osob, jejich počet se řídí tzv. Poissonovým rozdělením pravděpodobností. Používá se v případech, kdy je malá pravděpodobnost výskytu jevu v jednotlivém pokusu (řídce výskyt jevu) a soubor počtu pozorování je velký.⁶²

$$P(H, O) = e^{-\lambda} \frac{\lambda^H}{H!}$$

P(H,O).....pravděpodobnost, že z O obyvatel bude hospitalizováno H osob

λ parametr rozdělení určený statisticky, konstanta

obecně λ (lambda) - je střední hodnota počtu výskytů jevu za jednotku času

V případě lůžkového fondu se potřebný počet lůžek pro oddělení určí s pomocí tabulky četností. V tabulce je uveden počet obsazených lůžek a počet dnů, ve kterých byl tento počet lůžek obsazen (oddělení s 50 lůžky: má obsazeno 48 lůžek po dobu 50 dnů, 45 lůžek po dobu 59 dnů apod.), relativní četnost a kumulativní četnost. Optimálního lůžkového fondu se vypočte podle vzorce⁶³:

$$\text{průměrný počet obsazených lůžek} * \sigma * \alpha$$

σsměrodatná odchylka

α koeficient spolehlivosti

Metoda je vhodná pro výpočet lůžkového fondu jednotlivých oddělení. Neberu v úvahu faktory, které mají vliv na potřebu lůžek, proto je vhodná pro krátkodobé plánování.

⁶² Zdravotnictví v České republice: Potřeba nemocničních lůžek a optimalizace využití lůžkového fondu: metodologické přístupy k jejich určování. [online]. 1998 [cit. 2015-04-29]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2-1998.pdf>, s.35-39

⁶³ Kvapilová E., Lůžkový fond nemocnic ČR, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s.45

4.6.4. SIMULAČNÍ MODELY - METODA MONTE CARLO

Metoda Monte Carlo je statistický model simulace náhodných procesů. K simulaci se využívají specializované počítačové programy.

Podstatou metody je modelování, pomocí mnohokrát opakovaných náhodných pokusů vytváří stovky variant řešení a vypočítá kritérium hodnocení pro každou variantu. Kritérium hodnocení je vybraná charakteristika, pro optimalizaci lůžkového fondu např.: náklady na lůžko. Na zvolené kritérium hodnocení mají vliv některé faktory, které je nutné stanovit (výše platby pojišťovny, počet lůžek). Mezi kritériem hodnocení a jednotlivými faktory existuje závislost. Výsledkem simulací je střední hodnota kritéria hodnocení. Výsledky bývají často v grafické i v číselné podobě.⁶⁴

4.6.5. METODY EXPERTNÍHO HODNOCENÍ - METODA DELPHI

Metody expertního hodnocení jsou založeny na úsudku odborníků. Vybraní odborníci odpovídají na soubor otázek vypracovaných pro řešení konkrétního problému. Otázky jsou pokládány zvoleným expertům, kteří odpovídají individuálně, anonymně, aby nedocházelo ke vzájemnému ovlivňování. Dotazování probíhá v několika kolech. Na základě výsledků je stanoven odhad budoucího vývoje.

4.6.6. SHRUTÍ JEDNOTLIVÝCH METOD

Každá z uvedených metod má své přednosti i nedostatky. Není možné určit jednu metodu, která je pro stanovení optimálního lůžkového fondu nejlepší. V různých regionech, nebo zemích se používají odlišné metody, ve většině případů vychází ze stejných vstupních dat.

⁶⁴ FOTR, Jiří a Lenka ŠVECOVÁ. Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje. 2., přeprac. vyd. Praha: Ekopress, 2010, s. 289

4.7. MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ

Moravskoslezský kraj je geograficky velice rozmanitý region. Na západě je masiv Hrubého Jeseníku. Hornatina postupně přechází do Nízkého Jeseníku a náhorní plošiny Oderských vrchů. Střední část kraje je charakteristická hustě osídleným nížinatým terénem Opavské nížiny, Ostravské pánve a Moravské brány. Směrem na jihovýchod krajina získává horský charakter, pohoří Beskyd – u slovenské hranice Moravskoslezských, Slezských Beskyd na hranici s Polskou republikou.

Kraj leží na severovýchodě České republiky, větší část v Českém Slezsku zbývající část na severní Moravě⁶⁵. Na severu a východě hraničí s polskými vojvodstvími, na jihovýchodě se Slovenskem. Na jihu s krajem Olomouckým a v krátkém úseku se Zlínským.

Moravskoslezský kraj tvoří 6 okresů – Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava-město. Svou rozlohou 5 427 km² se řadí na 6. místo mezi všemi kraji. Sídlním městem kraje je statutární město Ostrava.

Moravskoslezský kraj je počtem necelých 1 224 tis. obyvatel třetí nejlidnatější v ČR. V kraji je jen 300 obcí, řadí se k regionům s nejmenším počtem sídel. Tomu odpovídá i hustota osídlení 225 obyvatel na km², pro celou ČR je to 133 obyvatel na km².

Největší procento obyvatel (60%) žije ve městech nad 20 tisíc obyvatel, v ČR je to výjimečné. Téměř 25% obyvatel žije v obcích od 500 do 4 999 obyvatel. V krajské metropoli Ostravě žije téměř 300 tis. obyvatel, tj. zhruba čtvrtina obyvatel kraje.⁶⁶

Tab. 11: uvádí rozlohu, střední stav obyvatel a hustotu zalidnění v jednotlivých okresech MS kraje k 31. 12. 2013

Území	Rozloha (km ²)	Střední stav obyvatel	Hustota obyvatel na 1 km ²
Bruntál	1 536,5	95 563	62
Frýdek - Místek	1 208,2	212 508	176
Karviná	356,2	259 619	725
Nový Jičín	881,7	151 927	172
Opava	1 112,9	176 961	159
Ostrava - město	331,5	327 345	986
MS kraj	5 427,1	1 223 923	225
ČR	78 867,1	10 510 719	133

ČSÚ, Kraje České republiky – 2013, Moravskoslezský kraj (dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/moravskoslezsky-kraj-8128>)

⁶⁵ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Geografické informace [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://o-kraji.kr-moravskoslezsky.cz/geograficke_informace.html

⁶⁶ Krajská správa ČSÚ v Ostravě. Charakteristika Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_moravskoslezskeho_kraje

4.7.1. DOSAVADNÍ OPTIMALIZACE V MS KRAJI

Ke snižování počtu lůžek, dochází stejně jako v jiných krajích, již mnoho let. Mezi roky 2000 a 2010 se zmenšil počet lůžek v kraji o 1556. V krajských nemocnicích klesl počet akutních lůžek o 744 a v ostatních nemocnicích kraje o 812 lůžek. V dalších letech počet lůžek klesl o 444, v krajských nemocnicích o 217, v ostatních o 227.

K redukci počtů lůžek přispívají požadavky zdravotních pojišťoven, které usilují o efektivní využívání finančních prostředků ve zdravotnických zařízeních.

V MS kraji jsou tři dominantní zdravotní pojišťovny, Všeobecné zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Revírní bratrské pokladna. V roce 2012 požadovaly zdravotní pojišťovny další redukci o 531 lůžek. S tímto počtem nesouhlasili zástupci kraje, jednání s pojišťovnami nakonec vedlo k dohodě a snížení počtu lůžek jen o 159. Zástupci MS kraje nesouhlasili s další redukcí a snaží se o zachování počtu lůžek.⁶⁷

Tab. 12: Počet lůžek a nemocnic v MS kraji

rok	lůžka	nemocnice
1994	9 973	x
1995	9 265	23
1996	8 884	23
1997	8 719	23
1998	8 513	23
1999	8 332	23
2000	7954	22
2001	7792	20
2002	7877	20
2003	7740	19
2004	7625	18
2005	7456	18
2006	7353	18
2007	7215	18
2008	7026	18
2009	6666	18
2010	6528	18
2011	6282	18
2012	6013	18
2013	5838	18

x- údaj neuveden

Krajská správa ČSÚ v Ostravě, Časová řada - vybrané ukazatele za MS kraj, č.4., dostupné z: (https://www.czso.cz/csu/xt/casova_rada_vybrane_ukazatele_za_moravskoslezsky_kraj) (údaje za roky 1993–2004 nejsou přepočteny na území kraje platné od 1. 1. 2005)

⁶⁷ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Optimalizace a restrukturalizace lůžkového fondu krajských zdravotnických zařízení [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/-25086>

4.7.2. CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

V moravskoslezském kraji bylo k 31. 12. 2013 celkem 18 nemocnic z toho 9 nemocnic soukromých. V každém okrese je alespoň jedna nemocnice která poskytuje komplexní lůžkovou péči. Ve statutárním městě Ostrava je fakultní nemocnice, která poskytuje specializovanou (komplexní) i vysoce specializovanou zdravotní péči.

Tab. 13: uvádí nemocnice akutní péči MS kraje

OKRES	NEMOCNICE
Bruntál	SSZ Krnov p.o.
	Podhorská nemocnice a.s.
Frýdek-Místek	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
	Nemocnice Třinec, p.o.
	Nemocnice Podlesí, a.s.
Karviná	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.
	Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
	Bohumínská městská nemocnice, a.s.
	Nemocnice Český Těšín, a.s.
Nový Jičín	Karvinská hornická nemocnice, a.s.
	Nemocnice Nový Jičín, a.s.
	Bílovecká nemocnice, a.s.
Opava	Městská nemocnice v Odrách, p.o.
	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.
Ostrava-Město	Fakultní nemocnice Ostrava
	Městská nemocnice Ostrava, p.o.
	VÍTKOVICKÁ nemocnice a.s.

*Podhorská nemocnice a.s. má dvě pracoviště – Rýmařov a Bruntál.
Sestaveno podle: ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje*

Tab. 14: uvádí počet hospitalizovaných v ČR, v MS kraji a v okresech MS kraje v roce 2013

kraj/okres	hospitalizovaní	průměrná oš. doba
Bruntál	18 909	5,5
Frydek-Místek	47 489	5,5
Karviná	43 818	7,3
Nový Jičín	24 337	6,6
Opava	23 186	5,3
Ostrava město	89 130	6,4
MS kraj	246 868	6,2
ČR	2 156 522	6,8

ÚZIS, Lůžková péče 2013

<http://www.uzis.cz/system/files/lupe2013.pdf>

4.8. VÝPOČET

Ukazatele využití lůžkového fondu charakterizují činnost lůžkového zařízení.

Využití lůžkového fondu (obložnost) se udává ve dnech, nebo v procentech skutečné, nebo maximální lůžkové kapacity. Využití lůžek souvisí i s průměrnou dobou hospitalizace. Čím kratší je průměrná doba hospitalizace, tím častější je prostoj mezi propuštěním a přijetím dalšího pacienta na lůžko.

Srovnáváním údajů jednotlivých zdravotnických zařízení se zabývá ÚZIS. Podkladem pro srovnání statistických údajů o lůžkovém fondu zdravotnických zařízení ČR a jeho využití v roce 2013 byl výkaz L (MZ) 1 -02 s jeho přílohami.⁶⁸

⁶⁸ ÚZIS. Výkazy [online]. 2010-2014 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/1102_help_14.pdf

4.8.1. VÝPOČET DLE VZORCŮ POUŽÍVANÝCH ÚZIS

- Využití lůžek ve dnech maximální kapacity (dny)⁶⁹

Průměrný denní počet lůžek - uvádí průměrný počet dnů v roce, kdy je lůžko obsazeno pacientem

$$= \frac{\text{ošetřovací dny}}{\text{průměrný denní počet lůžek}}$$

- Využití lůžek v % skutečné lůžkové kapacity⁷⁰

$$= \frac{\text{ošetřovací dny} * 100}{\text{skutečný počet lůžek}}$$

- Průměrná ošetřovací doba

$$= \frac{\text{ošetřovací dny}}{\text{hospitalizovaní}}$$

- Varianta vzorce pro výpočet využití lůžek (v %)⁷¹:

$$= \frac{100 * \text{hospitalizovaní} * \text{průměrná ošetřovací doba}}{365 * \text{průměrný denní počet lůžek}}$$

- Vzorec po úpravě, výsledkem je požadovaný počet lůžek:

$$= \frac{100 * \text{hospitalizovaní} * \text{průměrná ošetřovací doba}}{365 * \text{konstanta}}$$

konstanta – udává požadované využití lůžek (v %)

⁶⁹ průměrný denní počet lůžek provozu schopných = skutečná lůžková kapacita / počet dnů ve sledovaném období

⁷⁰ průměrný počet stanovených lůžek x počet dnů sledovaného období – počet dnů vyřazení lůžek z provozu

⁷¹ Skibová, J.: Možnosti statistické analýzy vybraných ukazatelů činnosti zdravotnického zařízení a její využití pro management, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998, s.16

4.8.2. VÝPOČET PPIBS

Jde o jednoduchou metodu určení velikosti lůžkového fondu. Metoda je orientační, normativní, výpočet je z práce doc Rýznara.⁷²

Výpočet vychází z počtu hospitalizovaných v nemocnici a průměrné délky hospitalizace. Předpokládá 85% využití lůžkového fondu

- Vzorec pro 100% využití lůžkového fondu:

$$L = \frac{\text{hospitalizovaní} * \text{průměrná ošetrovací doba}}{365}$$

- Vzorec pro 85% využití lůžkového fondu:

$$PPIBS = L * 1,15$$

L..... počet lůžek (v obou vzorcích)

⁷² Rýznar., V.: Strategie, organizace a řízení velkého zdravotnického zařízení. Závěrečná práce PPIBS Praha, 2002

4.8.3. VÝPOČET DLE SPÁDOVÉ OBLASTI

Spádová oblast každé nemocnice obecně odpovídá pětinasobku počtu hospitalizovaných nemocných za 1 rok. Předpoklad vychází ze skutečnosti, že v ČR je hospitalizováno ročně průměrně 20% obyvatel. Výpočet dále vychází z doporučení MZ na počet lůžek na 1000 obyvatel (5/1000). A lůžkovou kapacitu počítá pro 85% využití lůžkového fondu.⁷³

- Spádová oblast:

Výpočet vychází ze skutečnosti, že v ČR je hospitalizován ročně průměrně 20% obyvatel.

$$\text{spádová oblast} = \text{počet hospitalizovaných} * 5$$

- Počet lůžek při 100% využití kapacity:

Vychází z doporučení MZ na počet lůžek na 1000 obyvatel (5/1000)

$$MK = \frac{\text{počet hospitalizovaných} * 5}{1000}$$

MK – lůžková kapacita využitá na 100%

- Počet lůžek při 85% využití kapacity:

$$PK = MK * 1,15$$

PK – lůžková kapacita využitá na požadovaných 85%

⁷³ Rýznar., V.: Strategie, organizace a řízení velkého zdravotnického zařízení. Závěrečná práce PIBS Praha, 2002

4.9. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OKRESŮ

V následujících kapitolách jsou popsány základní charakteristiky jednotlivých okresů MS kraje. Také je uvedena stručná charakteristika jednotlivých zdravotnických zařízení a v tabulce jsou uvedeny základní údaje o akutní lůžkové péči zdravotnického zařízení. Údaje jsem čerpala z ÚZIS - Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013. Údaje se týkají pouze lůžek akutní péče.

4.9.1. OKRES BRUNTÁL

Rozkládá se na severní Moravě a ve Slezsku. V rámci kraje sousedí na východě s okresem Opava, dále hraničí na jihu s okresem Olomouc a na západě s okresy Šumperk a Jeseník. Na severu je okres vymezen státní hranicí s Polskem. Okresní město je město Bruntál, přestože je Krnov větší, je jako administrativní centrum okresu lépe položeno.

Bruntál okres je největším okresem MS kraje s rozlohou 1536 km², tj. 30% rozlohy celého kraje. Je tvořen pahorkatinou Nížkého Jeseníku a v severozápadní části hřebenem Hrubého Jeseníku. Osídlení okresu je řídké. Počet obyvatel je 95 172 a patří mezi nejmenší v kraji. Hustota obyvatelstva je 62 na km².⁷⁴

Na území okresu jsou 3 správní centra: Bruntál, Krnov, Rýmařov.

4.9.1.1. PODHORSKÁ NEMOCNICE RÝMAŘOV

Podhorská nemocnice a.s. je členem skupiny AGEL. Poskytuje péči na dvou pracovištích (Bruntál a Rýmařov) pro spádovou oblast Bruntálska, Rýmařovska a Vrbenska, tedy pro cca 65 tisíce obyvatel. V zimních měsících tento počet stoupá o další klienty z Jeseníku.⁷⁵

Zdravotní péči poskytuje v lůžkových oborech - interna, chirurgie, gynekologie, ARO a rehabilitace. V ambulantních oborech - RDG, léčba bolesti, oddělení klinické biochemie a hematologie.

- Lůžková oddělení pracoviště Bruntál: chirurgie, gynekologie, interna (multioborová JIP a interní oddělení)
- Lůžková oddělení pracoviště Rýmařov: interna (oddělení ošetrovatelské péče), rehabilitace

⁷⁴ ČSÚ. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje - 2014: území a podnebí [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-uzemi-a-podnebi5136>

⁷⁵ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji [online]. 2013 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/zdravotnicka_zarizeni_kor3.pdf

4.9.1.2. SZZ KRNOV

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov p.o., poskytuje ústavní i ambulantní základní, specializovanou diagnostickou a léčebnou péči ve spádovém území. SZZ byla zřízena v roce 1991 a od 1. ledna 2003 je příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje.⁷⁶

Součástí nemocnice je LDN Město Albrechtice, OLÚ TRN Krnov-Ježník.

Jako první v MS kraji má jednotku dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), pro pacienty s poruchami vědomí po mozkových příhodách, meningitidách, autohaváriích apod.⁷⁷

- Oddělení: interna, TRN, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, AR, ortopedie, urologie, rehabilitace a fyzikální medicíny

Tab.15: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Bruntál

BRUNTÁL	Podhorská nemocnice a.s. RÝMAŘOV	SZZ KRNOV p.o.
počet hospitalizovaných	4148	14 470
průměrná ošetrovací doba	4,9	5
využití lůžek ve dnech	174,3	237,4
počet lůžek	117	306
ÚZIS	66	234
PPIBS	65	228
úspora	51-52	72-78

*Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013*

⁷⁶ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji [online]. 2013 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/zdravotnicka_zarizeni_kor3.pdf

⁷⁷ Sdružené zdravotnické zařízení Krnov. Krnovská nemocnice, stoletá dáma ... [online]. 2008 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.szzkrnov.cz/article.asp?mid=1&cid=1&sid=11>

4.9.2. OKRES FRÝDEK-MÍSTEK

Je okres na rozhraní Moravy a Slezska. V rámci kraje sousedí na severu s okresem Karviná, na severozápadě s okresem Ostrava-město a na západě s okresem Nový Jičín, na jihozápadě pak hraničí s okresem Vsetín Zlínského kraje. Z jihovýchodní strany je okres vymezen státní hranicí se Slovenskem a ze severovýchodu státní hranicí s Polskem.

Rozloha okresu je 1208 km². Jižní a východní část hranici se Slovenskem tvoří Moravskoslezské Beskydy, povodí řeky Ostravice je nížinná oblast.⁷⁸ Počet obyvatel okresu je 212 137, hustota zalidnění je 176 obyvatel na km².⁷⁹

4.9.2.1. NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU

Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o., je příspěvková organizace, jejím zřizovatelem je MS kraj. Spádová oblast nemocnice je cca 150 000 obyvatel. Především je to město Frýdek-Místek a okolí, mikroregion Podbeskydí. V některých oblastech překračuje rámec této rajonizace a ošetřuje pacienty ze spádové oblasti pokrývající 230 000 – 250 000 obyvatel a v některých odbornostech i z celé České republiky.⁸⁰

- Oddělení: interna, TRN, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, AR, ortopedie, urologie, ORL, oftalmologie, ošetrovatelská péče.

4.9.2.2. NEMOCNICE TŘINEC

Nemocnice Třinec p.o., je příspěvková organizace, zřizovatelem je MS kraj. Poskytuje ústavní i ambulantní péči, základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, i zajišťování ostatních služeb s poskytováním zdravotní péče souvisejících. Spádová oblast je cca 105 000 obyvatel třineckého regionu.

- Oddělení: interna, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie (součástí je ORL), plastická chirurgie, AR, ortopedie, rehabilitační a fyzikální medicína, intenzivní péče, ošetrovatelská péče

4.9.2.3. NEMOCNICE PODLESÍ

Nemocnice Podlesí a.s. v Třinci, je soukromá nemocnice, člen skupiny AGEL, provádějící výkony v oblasti miniinvazivní chirurgie, cévní chirurgie, endovaskulární léčby, kardiologie a

⁷⁸ Krajská hygienická stanice. Územní pracoviště Frýdek - Místek [online]. 2007 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/frydek_mistek.php

⁷⁹ ČSÚ. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje - 2014: území a podnebí [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-uzemi-a-podnebi5136>

⁸⁰ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf

kardiochirurgie. Dále poskytuje komplementární a ambulantní péči a doplňkové služby dopravní zdravotní služba – přeprava pacientů.⁸¹

- Oddělení: kardiologie, chirurgie, kardiochirurgie, anesteziologie a intenzivní medicína.

Tab. 16: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Frýdek-Místek

FRÝDEK-MÍSTEK	Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.	nemocnice Třinec p.o.	Nemocnice Podlesí a.s.
počet hospitalizovaných	18708	17710	9652
průměrná ošetrovací doba	5,4	5,3	3,7
využití lůžek ve dnech	267,7	279,4	231,9
počet lůžek	377	336	153
ÚZIS	326	303	116
PPIBS	319	296	113
úspora	11-18	33-40	37-40

*Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013*

⁸¹ Nemocnice Podlesí člen skupiny Agel. Výroční zprávy [online]. 2011-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://nemocnicepodlesi.agel.cz/o-nemocnici/vyrocní-zpravy.html>

4.9.3. OKRES KARVINÁ

Okres Karviná sousedí s okresy Opava, Ostrava-město, Frýdek-Místek, na severovýchodě s Polskem. Nachází se zde dvě statutární města Karviná a Havířov.

Rozloha okresu je 356 km², je převážně rovinnatý, součástí Ostravské pánve. Jižní část patří k Podbeskydské pahorkatině. Počet obyvatel je 258 340, hustota zalidnění je 725 obyvatel na km², patří tedy k nejlidnatějším okresům ČR.⁸²

4.9.3.1. NEMOCNICE S POLIKLINIKOU KARVINÁ RÁJ

Nemocnice s poliklinikou Karviná–Ráj p.o. Moravskoslezského kraje poskytuje ambulantní a ústavní léčebnou péči. Dále poskytuje základní a specializovanou diagnostickou péči včetně preventivních opatření ve spádové oblasti Karviná, Orlová, Petřvald a obce Dolní Lutyně, Doubrava a Petrovice u Karviné. Zdravotní péče je poskytována v dvou zařízeních v Karviné-Ráji a Orlové-Lutyni.

- Lůžková oddělení Karviná: interna, TRN, dětské, oční, gynekologie a porodnictví, chirurgie, následné péče, ORL, ARO
- Lůžková oddělení Orlová: Ortopedie, Chirurgie, Interna, Neurologie, Rehabilitace, ARO, LDN.⁸³

4.9.3.2. NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o., je nestátním zdravotnickým zařízením zřizovaným Moravskoslezským krajem. Je jediným lůžkovým zdravotnickým zařízením na území města Havířova. Zajišťujeme poskytování zdravotní služeb pro přibližně 100 000 obyvatel.⁸⁴ Součástí nemocnice jsou odborné ambulance, oddělení komplementu a 12 lůžkových oddělení.

- Oddělení: interna, geriatric v akutní péči, infekční, neurologie, psychiatrie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, AR, urologie, ORL, klinická hematologie, rehabilitační a fyzikální medicína, intenzivní péče.⁸⁵

⁸² ČSÚ. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje - 2014: území a podnebí [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-uzemi-a-podnebi5136>

⁸³ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, s.19

⁸⁴ Nemocnice s poliklinikou Havířov. O nemocnici [online]. 2008 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.nsphav.cz/o-nemocnici.html>

⁸⁵ Zdravotnictví Moravskoslezského kraje. Praha: ÚZIS, 2014. ISBN 978-80-7472-116-8

4.9.3.3. BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ NEMOCNICE

Bohumínská městská nemocnice, a.s., byla v roce 1191 převedena do majetku města Bohumín. Patří k menším zdravotnickým zařízením. Poskytuje péči lůžkovou i ambulantní a komplementární.

- Oddělení: interna, chirurgie, gynekologie, chronická geriatric (LDN) a ošetrovatelské oddělení.⁸⁶

4.9.3.4. NEMOCNICE ČESKÝ TĚŠÍN

Nemocnice Český Těšín a.s. je členem skupiny AGEL. Zaměřuje se na poskytování ošetrovatelské a následné péče. Dále poskytuje ambulantní péči v 15 odborných ambulancích.

4.9.3.5. KARVINSKÁ HORNICKÁ NEMOCNICE

Karvinská hornická nemocnice, a.s., je nestátní zdravotnické zařízení. Poskytuje zdravotní péči v odborných ambulancích a na lůžkových odděleních.

- Oddělení: interna, neurologie, ortopedie, rehabilitační a fyzikální medicína.⁸⁷

Tab. 17: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Karviná

KARVINÁ	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj p.o.	Nemocnice s poliklinikou Havířov p.o.	Bohumínská městská nemocnice a.s.	Karvinská Hornická nemocnice a.s.
počet hospitalizovaných	16 647	16 071	4 730	4 895
průměrná ošetrovací doba	5,4	6,4	5,4	8
využití lůžek ve dnech	251,6	268,7	290	264,8
počet lůžek	351	383	88	148
ÚZIS	290	332	83	127
PPIBS	254	325	81	124
úspora	61-67	51-58	5-7	21-24

*Nemocnice Český Těšín a.s. není uvedena, neposkytuje akutní lůžkovou péči
Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013*

⁸⁶ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, s18

⁸⁷ Zdravotnictví Moravskoslezského kraje. Praha: ÚZIS, 2014. ISBN 978-80-7472-116-8

4.9.4. OKRES NOVÝ JIČÍN

Okres Nový Jičín se nachází v jihovýchodní části MS kraje. Sousedí na severozápadě s okresem Opava, na severu s okresem Ostrava-město a na severovýchodě s okresem Frýdek-Místek. Na jihu sousedí se Zlínským krajem a na jihozápadě a západě s Olomouckým krajem.

Rozloha okresu je 882 km², reliéf tvoří nížiny a pahorkatina v centrální části, severozápadní část je lemována Oderskými vrchy jako výběžky masívu Nízkého Jeseníku, na východě horským pásmem Beskyd.⁸⁸ Počet obyvatel okresu k 31.12.2013 byl 151 899 s hustotou zalidnění 172 obyvatel na km².⁸⁹

4.9.4.1. NEMOCNICE NOVÝ JIČÍN

Nemocnice Nový Jičín a.s. člen skupiny Agel, poskytuje komplexní zdravotní péči v prostorách nemocnice v Novém Jičíně a také v prostorách odloučeného pracoviště – nemocnice Vítkov. K její spádové oblasti patří asi 170 000 obyvatel. Součástí nemocnice je nadregionální špičkové onkologické centrum (KOC) Komplexní onkologické centrum Nový Jičín.⁹⁰

- Oddělení: interna, TRN, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, AR, ortopedie, urologie, ORL, klinická onkologie

4.9.4.2. BÍLOVECKÁ NEMOCNICE

Bílovecká nemocnice a.s. je zdravotnické zařízení komunitního typu⁹¹, jejím vlastníkem a akcionářem je MS kraj. Poskytuje akutní lůžkovou a ambulantní zdravotní péči v oborech interní medicína a chirurgie a následnou péči.

- Oddělení: interna, chirurgie, intenzivní péče, ošetrovatelská péče

4.9.4.3. MĚSTSKÁ NEMOCNICE ODRY

Městská nemocnice Odry p.o. jejím zřizovatelem je město Odry. V současnosti poskytuje akutní lůžkovou péči v oboru vnitřní lékařství a následnou péči typu LDN. Součástí jsou odborné ambulance. Spádová oblast je přibližně 30 000 obyvatel.

⁸⁸ Krajská hygienická stanice. Územní pracoviště Nový Jičín [online]. 2007 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/novy_jicin.php

⁸⁹ ČSÚ. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje - 2014: území a podnebí [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-uzemi-a-podnebi5136>, 2-1. Vybrané údaje o území ČR podle krajů a okresů k 31. 12. 2013

⁹⁰ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, 21s

⁹¹ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, s 21.

Tab. 18: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Nový Jičín

NOVÝ JIČÍN	Nemocnice Nový Jičín a.s.	Bílovecká nemocnice a.s.	Městská nemocnice Odry p.o.
počet hospitalizovaných	19 408	2 857	1 547
průměrná ošetrovací doba	5,6	5,4	6
využití lůžek ve dnech	274,7	308,7	308,7
počet lůžek	396	50	30
ÚZIS	351	50	30
PIBS	343	49	30
úspora	45-53	1	0

Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
 ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013

4.9.5. OKRES OPAVA

Sousedí na severu s Polskem, na jihu s Olomouckým krajem. Na jižní straně dále s okresem Nový Jičín, na východě s okresem Ostrava-město a též s okresem Karviná. Na západě sousedí s okresem Bruntál.

Rozloha okresu je 1113 km², reliéf tvoří nížina postupně se zvedající k Oderským vrchům na západě.⁹² Počet obyvatel je 177 010 a hustota zalidnění je 159 obyvatel na km².

4.9.5.1. SLEZSKÁ NEMOCNICE OPAVA

Slezská nemocnice v Opavě p.o., jejím zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Poskytuje lůžkovou a ambulantní léčebnou péči, pro okres Opava. Některé specializované činnosti i nad rámec okresu.⁹³

- Oddělení: interna, infekční, TRN, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, AR, ortopedie, urologie, ORL, oftalmologie, dermatovenerologie, intenzivní péče

Tab. 19: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Opava

OPAVA	Slezská nemocnice Opava p.o.
počet hospitalizovaných	23 186
průměrná ošetrovací doba	5,3
využití lůžek ve dnech	249,1
počet lůžek	493
ÚZIS	397
PIBS	388
úspora	96 -105

*Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013*

⁹² Krajská hygienická stanice. Územní pracoviště Opava [online]. 2007 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/opava.php

⁹³ Slezská nemocnice v Opavě. Historie Slezské nemocnice v Opavě [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.nemocnice.opava.cz/index.php?menu=3&id=38>

4.9.6. OSTRAVA-MĚSTO

Okres Ostrava-město sousedí se všemi okresy MS kraje, mimo okres Bruntál.

Rozloha okresu je 332 km², leží v ostravské pánvi. Počet obyvatel je 326 874, hustota zalidnění 986 obyvatel na km². Statutární město Ostrava je centrem Moravskoslezského kraje a současně třetím největším městem v České republice.

4.9.6.1. FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Fakultní nemocnice Ostrava p.o., zřizovatelem je MZ, je největším zdravotnickým zařízením v Moravskoslezském kraji. Významným rysem nemocnice je její maximální komplexnost, spočívající v šíři a hloubce postupu od primární diagnostiky přes léčbu až k následné ambulanci či doléčovací péči. LDN Klokočov je detašovaným pracovištěm, poskytuje následnou léčebnou, rehabilitační, ošetrovatelskou a paliativní péči⁹⁴

- Oddělení: interna, kardiologie, infekční, TRN, neurologie, psychiatrie, pediatrie, gynekologie, novorozenecké, chirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie, kardiochirurgie, traumatologie, AR, ortopedie, urologie, ORL, oftalmologie, dermatovenerologie, radiační onkologie, klinická hematologie, rehabilitační a fyzikální medicína, nukleární medicína, léčba popálenin, dětská neurologie, maxilofaciální chirurgie⁹⁵

4.9.6.2. MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA

Městská nemocnice Ostrava, p.o., zřizovatelem je statutární město Ostrava, poskytuje lůžkovou i ambulanci zdravotní péči. Ve své struktuře má kromě centrálního areálu detašované oddělení psychiatrie, léčbu dlouhodobě nemocných Ostrava Radvanice, dům sociálních služeb a dětský rehabilitační stacionář.

- Oddělení: interna, kardiologie, geriatrické v akutní péči, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, neurochirurgie, AR, ortopedie, urologie, ORL, oftalmologie, dermatovenerologie, rehabilitační a fyzikální medicína⁹⁶

⁹⁴ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, s25

⁹⁵ ÚZIS Zdravotnictví Moravskoslezského kraje. ÚZIS: ÚZIS ČR, 2014. ISBN 978-80-7472-116-8.

⁹⁶ ÚZIS Zdravotnictví Moravskoslezského kraje. ÚZIS: ÚZIS ČR, 2014. ISBN 978-80-7472-116-8.

4.9.6.3. VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE

Vítkovická nemocnice, a.s., člen skupiny Agel je všeobecnou nemocnicí s rozsáhlou lůžkovou i ambulantní složkou, poskytující komplexní péči. Oddělení s nadregionální působností je především Vaskulární centrum, které se zaměřuje na cévní onemocnění, dále Centrum péče o zažívací trakt, porodnice a služby radiologického oddělení.⁹⁷

- Oddělení: interna, gastroenterologie, TRN, neurologie, pediatrie, gynekologie, chirurgie, ARO, urologie, rehabilitační a fyzikální medicíny, ošetrovatelská péče

Tab. 20: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Ostrava-město

OSTRAVA-MĚSTO	Fakultní nemocnice Ostrava	Městská nemocnice Ostrava p.o	Vítkovická nemocnice a.s.
počet hospitalizovaných	45 891	27876	15 250
průměrná ošetrovací doba	6,5	6,6	5,5
využití lůžek ve dnech	270,3	267,6	222,3
počet lůžek	1112	687	370
ÚZIS	962	593	271
PPIBS	940	580	265
úspora	150-177	94-107	99-105

Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013

Tab. 21: Uvádí základní údaje nemocnic MS kraje

MS KRAJ	celkem
počet hospitalizovaných	244 641
průměrná ošetrovací doba	5,8
využití lůžek ve dnech	260,7
počet lůžek	5 470
ÚZIS	4574
PPIBS	4471
úspora	896-999

Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013

⁹⁷ Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf, s.26

4.10. SROVNÁNÍ VÝPOČTŮ

4.10.1. VÝPOČTY DLE VZORCŮ

Tab. 22: Uvádí přehled údajů z předchozích výpočtů a tabulek

OKRES	nemocnice	DNES	ÚZIS	PPIBS	rozdíl	úspora min	úspora max
MS KRAJ	celkem	5470	4574	4471	103	896	999
BRUNTÁL	Krnov	306	234	228	6	72	78
	Rýmařov	117	66	65	1	51	52
FRÝDEK-MÍSTEK	F-M nem	337	326	319	7	11	18
	Třinec	336	302	296	6	34	40
	Podlesí	125	116	113	3	9	12
KARVINÁ	Ráj	351	290	284	6	61	67
	Havířov	383	332	325	7	51	58
	Bohumín	88	83	81	2	5	7
	Hornická	148	127	124	3	21	24
NOVÝ-JIČÍN	N-J nem	396	351	343	8	45	53
	Bílovecká	50	50	49	1	0	1
	Odry	30	30	30	0	0	0
OPAVA	Opava	493	397	388	9	96	105
OSTRAVA	FN	1112	962	940	22	150	177
	městská	687	593	580	13	94	107
	Vítkovice	370	271	265	6	99	105
součet	celkem	5470	4530	4430	100	799	1808

Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
 ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013

ÚZIS – výpočet dle vzorců ÚZIS

PPIBS – výpočet dle vzorců PIBS

Rozdíl – rozdíl počtu lůžek v obou výpočtech

DNES – počet lůžek v současnosti

Úspora min – rozdíl mezi současným počtem lůžek a počtem lůžek (výpočtu podle vzorce ÚZIS)

Úspora max. - rozdíl mezi současným počtem lůžek a počtem lůžek (výpočtu podle vzorce základní)

součet – je součet v jednotlivých sloupcích (bez údajů pro celý MS kraj z prvního řádku)

4.10.2. VÝPOČET PODLE SPÁDOVÉ OBLASTI

V následujících tabulkách je uveden počet lůžek, potřebný pro konkrétní spádovou oblast.

Tab. 23: Uvádí spádovou oblast jednotlivých okresů, počet lůžek při 100% a 85% využití.

kraj/okres	hospitalizovaní	spád	100%	85%
Bruntál	18 909	94 545	473	544
Frydek-Místek	47 489	237 445	1188	1366
Karviná	43 818	219 090	1096	1260
Nový Jičín	24 337	121 685	609	699
Opava	23 186	115 930	580	667
Ostrava město	89 130	445 650	2229	2563
MS kraj	246 868	1 234 340	6172	7098

Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
 ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013

Tab. 24: Srovnání počtu lůžek podle uvedených výpočtů

OKRES	ZAŘÍZENÍ	DNES	SPÁD	ÚZIS	PPIBS
Bruntál	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.	306	544	234	228
Frydek-Místek	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.	673	1 366	628	293
	Nemocnice Třinec, p.o.				
Karviná	Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.	734	1 260	622	609
	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.				
Nový Jičín	Nemocnice Nový Jičín, a.s.	396	699	351	343
Opava	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	493	667	397	388
Ostrava-město	Fakultní nemocnice Ostrava	2169	2563	1826	1785
	Městská nemocnice Ostrava, p.o.				
	Vítkovická nemocnice, a.s.				

Údaje se týkají akutních lůžek dle ÚZIS
 ÚZIS, Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013
 Metoda je použita jen pro nemocnice, které poskytují specializovanou (komplexní) péči.
 V okresech s více než 1 nemocnicí s komplexní péčí, je proveden souhrnný výpočet pro okres.
 ÚZIS – výpočet dle vzorců ÚZIS
 PPIBS – výpočet dle vzorců PIBS
 DNES – počet lůžek v současnosti
 SPÁD – počet lůžek dle výpočtů pro spádovou oblast

4.11. MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ SHRnutí

V Moravskoslezském kraji jsou velké rozdíly v geografickém charakteru regionu a liší se také hustota zalidnění v jednotlivých oblastech.

Většina obyvatel kraje (téměř 60 %) žije ve městech nad 20 tisíc obyvatel⁹⁸. V rámci ČR je to neobvyklé.

V každém okrese MS kraje je alespoň 1 nemocnice, která poskytuje komplexní péči a další zařízení, které poskytují základní, následnou péči. Výjimka je okres Opava, ve kterém je jen Slezská nemocnice v Opavě p.o. V okresech Frýdek-Místek, Karviná a Ostrava-město je více než jedna nemocnice poskytující komplexní péči. Ve FN Ostrava jsou pracoviště, která poskytují superspecializovanou péči.

Tab. 25: Uvádí nemocnice poskytující komplexní péči

OKRES	ZAŘÍZENÍ
Bruntál	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.
Frýdek-Místek	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
	Nemocnice Třinec, p.o.
Karviná	Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
	Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.
Nový Jičín	Nemocnice Nový Jičín, a.s.
Opava	Slezská nemocnice v Opavě, p.o.
Ostrava-město	Fakultní nemocnice Ostrava
	Městská nemocnice Ostrava, p.o.
	Vítkovická nemocnice, a.s.

Veřejná správa MS kraj, Přehled zdravotnických zařízení MS kraje 2013

4.12. SROVNÁNÍ METOD

Pro stanovení optimálního počtu lůžek je potřeba zvolit vhodnou metodu výpočtu.

Pro jednotlivé metody jsou zapotřebí různé typy vstupních údajů, důležité jsou také technické možnosti zpracování. Zjednodušeně, pro stanovení počtu akutních lůžek pro celou Českou republiku bude nutné použít jinou metodu než pro stanovení počtu akutních lůžek pro jednotlivé zdravotnické zařízení, nebo dokonce oddělení.

⁹⁸ ČSÚ: Krajská správa ČSÚ v Ostravě. Charakteristika Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_moravskoslezskeho_kraje

Pro výpočet optimálního lůžkového fondu je nutné si stanovit požadovanou hodnotu využití lůžkového fondu pro zdravotnické zařízení. Za optimální se považuje využití lůžkového fondu 85-92%. Využití pod 85% svědčí o větším počtu lůžek, než je potřeba a naopak při využití nad 92% jde o nedostatečném množství akutního lůžkového fondu nebo jde o lůžkový fond špatně strukturovaný. Stanovení počtu lůžek musí respektovat platnou legislativu. Lůžkový fond musí být dostatečný, aby nedošlo k omezení dostupnosti zdravotní péče pro pacienty. Dostupnost zdravotní péče upravuje předpis č. 307/2012 Sb. Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.⁹⁹

Počet lůžek pro jednotlivé oddělení, nebo zdravotnické zařízení se může stanovit jednoduše na základě výpočtu z empirických vzorců. Pro výpočet nejsou nutné specializované počítačové programy. Potřebné vstupní údaje jako je počet hospitalizovaných, průměrná ošetrovací doba jsou dostupné. ÚZIS srovnává statistické údaje jednotlivých zdravotnických zařízení. Předpis č. 89/1995 Sb. Statistická zjišťování Ministerstva zdravotnictví jsou součástí Programu statistických zjišťování v České republice na rok 2014. Tento program byl zveřejněn ve sbírce zákonů ČR, formou vyhlášky č. 348/2013 Sb., Program byl sestaven v souladu se zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Zákon o státní statistické službě.¹⁰⁰

Použitím různých vzorců pro stejné zdravotnické zařízení se může výsledek (počet lůžek) lišit v jednotkách. To potvrzuje, že při rozhodování o redukci lůžek je nutné brát v úvahu další faktory, jako je demografický vývoj, dostupnost jiných zdravotnických zařízení, které poskytují stejnou péči, výskyt nejčastějších onemocnění ve spádové oblasti apod. Pokud se vychází ze spádové oblasti, výsledky se výrazně liší.

Pro větší regiony, např. kraje, stát je vhodná metoda regresní analýzy, která bere v úvahu faktory ovlivňující potřebu nemocničních lůžek (demografické faktory, poptávka po určitém druhu péče).

Pro koncepci lůžkového fondu státu je důležitá i celková koncepce zdravotnictví a zdravotní politika státu. Zdravotní politika je souhrn politických a společenských aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí.¹⁰¹

⁹⁹ Zákony pro lidi. Sbírka zákonů ČR [online]. 2010-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

¹⁰⁰ ÚZIS: Výkazy. Závazné pokyny pro vyplňování statistického formuláře L (MZ) 1-02 [online]. 2010-2014 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/1102_help_14.pdf

¹⁰¹ GLADKIJ, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc 2000, ISBN 80-244-0176-2

5. DISKUSE

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na rozsáhlou oblast tvorby a dostupnosti sítě zdravotnických zařízení s akutní péčí a lůžkový fond akutních lůžek a jeho optimalizaci. Pokusila jsem se zasadit optimalizaci lůžkového fondu nemocnic do souvislostí s dalšími faktory, které mohou mít vliv na kvalitu zdravotní péče.

V první části jsem popsala vznik a vývoj sítě zdravotnických zařízení na území ČR. Zaměřila jsem se na charakteristické rysy jednotlivých období, které významně ovlivnily tvorbu sítě ZZ. Také jsem popsala změny, ke kterým došlo po roce 1989 v období transformace a jejich vliv na zdravotnická zařízení a jejich činnost. Důsledky změn jsem uvedla na příkladu MS kraje, konkrétně na nemocnicích s akutní lůžkovou péčí. V tabulce je vidět, že počet nemocnic v MS kraji postupně klesal, a kopíroval tak demografický trend. Stárnutí populace je trend patrný v celé republice, v MS kraji navíc dochází k celkovému úbytku obyvatel vlivem migrace.

Ve druhé části práce jsem se zaměřila na dostupnost sítě zdravotnických zařízení a na základní faktory, které jí určují. Mezi tyto faktory patří lokalizace jednotlivých zdravotnických zařízení, geografické podmínky regionu, také kvalita a hustota silniční sítě. Dostupnost zdravotní péče dále upravuje legislativa. Určující pro dostupnost zdravotní péče, jsou zdravotní pojišťovny, které mají povinnost uzavřít smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, tak aby jejich rozmístění zabezpečilo místní dostupnost celého spektra hrazených zdravotních služeb pro každého jednotlivého pojištěnce. Vliv na dostupnost zdravotní péče má také síť základní zdravotnická záchranná služba. Zákonem nařízená maximální dojezdová doba pro ZZS je 20 minut. V MS kraji je síť ZZ s akutní péčí rozložena podle mého názoru rovnoměrně a díky zkvalitňování sítě silnic je místní dostupnost dobrá. Také časová dostupnost a dojezdová doba je v souladu s platnou legislativou i v odlehlých horských oblastech. Dobrá dostupnost ZZ i zdravotní péče v MS kraji také souvisí s netypickým zalidněním. V MS kraji většina obyvatel (téměř 60 %), což je v rámci ČR výjimečné, žije ve městech nad 20 000 obyvatel. Ve statutárním městě Ostrava žije téměř 300 000 obyvatel, tedy zhruba čtvrtina obyvatel kraje. Je zajímavé, že zákony týkajícími se dostupností zdravotní péče se legislativa zabývá až v poledních letech. V roce byl vydán Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů a zákon o časové a místní dostupnosti. Kvalita poskytované péče souvisí mimo dobré dostupností ZZ také s dalšími faktory. Za jeden z nejvýznamnějších faktorů, považuji

metodické pokyny vydávané MZ. Metodické pokyny stanoví postup pro konkrétní diagnózu od přednemocniční péče, až po směřování pacienta na odborné pracoviště.

Třetí část práce se týká optimalizace. V teoretické části své práce jsem popsala lůžkový fond a jeho vývoj, dále teoreticky popsala metody, pomocí kterých se může stanovit optimální počet lůžek v nemocnicích, tak aby neklesla kvalita zdravotní péče. Tedy aby nebylo příliš nevyužitých lůžek a současně aby byla uspokojila poptávku pacientů po zdravotních službách. Jako optimální je uvedeno 85% využití lůžkového fondu. Dále jsou popsány nejdůležitější důvody, které vedou k nutnosti optimalizace, tím je především zkracování délky hospitalizace pacientů. V MS kraji již částečně proběhla restrukturalizace nebo redukce lůžkového fondu akutních péče. Dosavadní průběh redukce a restrukturalizace v MS kraji je zde také popsán. Na redukci počtu lůžek mají zájem pojišťovny a to především z důvodu úspory finančních prostředků.

V praktické části je zmapován současný počet akutních lůžek v nemocnicích MS kraje. K výpočtům optimálního počtu akutního lůžkového fondu jsem použila deterministickou metodu. Konkrétně vzorce k analýze lůžkového fondu používané ÚZIS a dále vzorec PPIBS. Z výpočtů je uveden návrh na optimalizovaný počet lůžek v jednotlivých nemocnicích regionu. Výsledky v obou metodách se mírně liší. Tuto rozdíly jsou způsobené zaokrouhlováním. Pro určení lůžkového fondu jsem také použila výpočet podle spádové oblasti. Z uvedených faktů vyplývá, že použité metody přestože vychází ze stejných vstupních údajů, mohou vést k rozdílným výsledkům. Při realizaci změn lůžkového fondu by bylo vhodné mít tuto možnost na paměti a brát ohled i na další faktory, které potřebu lůžek ovlivňují. Jedním z takových faktorů je právě spádová oblast nemocnic. Zvláště pokud se jedná o nemocnici, která poskytuje specializovanou péči a její spádová oblast přesahuje region. Příkladem je cyberknife ve FN Ostrava.

6. ZÁVĚR

Z výše uvedených závěrů podle mého názoru vyplývá, že není možné určit ideální metodu, která by vedla optimalizaci lůžkového fondu. Při úpravách počtu lůžek je proto důležité brát ohled na další faktory, jako spádovost, typ poskytované péče (komplexní, superspecializovaná) a také vzdálenost dalších ZZ, která poskytují akutní lůžkovou péči. Především při vytváření koncepce zdravotní péče pro celý kraj, by tyto vhodné tuto závěry zohlednit a vytvořit plán optimalizace a restrukturalizace lůžkového fondu založený nejen na ekonomických ukazatelích, ale i na kvalitě a faktické dostupnosti péče.

REFERENČNÍ SEZNAM

GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.

GLADKIJ, I.: Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 177 s. ISBN 80-706-7503-9.

GLADKIJ, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc 2000, ISBN 80-244-0176-2

GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002., ISBN 80-244-0500-8

FOTR, J.:ŠVECOVÁ, L.: Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje. 2., přeprac. vyd. Praha: Ekopress, 2010, 474 s. ISBN 978-80-86929-59-0

VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., a JANDA.J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5

KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Šárka. Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, 52 s. ISBN 978-80-7280-900-4

NIKLÍČEK, L.,ŠTEIN, K.: Dějiny medicíny v datech a faktech. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985, 374 s.

DURDISOVÁ, Jaroslava a Jitka LANGHAMEROVÁ. Úvod do teorie zdravotní politiky. Vyd. 1. V Praze: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská, 2001, 126 s. ISBN 80-245-0217-8.

HOLUB, J.: Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2005, 60 p. ISBN 80-728-0432-4.

STRNAD, L.: Rozborové metody v řízení zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-060-85.

Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2013. Praha: ÚZIS, 2014. ISBN 978-80-7472-116-8

ÚZIS, Síť zdravotnických zařízení [online]. 2013 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-1651. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni> (Roč. 1993-2012)

ÚZIS, Lůžková péče [online]. 2014 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece> (Roč.1993-2013)

ÚZIS: Zdravotnická ročenka [online]. 2014 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/rocenky> (roč. 1993-2000)

ÚZIS: Výkazy. Závazné pokyny pro vyplňování statistického formuláře L (MZ) 1-02 [online]. 2010-2014 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/1102_help_14.pdf

Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji [online]. 2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/publikace/prehled_zdr_zarizeni-2013.pdf

Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Silniční síť na území Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/doprava/silnicni-sit-na-uzemi-moravskoslezskeho-kraje-40477/>

Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/.../zdravotnictvi/koncepce_zdravotni_pece.doc

Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Geografické informace [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://o-kraji.kr-moravskoslezsky.cz/geograficke_informace.html

Veřejná správa Moravskoslezský kraj. Optimalizace a restrukturalizace lůžkového fondu krajských zdravotnických zařízení [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/-25086>

ČSÚ: Krajská správa ČSÚ v Ostravě. Mapy a kartogramy [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/11288/17822929/33010014mm.jpg/73ce9aa2-9329-4f55-9840-e846ac589a13?version=1.0&t=1423458509001>

ČSÚ. Charakteristika Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_moravskoslezskeho_kraje

Krajská správa ČSÚ v Ostravě. Charakteristika Moravskoslezského kraje [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_moravskoslezskeho_kraje

ČSÚ. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje - 2014: území a podnebí [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-uzemi-a-podnebi5136>

ČSÚ. Statistická ročenka Moravskoslezského kraje - 2014: území a podnebí [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-uzemi-a-podnebi5136>, 2-1. Vybrané údaje o území ČR podle krajů a okresů k 31. 12. 2013

Krajská hygienická stanice. Územní pracoviště Frýdek - Místek [online]. 2007 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/frydek_mistek.php

Krajská hygienická stanice. Územní pracoviště Nový Jičín [online]. 2007 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/novy_jicin.php

Krajská hygienická stanice. Územní pracoviště Opava [online]. 2007 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_aktuality/opava.php

Nemocnice Podlesí člen skupiny Agel. O nemocnici [online]. 2011-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://nemocnicepodlesi.agel.cz/o-nemocnici.html>

Nemocnice Nový Jičín člen skupiny Agel. O nemocnici [online]. 2011-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://nemocnicenovyjicin.agel.cz/o-nemocnici.html>

FNO. CyberKnife Ostrava [online]. 2009 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://cyberknife.fno.cz/cs/clanky/cyberknife-kybernuz>

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov. Krnovská nemocnice, stoletá dáma ... [online]. 2008 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.szzkrnov.cz/article.asp?mid=1&cid=1&sid=11>

Nemocnice Podlesí člen skupiny Agel. Výroční zprávy [online]. 2011-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://nemocnicepodlesi.agel.cz/o-nemocnici/vyrocní-zpravy.html>

[Nemocnice s poliklinikou Havřov. O nemocnici \[online\]. 2008 \[cit. 2015-04-29\]. Dostupné z: http://www.nspfav.cz/o-nemocnici.html](http://www.nspfav.cz/o-nemocnici.html)

Slezská nemocnice v Opavě. Historie Slezské nemocnice v Opavě [online]. 2012 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.nemocnice.opava.cz/index.php?menu=3&id=38>

Zdravotnická záchranná služba MS kraje. Organizační struktura [online]. neuveden [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?mainhref=oNas>

Kvapilová E., Lůžkový fond nemocnic ČR, IPVZ, Atestační práce 1998

Skibová, J.: Možnosti statistické analýzy vybraných ukazatelů činnosti zdravotnického zařízení a její využití pro management, IPVZ, Atestační práce 1998

Rýznar., V.: Strategie, organizace a řízení velkého zdravotnického zařízení. Závěrečná práce PIBS Praha, 2002

Mpvs. In: Práce a právo [online]. 2015 [cit.2015-04-28]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198_2009

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Věstník MZ 2012 [online]. 2010 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=16470&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNICTVI%2010-12.pdf>

Vláda České republiky. Ministr zdravotnictví: Kvalita zdravotní péče je pro nás prioritou [online]. 2009-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/ministr-zdravotnictvi-kvalita-zdravotni-pece-je-pro-nas-prioritou--120284/>

Zákony pro lidi. Sbírka zákonů ČR [online]. 2010-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374#p5>

Zákony pro lidi. Sbírka zákonů ČR [online]. 2010-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

Zdravotnictví v České republice: Potřeba nemocničních lůžek a optimalizace využití lůžkového fondu: metodologické přístupy k jejich určování. [online]. 1998 [cit. 2015-04-29]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2-1998.pdf>, s.35-39

Hpi. In: Koncepce zajisteni dostupnosti zdravotni pece [online]. 2009-2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <Http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/>

SEZNAM ZKRATEK

a.s. – akciová společnost

aj. – a jiné

AR - anesteziologicko – resuscitační

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

atd. – a tak dále

CC – komplikace a přidružená nemoc

CMP – cévní mozková příhoda

č. - číslo

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DIOP - dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

DRG - Diagnosis Related Group

event. – eventuálně

FN – fakultní nemocnice

HDP – hrubý domácí produkt

IC - Iktové centra

ICHS - ischemická choroba srdeční

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

JIP – jednotka intenzivní péče

KCC - Komplexní cerebrovaskulární centra

km – kilometr

KOC - Komplexní onkologické centrum

KÚNZ – Krajský ústav národního zdraví

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LZS – letecká záchranná služba

MCC – významná komplikace a přidružená nemoc

min. – minut

mj. – mimo jiné

MS – Moravskoslezský

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

např. - například

OECD - Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

okr. – okres

OLÚ – odborný léčebný ústav
OLÚ TRN – Odborný léčebný ústav tuberkulózních a respiračních onemocnění
ORL – otorinolaryngologie
OÚNZ – Okresní ústav národního zdraví
p.o. – příspěvková organizace
r. – rok
RDG – radiodiagnostika
resp. – respektive
Sb. – sbírky
SSSR- Svaz Sovětských socialistických republik
stol. – století
SÚKL - Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZZ Krnov – Sdružené zdravotnické zařízení Krnov
TBC – tuberkulóza
tj. – to je
TRN - tuberkulózní a respirační onemocnění
tzv. – takzvaný
ÚNZ – Ústav národního zdraví
USA – Spojené státy Americké
ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP- Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO - Světová zdravotnická organizace
ZZ – zdravotnické zařízení

SEZNAM TABULEK

- Tab.1: Uvádí celkový počet nemocnic a počet nemocnic akutní péče
- Tab. 2: Uvádí celkový počet lůžek a počet lůžek akutní péče v ČR
- Tab. 3: Index počtu lůžek pro jednotlivé hlavní obory na 1000 obyvatel dle MZ
- Tab. 4: Uvádí průměrnou ošetrovací dobu v nemocnicích (celkem) a v nemocnicích akutní péče
- Tab. 5: Uvádí údaje o nemocnicích MS kraje.
- Tab. 6: Uvádí odhad vzdálenosti FN Ostrava a nemocnic specializované péče, orientační dojezdový čas.
- Tab. 7: Tabulka odborných pracovišť a spádových oblastí pro CMP v MS kraji.
- Tab. 8: Počet hospitalizovaných ve FN Ostrava v roce 2013 podle okresů
- Tab. 9: Udává počty lůžek ve FN Ostrava
- Tab. 10: Návrh minimálního počtu lůžek dle jednotlivých oborů
- Tab. 11: Uvádí rozlohu, střední stav obyvatel a hustotu zalidnění v jednotlivých okresech MS kraje k 31. 12. 2013
- Tab. 12: Počet lůžek a nemocnic v MS kraji
- Tab. 13: Uvádí nemocnice akutní péči MS kraje
- Tab. 14: Uvádí počet hospitalizovaných v ČR, v MS kraji a v okresech MS kraje v roce 2013
- Tab. 15: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Bruntál
- Tab. 16: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Frýdek-Místek
- Tab. 17: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Karviná
- Tab. 18: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Nový Jičín
- Tab. 19: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Opava
- Tab. 20: Uvádí základní údaje nemocnic okresu Ostrava-město
- Tab. 21: Uvádí základní údaje nemocnic MS kraje
- Tab. 22: Uvádí přehled údajů z předchozích výpočtů a tabulek
- Tab. 23: Uvádí spádovou oblast jednotlivých okresů, počet lůžek při 100% a 85% využití.
- Tab. 24: Srovnání počtu lůžek podle uvedených výpočtů
- Tab. 25: Uvádí nemocnice poskytující komplexní péči

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1: Na následující mapě je zobrazena síť nemocnic MS kraje

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1

Graf 1P: zobrazuje počet lůžek v ČR (1994-2013)

Graf 2P: zobrazuje počet nemocnic v ČR (1994-2013)

PŘÍLOHA 2

Tab.1P: Uvádí počet hospitalizovaných, lůžek a nemocnic v ČR (1994-2013)

PŘÍLOHA 3

Graf 3P: Uvádí průměrnou ošetrovací dobu v ČR (1994-20013)

Tab.2P: Uvádí průměrnou ošetrovací dobu v ČR (1994-20013)

PŘÍLOHA 4

Graf 4P: zobrazuje počet lůžek v MS (1995-2013)

Graf 5P: zobrazuje počet nemocnic v MS (1995-2013)

PŘÍLOHA 5

Tab. 3P: Uvádí počet hospitalizovaných, lůžek a nemocnic v MS (1993-2013)

PŘÍLOHA 6

Graf 8P: Uvádí průměrnou ošetrovací dobu v MS (1999-20013)

Tab. 4P: Uvádí průměrnou ošetrovací dobu v MS (1999-20013)

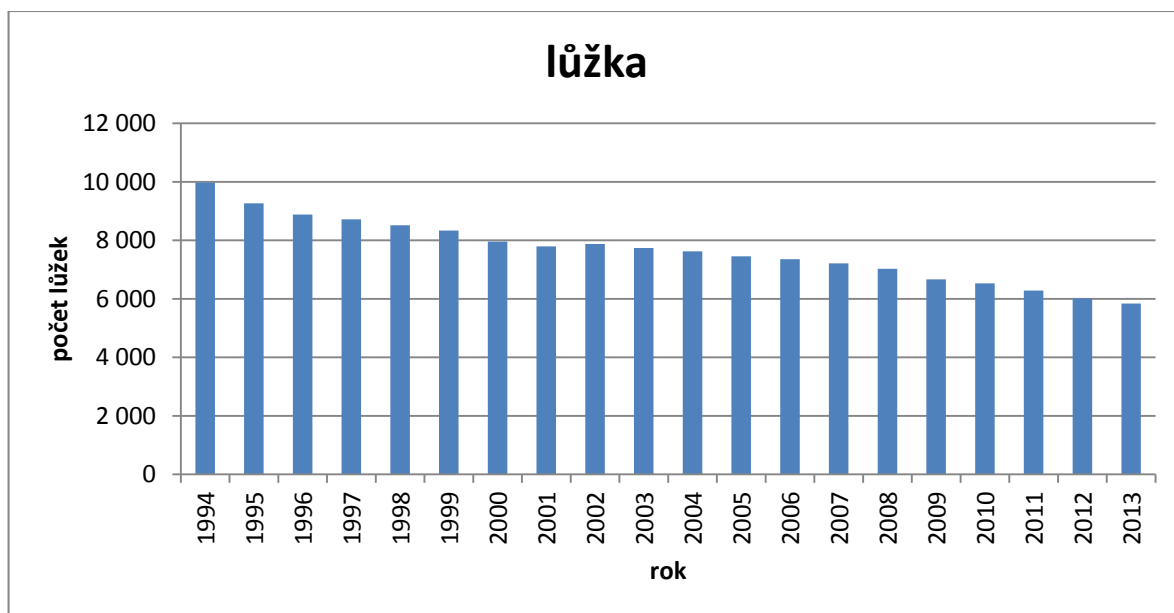
PŘÍLOHA 7

Graf 2P: zobrazuje počet nemocnic v ČR (1994-2013)

Graf 5P: zobrazuje počet nemocnic v MS (1995-2013)

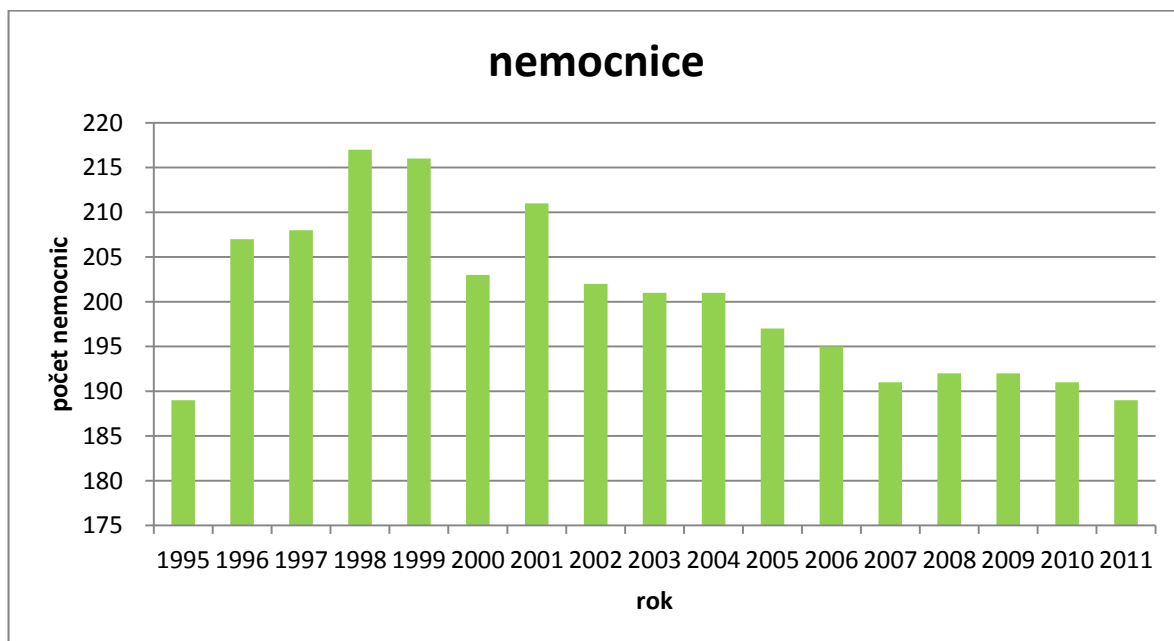
PŘÍLOHA 1

Graf 1P: zobrazuje počet lůžek v ČR (1994-2013)



Počet lůžek v ČR pozvolna klesá od začátku devadesátých let.

Graf 2P: zobrazuje počet nemocnic v ČR (1994-2013)



Počet nemocnic prudce vzrostl koncem devadesátých let, po roce 2001 počet výrazně klesnul.

PŘÍLOHA 2

Tab.1P: Uvádí počet hospitalizovaných (v tis.), lůžek a nemocnic v ČR (1994-2013)

rok	počet		
	hospit.	lůžka	nemocnice
1994	1 997	9 973	189
1995	2 027	9 265	207
1996	2 048	8 884	208
1997	2 053	8 719	217
1998	1 991	8 513	216
1999	1 958	8 332	203
2000	2 017	7954	211
2001	2 032	7792	202
2002	2 108	7877	201
2003	2 180	7740	201
2004	2 222	7625	197
2005	2 223	7456	195
2006	2 184	7353	191
2007	2 187	7215	192
2008	2 164	7026	192
2009	2 165	6666	191
2010	2 155	6528	189
2011	2 132	6282	189
2012	2 181	6013	188
2013	2 157	5838	188

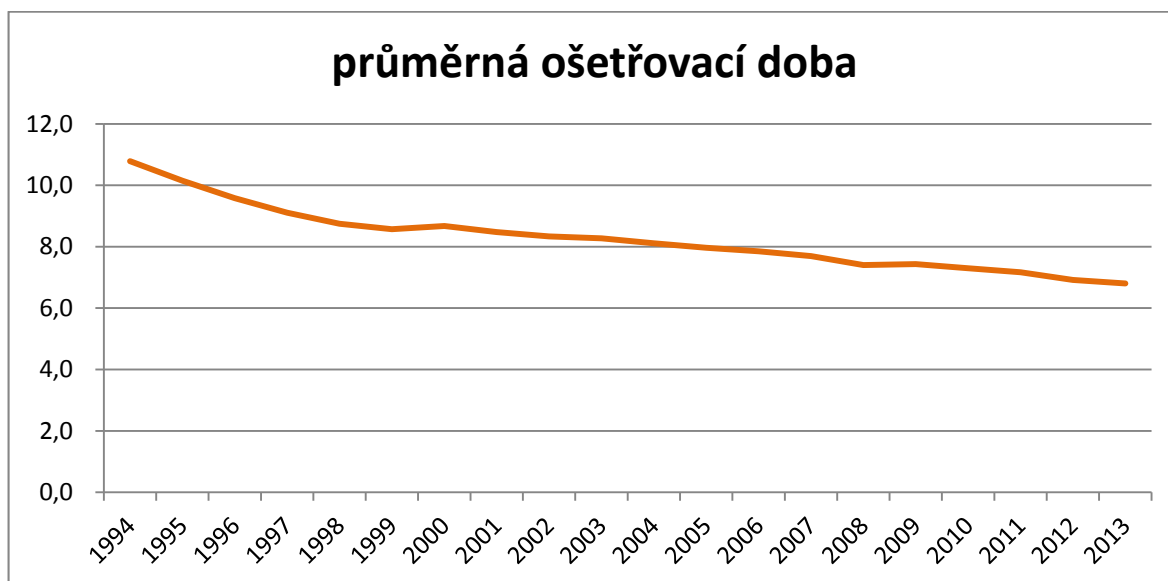
Počet hospitalizovaných se výrazně nemění, ale počet lůžek má klesající tendenci.

Dostupné z:

<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-v-cislech-od-roku-1989-wau52m1y38>

PŘÍLOHA 3

Graf 3P: Uvádí průměrnou ošetřovací dobu v ČR (1994-2013)



Průměrná ošetřovací doba v ČR postupně klesá.

Tab.2P: Uvádí průměrnou ošetřovací dobu v ČR (1994-2013)

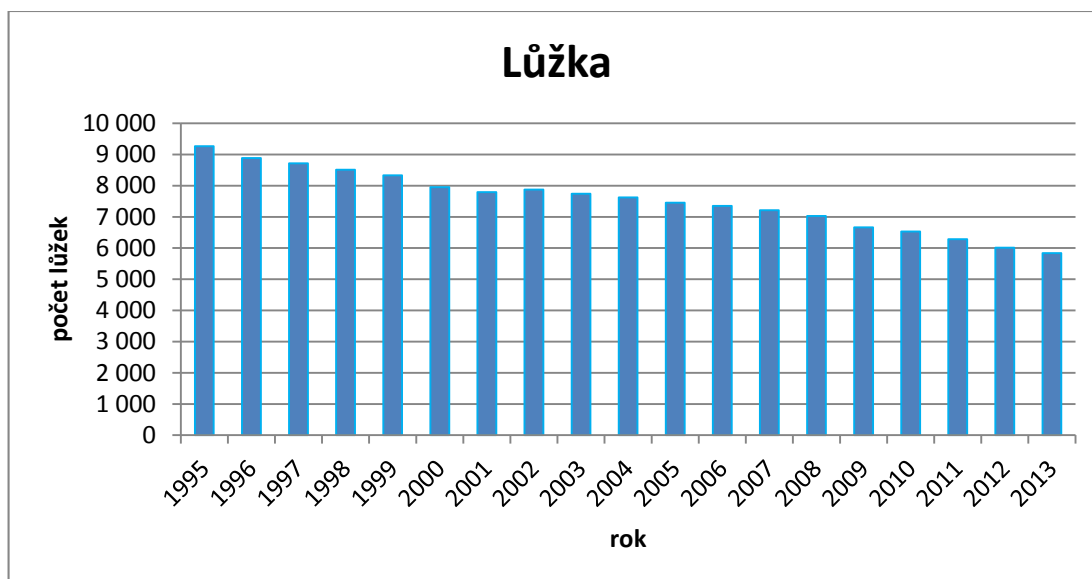
rok	ošetřovací doba
1994	10,8
1995	10,2
1996	9,6
1997	9,1
1998	8,7
1999	8,6
2000	8,7
2001	8,5
2002	8,3
2003	8,3
2004	8,1
2005	8,0
2006	7,8
2007	7,7
2008	7,4
2009	7,4
2010	7,3
2011	7,2
2012	6,9
2013	6,8

Všechny údaje uvedené v tabulkách a grafech v příloze 1, 2, 3 jsou dostupné z:

<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-v-cislech-od-roku-1989-wau52m1y38>

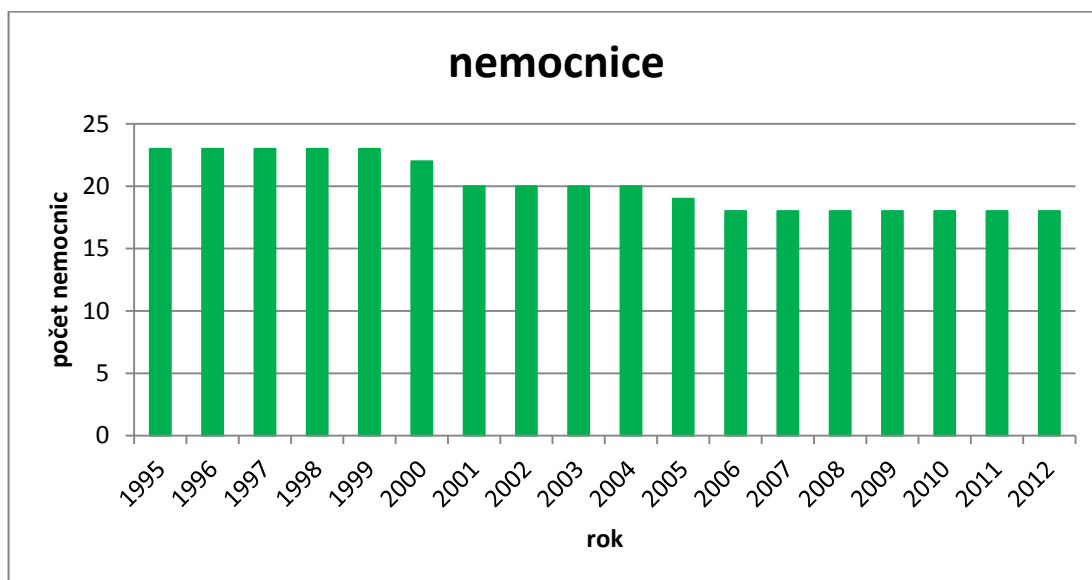
PŘÍLOHA 4

Graf 4P: zobrazuje počet lůžek v MS (1995-2013)



Počet lůžek v MS kraji stejně jako v ČR pozvolna klesá od začátku devadesátých let.

Graf 5P: zobrazuje počet nemocnic v MS (1995-2013)



Počet nemocnic v MS kraji od konce devadesátých let pozvolna klesá, na rozdíl od trendu v celé ČR.

PŘÍLOHA 5

Tab. 3P: Uvádí počet hospitalizovaných, lůžek a nemocnic v MS (1993-2013)

rok	počet		
	hospitalizovaní	lůžka	nemocnice
1993	x	10 042	x
1994	x	9 973	x
1995	x	9 265	23
1996	x	8 884	23
1997	x	8 719	23
1998	x	8 513	23
1999	362 671	8 332	23
2000	243 497	7 954	22
2001	243 838	7 792	20
2002	253 257	7 877	20
2003	262 297	7 740	20
2004	266 024	7 625	20
2005	263 633	7 456	19
2006	258 725	7 353	18
2007	254 654	7 215	18
2008	244 380	7 026	18
2009	248 047	6 666	18
2010	246 928	6 528	18
2011	245 760	6 282	18
2012	248 238	6 013	18
2013	246 868	5 838	18

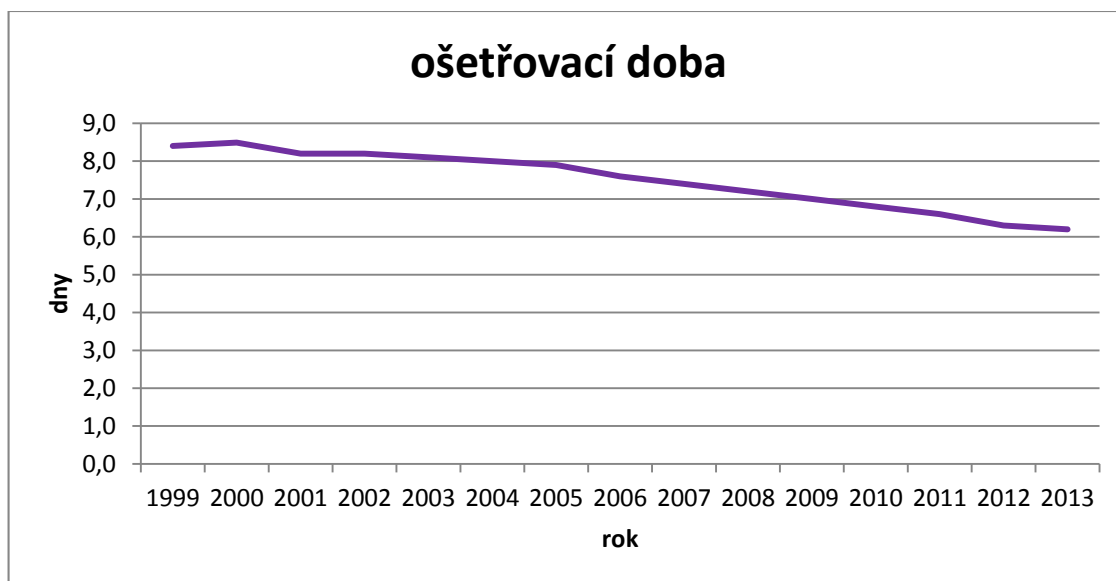
X – údaj neuveden

Hospitalizovaní (v tis.)

Počet hospitalizovaných, ani počet lůžek se výrazně nemění na rozdíl od trendu ČR

PŘÍLOHA 6

Graf 8P: Uvádí průměrnou ošetřovací dobu v MS (1999-2013)



Průměrná ošetřovací doba v MS kraji postupně klesá.

Tab. 4P: Uvádí průměrnou ošetřovací dobu v MS (1999-2013)

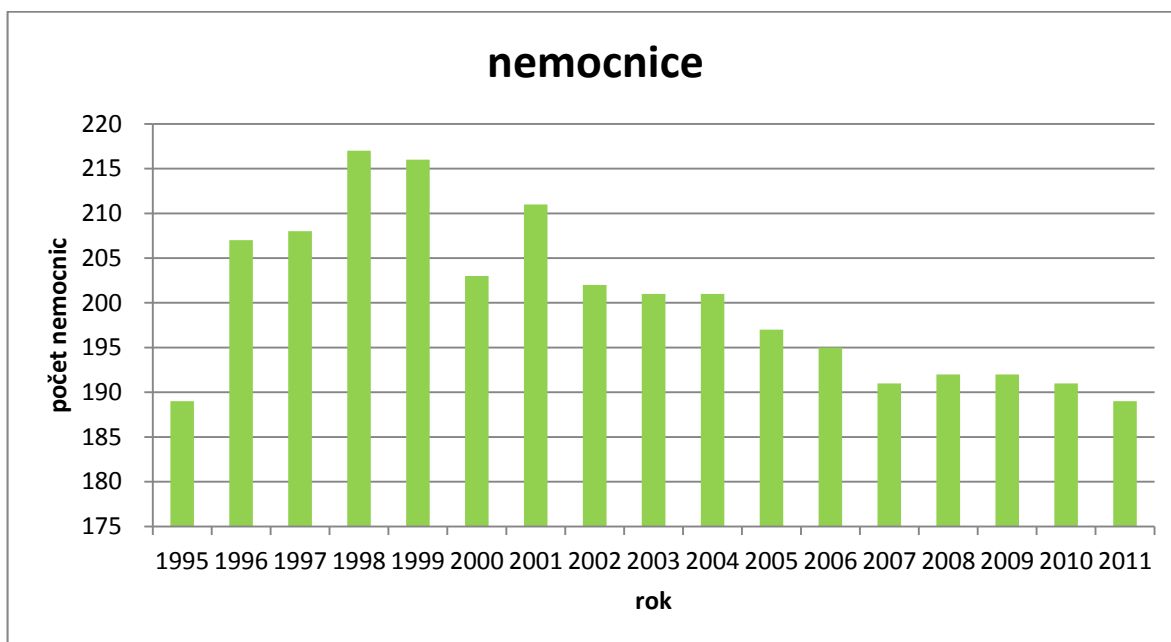
rok	ošetřovací doba
1999	8,4
2000	8,5
2001	8,2
2002	8,2
2003	8,1
2004	8,0
2005	7,9
2006	7,6
2007	7,4
2008	7,2
2009	7,0
2010	6,8
2011	6,6
2012	6,3
2013	6,2

Všechny údaje uvedené v tabulkách a grafech v příloze 4,5,6 jsou dostupné z:

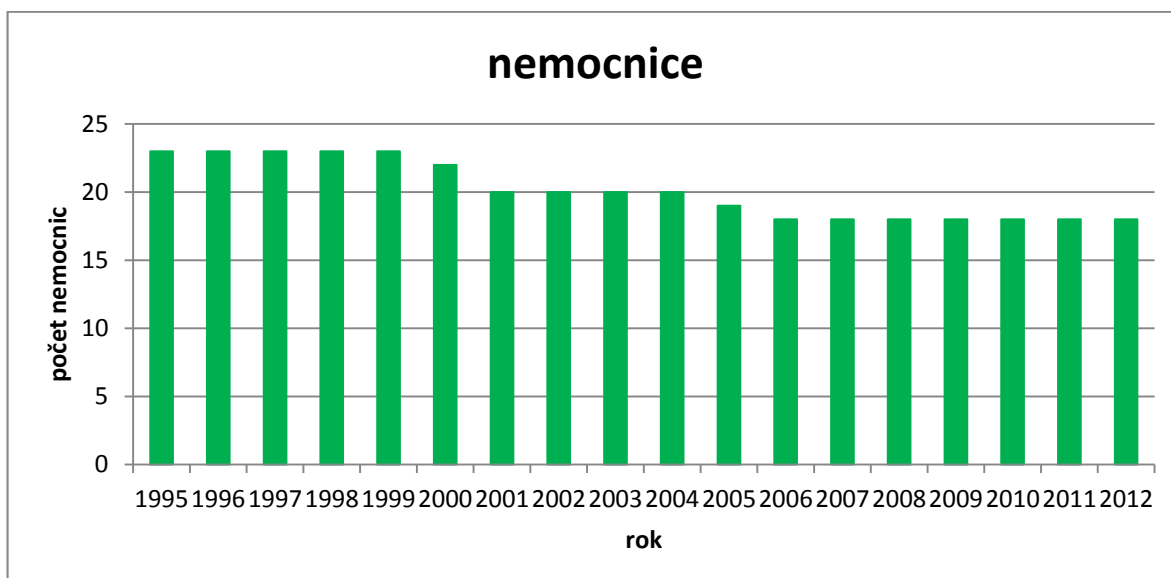
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
https://www.czso.cz/csu/xt/casova_rada_vybrane_ukazatele_za_moravskoslezsky_kraj

PŘÍLOHA 7

Graf 2P: zobrazuje počet nemocnic v ČR (1994-2013)



Graf 5P: zobrazuje počet nemocnic v MS (1995-2013)



Z grafů je vidět, že v MS kraji je úbytek nemocnic plynulý, v ČR došlo k výkyvům na přelomu 1999/2000.