

Analýza – Kapitola VI.

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

Obsah

Analýza – Kapitola VI. (Textová část).....	3
Úvod.....	4
Obecný pohled na strukturu zdravotní lůžkové péče.....	4
Návaznost sociálního systému.....	5
Péče na konci života.....	6
Obecný statistický pohled na zdravotní lůžkovou péči.....	6
Akutní lůžková péče.....	10
Kapacity akutních lůžek.....	10
Využití lůžkového fondu.....	10
Objemy hospitalizačních výkonů.....	11
Délka hospitalizací.....	12
Jednotliví poskytovatelé akutní péče a stav v okresech KHK.....	13
Migrace pacientů za akutní péči z pohledu celého kraje a jednotlivých okresů.....	15
Důvody hospitalizací.....	18
Efektivita a hlavní problémy akutní lůžkové péče v KHK.....	18
Následná a dlouhodobá zdravotní lůžková péče.....	22
Úvod.....	22
Statistické pohledy na neakutní lůžkovou péči.....	23
Poskytovatelé neakutní lůžkové péče zdravotní péče v KHK.....	25
Migrace pacientů za následnou zdravotní lůžkovou péči.....	26
Sociální péče.....	27
Problematika paliativní péče a konce života.....	31
Vývoj paliativní medicíny.....	31
Potřeba paliativní péče.....	32
Trendy v paliativní medicíně.....	33
Souhrn problémů lůžkových zdravotních služeb, včetně problémů na pomezí služeb sociálních a paliativních.....	35
Úvod.....	35
Změny a problémy v oblasti lůžkové péče.....	36
Finanční deficity v lůžkové péči.....	37
Přetrvávající problémy z pohledu pacientů.....	37
Seznam použité literatury a citací.....	39
Analýza - Kapitola VI. (Obrazová část).....	41
Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy.....	99

Stručný uživatelský manuál

- V sekci [Analýza – Kapitola VI. \(Textová část\)](#) nabízejí **červené názvy obrazů** (nebo červený odkaz na obraz) možnost přejít na konkrétní obraz. Návrat zpět k původnímu textu je možný kombinací kláves Alt a šipka doleva.
- V části s názvem „[Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy](#)“ jsou pro snazší orientaci uvedeny nejprve komentáře a následně obrazy, které jsou součástí jiných kapitol Analýzy. Jedná se však pouze o prvotní obrazy, na které je odkazováno v textové části této kapitoly. V případě, že je v komentáři uveden odkaz na další obraz, pak již není součástí této přílohy a je uveden v příslušné kapitole Analýzy. **Modrý název obrazu** je zde zároveň přímým odkazem na konkrétní obraz. **Zelený název obrazu** je přímým odkazem zpět na komentář ke konkrétnímu obrazu.

Analýza – Kapitola VI. (Textová část)

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

Úvod

Obecný pohled na strukturu zdravotní lůžkové péče

Kategorizace lůžkové zdravotní péče v ČR a její nomenklatura není úplně jednotná a pohledy zákona o zdravotních službách¹, zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR, a v praxi používané terminologie se dost liší. Uvedené skutečnosti činí analýzu této oblasti, poměrně náročnou, už jen proto, že do Koncepce je potřeba zahrnout i některé sociální pobytové služby, které plynule navazují na pohyb pacienta zdravotnickým systémem.

Samostatný subsystém lůžkové péče vedle akutní a následné péče tvoří i lázeňská léčebně rehabilitační péče a podle dlouhodobého zvyku většinou do statistik a analýz lůžkového fondu zdravotnictví nejsou tato lůžka zahrnována (pokud dále není uvedeno jinak) a neuvádějí se ani v zahraničních statistikách. Menší část lůžek v některých lázeňských zařízeních byla však v posledním desetiletí převedena z lázeňských na čistě rehabilitační lůžka. Zůstávají součástí „lázní“ v tradičním smyslu slova, ale z hlediska úhrad de facto tvoří kategorii stejných zdravotnických lůžek, která jsou v rehabilitačních ústavech (Odborný léčebný ústav, dále jen „OLÚ“). Jedná se potom podle nomenklatury VZP o lůžka odbornosti 2U1-OLÚ rehabilitační péče, popřípadě 3U1-pediatrická péče (viz dále, obr. 6.1b). Lůžka tradiční lázeňské péče většinou nejsou vázána na krajskou strukturu a mají převážně celostátní spádovost. V celostátních ekonomických statistikách jsou náklady na lázeňskou léčbu sledované zdravotními pojišťovnami odděleně a oproti standardní zdravotnické sféře mají výraznější část svých výnosů od samoplátců a z dalších komerčních zdrojů.

Pro popis lůžkové péče jsou tak jako v jiných oblastech používány ukazatelé kapacit (např. počet lůžek, počet operačních sálů, počet pracovníků) a ukazatelé produkce, zejména počty hospitalizovaných, ošetrovacích dnů, ošetrovacích dnů na JIP, operací, konkrétních specifických léčebných či diagnostických výkonů apod.

Jak již bylo demonstrováno na příkladu lázní, v nomenklatuře různých druhů lůžek, na nichž se péče poskytuje (akutní lůžka, lůžka JIP, lůžka následná aj.) a v nomenklatuře zdravotnických zařízení, kde se tato péče poskytuje (akutní nemocnice, sanatorium, nemocnice, resp. léčebna následné péče aj.) panuje značná nejednotnost, která komplikuje hodnocení a porovnávání statistik. V současné době se ustálilo, že je potřeba odlišovat zejména dvě oblasti lůžkové péče, akutní a neakutní, které se pojmenovávají a definují různě, a zde pro přehlednost se budou používat následující termíny.

- *Zdravotní lůžková péče akutní* je nemocniční péče, která je časově omezena a má sloužit k vyléčení pacienta nebo k vyřešení dílčího problému na lůžku specializovaného oboru. Akutní péče neznamená jen péči urgentní ve smyslu okamžité nebo neodkladné péče, protože pacient může být na akutní lůžko podle předchozí definice přijímán nejen akutně (urgentně), ale i plánovaně. Akutní lůžka se obvykle provozují ve všeobecných akutních nemocnicích, což ale neznamená, že akutní lůžková péče nemůže být provozována i v úžeji orientovaných nemocnicích bez všech základních oborů, popřípadě v nemocnicích bez nepřetržité péče pro jiné než hospitalizované pacienty. V KHK je typickým příkladem První privátní chirurgické

¹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=z%C3%A1kon+%C4%8D.+372%2F2011>

centrum, spol. s r.o. (dále jen „PPCHC“) a v ČR existuje řada jednooborových sanatorií s akutními lůžky (např. ortopedická) nebo specializované ústavy, např. IKEM (Institut klinické a experimentální medicíny Praha, zaměřený na kardiologickou a kardiochirurgickou problematiku a transplantační medicínu). Ze statistického pohledu je proto jasně potřeba rozlišovat, kdy se mluví o akutní lůžkové péči a kdy naopak o akutních nemocnicích, které mohou poskytovat nejen omezené spektrum oboru nebo Emergency, ale také mohou mít i neakutní lůžka následné či dlouhodobé péče.

- *Zdravotní lůžková péče následná a dlouhodobá (nebo též neakutní)* má dva typy lůžek, které jsou oddělené pro účely úhrad, ale nejsou definované úplně přesně, takže v praxi mezi nimi nelze udělat ostrou hranici a výrazně se prolínají.
 - *Na následných lůžkách* jsou hospitalizováni převážně pacienti, kteří potřebují doléčení po akutní hospitalizaci, např. běžný internistický dohled, rehabilitaci či péči o nutrici, a to tak dlouho, dokud pacient není schopen přejít do ambulantní nebo domácí péče. Obvyklá doba hospitalizace bývá 1-2 měsíce, ale má velký rozptyl v závislosti na spektru pacientů a vývoji jejich stavu.
 - Pokud pacient nadále potřebuje hospitalizaci, následuje pobyt *na lůžkách dlouhodobé péče*, která se snaží o stabilizaci zdravotního stavu pacienta a zvládají mírnější kolísání zdravotního stavu. Tato péče vyžaduje lékařský dohled, ale dominuje ošetrovatelská péče zdravotních sester, udržování pacienta pomocí rehabilitace a dobré nutriční a léčba reziduálních, obvykle chronických onemocnění a případných exacerbací.
 - Zdravotnická zařízení, která tyto formy péče poskytují, bývala nazývána léčebnami, dnes se ale nomenklatura posunuje k názvu nemocnice (např. nemocnice dlouhodobé péče, psychiatrické nemocnice, odborné léčebné ústavy se zaměřením na určité choroby, rehabilitační ústavy, apod.). Nomenklatura zdravotnických zařízení však dosud není plně ustálená (viz dále, obr. 6.1b). Např. LDN Hradec Králové má všechna smluvní lůžka typu 9U7 – Následná péče o pacienty (délka hospitalizace 68,4 dne, r. 2018), zatímco doléčovací oddělení ve FN HK má dlouhodobá lůžka typu 9F9 – ošetrovatelská lůžka (délka hospitalizace 38,4 dne, r. 2018).

Návaznost sociálního systému

Hypotetický, dlouhodobě léčený pacient modelově prostupuje systémem lůžkové péče v tomto pořadí

- akutní lůžková péče intenzivní,
- akutní lůžková péče standardní,
- následná lůžková péče (ve smyslu krátká nebo doléčovací, obvykle poskytovaná v délce týdnů nebo několika měsíců) a
- dlouhodobá lůžková péče (ve smyslu delší až trvalá).

Na konci uvedeného řetězce, kdy již zdravotnické úkony nevyžadují velké intenzity, ale spíše velký objem základní ošetrovatelské péče, aktivizaci pacienta a péči o nutrici, jsou sociální pobytové služby, kde jsou obvykle jak pacienti s dlouhodobými zdravotními problémy a postiženími, ale i pacienti, vyžadující pouze dohled a pečovatelskou službu, zajišťující bazální existenční potřeby. Jak bude diskutováno dále, jsou tato sociální zařízení, zejména

s větším objemem těžkých, chronicky nemocných pacientů, často upoutaných na lůžko, nerozlišitelná od zdravotnických zařízení dlouhodobé péče. Protože jsou sociální zařízení zajištěna personálně i finančně hůře než zařízení zdravotnická, existují s velkými problémy, není jich dostatek, trpí nedostatkem personálu a cítí se zdravotnickým systémem zanedbávána, což nepodporuje dobré vztahy tam, kde je potřeba efektivně spolupracovat.

Vzhledem ke zdvojení ministerstev, která mají zdravotnická a sociální zařízení ve své gesci, liší se tato zařízení v celé řadě organizačních a ekonomických charakteristik. Jejich funkční návaznost je však tak těsná, že pobytová sociální zařízení byla zařazena do této kapitoly Analýzy. Bez znalosti problémů sociální sféry, by se koncepce zdravotnictví na jakékoli úrovni neměla obejít právě proto, aby řešení vztahů se zdravotnictvím bylo snazší. Výrazný posun pro porozumění této oblasti znamenala publikace Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR.²

Péče na konci života

K popisu hlavních aktérů lůžkové péče je ještě nutno dodat, že ji doplňuje i oblast terminální péče o pacienta na konci života, výrazně viditelná prostřednictvím hospicového hnutí, kde se zdravotnická sféra se sociální i charitativní sférou též výrazně prolíná. Zdaleka ne všechny umírající však může hospicová péče, která se soustřeďuje nejvíce na onkologickou oblast, v současnosti pokrýt. Situace není úplně přesně zmapovaná a zkušenosti ukazují, že v některých zařízeních není dostatek lůžek, i když ne všude lékaři hospicovou péči doporučují a občas je naopak problém kapacitu plně využít. Jisté však je, že síť hospiců či běžných neakutních zařízení, která poskytují kvalitní paliativní péči vůbec není dostatečná na to, aby byla paliace pohodlně a denně geograficky dostupná pro blízké pacientů. Část této kapitoly bude problematice oboru paliativní medicína ještě věnována. Obor má širokou vazbu i na gerontologii, která se věnuje obecným zkušenostem s péčí o pacienty vyššího věku a ti samozřejmě v oblasti problematiky konce života reprezentují největší počet osob, vyžadujících zvláštní ohledy.

Obecný statistický pohled na zdravotní lůžkovou péči

Obr. 6.1a Druhy lůžkové péče podle číselníku ÚZIS ČR

Obr. 6.1b Druhy lůžkové péče podle číselníku VZP – stav v KHK, 2020

Obrazy se vrací k výše popisované nomenklatuře lůžek a zdravotnických zařízení.³ ²Kódy na obr. 6.1a jsou kódy zdravotnických zařízení dle číselníku DRZAR (druh zařízení) ÚZIS ČR. Nejedná se o kódy lůžek, resp. lůžkových odborností VZP, ty jsou prezentovány na obr. 6.1b. Každý poskytovatel v tabulce obr. 6.1a má sice hlavní oblast lůžkové péče, kterou poskytuje, ale neznamená to, že nemůže mít smlouvu se zdravotními pojišťovnami o poskytování i dalších forem lůžkové péče. Jak bylo zmíněno, akutní nemocnice mají celkem

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

³ NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

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

běžně oddělení, kde poskytují ošetrovatelskou nebo následnou péči a naopak, např. psychiatrické nemocnice/léčebny poskytují vedle následné a dlouhodobé péče obvykle i péči akutní, protože je v akutních nemocnicích nedostatková.

Členění zdravotních lůžek, používané zdravotními pojišťovny ve smlouvách, uvedenou nomenklaturu následná versus dlouhodobá lůžka pojímá odlišně. **Obr. 6.1b** demonstruje číselník VZP, kde je v levém sloupci výčet všech hospitalizačních odborností, které jsou nasmlouvány v KHK. Logika členění je však jiná, zejména v oblasti neakutní péče a není z ní možno jasně shrnout, co vlastně patří do péče následné a co do péče dlouhodobé, které, jak bude patrné dále, ÚZIS ČR jasně vyčleňuje.

Obr. 6.2 Dvě možné metody sledování počtu zdravotních lůžek

Z uvedených důvodů diskrepance mezi názvem zdravotnického zařízení a spektrem jeho lůžek je nutno při studiu statistik různých typů hospitalizačních lůžek sledovat metodiku zpracování dat. Do roku 2014 uváděl ÚZIS ČR výlučně

- *počet akutních lůžek* jako součet všech lůžek v akutních nemocnicích (tj. do tohoto čísla se započítala i lůžka neakutní, pokud je nemocnice měla – viz levá část tabulky),
- *počet lůžek následné a dlouhodobé péče* jako součet všech lůžek v nemocnicích následné péče a v OLÚ, které jsou pro následnou péči vyčleněné (tj. do tohoto čísla se započítala i lůžka akutní, pokud je nemocnice měla – viz pravé část tabulky).

Nověji se používá logičtější metoda, kdy se počítá s více typy lůžek u každého poskytovatele a odděleně napříč zdravotnickým zařízením se sčítají lůžka akutní a odděleně lůžka neakutní. V prezentované tabulce je zobrazen rozdíl obou metod ve zjištěných počtech lůžek. Zatímco celkový počet lůžek není zkrácen a na obou stranách tabulky je stejný, v počtech akutních a neakutních lůžek je mezi oběma metodikami podstatný rozdíl. V roce 2017 byl celkový počet všech typů zdravotnických lůžek v ČR 77 578 (bez lůžek lázeňské péče). Pokud se toto číslo rozdělí podle starší metodiky (levá strana tabulky) a podle nové metodiky (pravá strana tabulky), posune se hranice mezi oběma skupinami o 9 215 lůžek, tj. více než o 10 %. Vzhledem k faktu, že celkový počet lůžek se v ČR v letech 1997-2017 snižoval v průměru pomaleji než o 1 % ročně (**viz obr. 6.4**), dokladuje to, jak by mohlo zanedbání metodických rozdílů statistiky výrazně zkreslit.

Prezentaci struktury lůžkového fondu podle pravé strany tabulky zavedl ÚZIS ČR až od r. 2014. Je nyní prezentována ve Zdravotnické ročence ÚZIS ČR⁴, ale pouze v textové části kapitoly č. 3 (Síť a činnost zdravotnických zařízení), v níž jsou uvedeny údaje o počtu lůžek „z hlediska formy poskytované péče“ a jen za celou republiku. Tento pohled se již neobjevuje v tabulkách č. 3.1.1, 3.1.2 a 7.3 - členění podle krajů a okresů, kde zůstává stará metodika a pohled na všechna lůžka v akutních nemocnicích a počty lůžek v nemocnicích neakutních.

Určitá metodická pozornost ohledně počtu všech lůžek i ohledně jejich struktury je potřebná zejména u mezinárodních statistik. Rozdíly absolutních počtů lůžek proti domácím statistikám jsou způsobeny různými metodikami na získávání a zpracování prvotních dat, ale i přepočty hodnot jednotlivých zemí na standardizovanou populaci. V případě neakutní péče hraje roli i definice rozhraní mezi zdravotními a sociálními lůžky, protože hranice mezi nimi je položena v různých zemích odlišně. Statistiky je v takovýchto případech potřeba hodnotit

⁴ *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

opatrně, i když i přes metodické difference stále umožňují posuzování stavu ČR podle pořadí mezi ostatními zeměmi a podle vývoje v čase.

Obr. 6.3 Celkový zdravotní lůžkový fond OECD, r. 2000-2017

Celkový počet zdravotních lůžek v zemích OECD a jejich růst či pokles ukazuje v mezinárodním kontextu graf OECD⁵. Vyplývá z něj, že ČR i přes mírný pokles patří k zemím s vyšším počtem lůžek a z evropských zemí je před námi jen Německo, Rakousko a Maďarsko. Naopak pod průměrem jsou z evropských zemí zejména Švýcarsko, Velká Británie, Holandsko a skandinávské země. Graf má v sobě i údaje o časovém vývoji, kdy u nás v období let 2000 až 2017 došlo ke snížení počtu lůžek ze 7,7 na 6,6 lůžek / 1000 obyvatel, aniž by se však naše pozice vysoko nad průměrem zemí OECD 4,7 lůžka / 1 000 obyvatel nějak výrazněji změnila.

Uvedené snížení za 17 let potvrzuje důležitost metodik, diskutovanou v předchozí části, kde byl dokladován více než 10% rozdíl počtu lůžek v závislosti na metodice, jak počítat akutní a neakutní lůžka. Metodika, podle které byl počet lůžek v ČR v r. 2017 na tomto grafu zobrazen (cca 69 300 lůžek), přibližně ukazuje, že lůžka byla počítána podle metodiky OECD (akutní nemocnice, psychiatrické a odvykací léčebny, ale bez nemocnic dlouhodobé péče). Vysvětluje to odlišný počet lůžek v ČR za r. 2017 (77 578 všech lůžek) na následujícím obr. 6.4.

Obr. 6.4 Vývoj celkového lůžkového fondu ČR, r. 1997-2017

Graf ÚZIS ČR, se kterým může být předchozí analýza OECD porovnávána, zobrazuje všechna zdravotnická lůžka ČR (s výjimkou 21 925 lůžek lázeňských léčeben) v časové řadě³. Celkový počet všech typů lůžek v období 1997–2017 se snížil z původních 95 220 na 77 578, tj. o 17 642 lůžek (o téměř 19 %), což je v průměru méně než 1 % ročně.

Potřeby počtu lůžek byly ve zdravotnictví vždy předmětem diskuzí kvůli zdravotním potřebám a nákladům. V posledních desetiletích se vyvinulo poznání, že důležitý je nejen celkový počet lůžek, ale i jejich struktura a zájem se obrátil k následným lůžkům, zejména s ohledem na stárnutí populace, nárůst chronických onemocnění a delší přežívání osob s vážnějšími onemocněními. Proto roste i důležitost spolehlivého statistického mapování následné péče a díky zmíněné změně metodiky (viz informace k obr. 6.2) je možno vývoj sledovat, a to alespoň od r. 2014.

Obr. 6.5 Vývoj počtu akutních a neakutních lůžek ČR, r. 2014-2018

Tabulka ukazuje, jaký podíl z celkových lůžek připadá na obě skupiny, tj. akutní lůžka a následná a dlouhodobá lůžka. Za poslední 4 roky je patrné, že se celkový počet lůžek zvýšil jen minimálně, ale následných a dlouhodobých lůžek přibývalo (618, tj. +2,15 %) a akutní lůžka naopak ubyly (-464, tj. -0,95 %). Obě sféry budou popsány detailněji níže.

Do tabulky je vložena i informace o počtu lůžek v lázeňských léčebnách, která se, jako určitá výjimečnost v ČR, obvykle do statistik zdravotních lůžek uvádí zvlášť. Pokud se někdy uvádí lůžka ve statistických údajích zdravotních pojišťoven, je jich obvykle o něco méně, protože část jich stojí mimo úhrady a slouží komerčním účelům. Další metodický problém spočívá ve faktu, že v posledních letech může být část lázeňských lůžek zdravotními pojišťovnami

⁵ *Health at a Glance 2019*: OECD Indicators, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

³ NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

nasmlouvána jako lůžka rehabilitační a jsou potom někdy započítávaná jako dlouhodobá rehabilitační lůžka (2U1 podle nomenklatury VZP). Podrobněji se k problematice neakutních zdravotnických lůžek bude ještě debatovat v části o následné péči.

Obr. 6.6 Základní ukazatele pro hospitalizace v KHK, r. 2018

Jak již bylo zdůrazněno, počet lůžek vyjadřuje kapacitu pro poskytování lůžkové péče. Naproti tomu výkonové ukazatele popisují produkci, kam v rámci lůžkové péče patří počet hospitalizací, délka hospitalizace a počty ošetrovacích dnů, které jsou vzájemně provázány. Tabulka těchto parametrů pro KHK pro různé typy hospitalizací ukazuje, že výrazně převládají počty akutních hospitalizací, které mají krátkou ošetrovací dobu, zatímco následných a dlouhodobých hospitalizací je méně a hospitalizace jsou dlouhé.⁶ Tato tabulka v modifikované podobě bude ještě dále probírána v částech akutní péče a následné a dlouhodobé péče.

Metodická poznámka. Procenta, zobrazená v obr. 6.6, jsou podíly hospitalizací, resp. ošetrovacích dnů z hospitalizační produkce v celé ČR. Protože podíl KHK na celé populaci ČR je 5,2 %, znamená to, že tam, kde je procentní údaj nižší, se v kraji provádí relativně méně výkonů než v ČR a naopak. Příklad řádku akutních hospitalizací ukazuje, že se jich provádí v KHK méně než v ČR (4,9 %). Ošetrovacích dnů přitom vzniká v KHK relativně více (5,8 %). V tomto případě je to důsledek delší ošetrovací doby. Uvedená metoda srovnání vyššího a nižšího celku je v analýze ÚZIS ČR⁷⁴ využívána poměrně běžně a byla převzata i do řady obrazů v této Analýze.

⁶ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Akutní lůžková péče

Kapacity akutních lůžek

Obr. 6.7 Počet lůžek akutní péče v krajích r. 2015-2018

Počty akutních lůžek v krajích na 1 000 obyvatel jsou na grafu v sestupném pořadí. KHK má jeden z nejvyšších počtů akutních lůžek v ČR. Pro KHK jsou vloženy navíc dva sloupce (samotný Hradec Králové a zbytek KHK bez města Hradce Králové), kde je patrné, že v kraji jsou lůžka rozložena nerovnoměrně. Je to dáno převážně faktem, že v referenčních krajských nemocnicích s centry vysoce specializované péče je pro služby, které poskytují celému kraji, více lůžek potřeba. Protože obecně ve fakultních nemocnicích je takovýto služeb centralizováno ještě více a jsou využívány i okolními kraji, jsou všechny kraje s fakultní nemocnicí v horní polovině grafu.

Využití lůžkového fondu

Obr. 6.8 Využití akutního lůžkového fondu v krajích a jeho časový vývoj, r. 2015-2018

Využití lůžkového fondu se vyjadřuje v různých ukazatelích. Zde je použita tzv. obložnost, což je procento ze všech dní v roce, kdy je průměrné lůžko obsazeno pacientem. Optimální hodnota v akutních nemocnicích se pohybuje mezi 70-80 %, vyšší hodnoty jsou již rizikové, protože příchod pacientů a potřeby jejich hospitalizace bývají nerovnoměrné a nemocnice si musejí ponechat určitou rezervu pro mimořádné stavy. Graf ukazuje, že průměrné využití lůžek v ČR je výrazně nízké (64 %) a klesalo v období 2015-2018 téměř ve všech krajích. Příčinou je pravděpodobně zavírání některých lůžek z důvodů chybějícího personálu. Propad obložnosti v KHK je třetí nejvyšší po Pardubickém a Jihomoravském kraji.

Obr. 6.9 Využití celkového lůžkového fondu v mezinárodním srovnání OECD, r. 2000 a 2017

Mezinárodní srovnání na grafu, který reprezentuje akutní a část následné péče, potvrzuje nižší obložnost v ČR, což vždy vyvolává otázku, zda není objem lůžek nadbytečný a tím zbytečně drahý. Obložnost je u nás o 5 procentních bodů pod průměrem OECD, ale na grafu je patrné, že v Evropě je přinejmenším jeden zdravotnický systém, jehož efektivita je považována za vysokou, ale má přitom využití lůžek ještě o dalších 5 proc. bodů nižší než my (Holandsko, 65,4 %). (Pozn.: obložnost výlučně akutních lůžek v zahraničí není k dispozici a metodika na uvedeném grafu spíše reprezentuje celkový zdravotní lůžkový fond; obecně platí, že čím delší je ošetrovací doba, tím vyšší je obložnost, protože kolísání počtu příchozích pacientů je nižší a přijetí je možno lépe plánovat).

Faktem je, že kromě investičních nákladů obložnost tak velkým problémem není, protože hlavní část nákladů generuje lůžko obsazené, zejména pokud je zdravotnický personál z neobsazených lůžek efektivně využit pro pacienty jinak. Manažery nemocnic do redukce lůžek tedy náklady příliš netlačí, pokud problém s flexibilitou personálu nemají. Záložní lůžko poskytuje provozní rezervu a jistotu, že bude-li potřeba, je lůžko rychle k dispozici, zatímco otevírání nových lůžek zdravotní pojišťovny většinou brzdí. Naopak ale při nové nemocniční výstavbě je však samozřejmě optimální potřebu lůžek nutno posuzovat přísněji, protože investiční náklady s každým lůžkem v podstatě lineárně rostou.

Kapacita všech lůžek se v ČR za necelá dvě desetiletí snížila o cca 19 % (viz obr. 6.3 a 6.4) a na rozdíl od snah o redukci lůžkového fondu v 90. letech se u nás již od přelomu tisíciletí o velkém nadbytku akutních lůžek téměř nemluví. Podle praktické zkušenosti v KHK akutní lůžka v běžném provozu spíše chybí (z pohledu FN HK zejména pro intenzivní péči a v rámci ZH KHK hlavně v nemocnici Rychnov n. Kněžnou). Je to přičítáno i nedostatku doléčovacích lůžek, který zbytečně prodlužuje dobu akutních hospitalizací a klíčovým problémem posledních let je i nedostatek personálu (zejména zdravotních sester), kvůli kterému jsou v současnosti zavřena celá nemocniční oddělení.

Objemy hospitalizačních výkonů

Obr. 6.10 Počty hospitalizací v r. 2000 a 2017 v zemích OECD

O výkonnosti a efektivitě lůžkových služeb lépe, než obložnost informuje počet hospitalizací a jejich vývoj v čase. Počty celkových hospitalizací (bez dlouhodobé péče) jsou podle mezinárodního srovnání v ČR zřetelně vyšší než v zemích OECD a činí v ČR 198/1000 obyvatel, průměr OECD 154/1000. Nejvyšší údaje jsou v Německu a Rakousku, další je Litva, Rusko a my jsme pátí. Okolo průměru se pohybují Norsko, Izrael, Dánsko, ale též Řecko. Na nejnižší hranici od 130/1000 a níže jsou USA, Holandsko, Kanada, ale i Itálie, Portugalsko či Španělsko.

Z uvedeného nelze úplně jednoznačně vyčíst, který stav je pro efektivitu systému pozitivní a který nepříznivý. Hospitalizovanost ovlivňuje ve velké míře tradice v praktikování medicíny, která je v ČR poměrně konzervativní, ale také dostupnost a kvalita praktických lékařů, ambulantních služeb, ambulantních stacionářů, domácí péče a v neposlední řadě i jejich kapacitní a dopravní dostupnost. (Podrobnější analýza hospitalizovanosti v okresech KHK ve srovnání s ČR viz obr. 6.21).

Obr. 6.11 Vývoj hospitalizací v KHK oproti ČR – všechny akutní hospitalizace

Obr. 6.12 Vývoj hospitalizací v KHK oproti ČR – jen akutní hospitalizace s operací

Dvě sady tabulek podrobně zobrazují celé spektrum parametrů, popisujících problematiku akutních hospitalizací pro KHK. Data ukazují, že:

- klesají počty hospitalizovaných v kraji,
- počty hospitalizovaných jsou na konci sledovaného období zřetelně nižší, než je průměr ČR,
- procento migrujících pacientů do kraje se zvyšuje a
- délka hospitalizace v KHK je i přesto, že dochází k jejímu zkracování, stále oproti ČR dlouhá.

Podrobnější popis. Tabulky ukazují počet hospitalizací, počet ošetrovacích dnů, délky hospitalizace a podíl pacientů, kteří migrují do KHK z jiných krajů, včetně jejich vývoje v období let 2007-2018. První tabulka (obr. 6.11) mapuje všechny akutní hospitalizace (tj. včetně hospitalizací s operačním výkonem), druhá (obr. 6.12) pouze akutní hospitalizace spojené s operačním výkonem. V obou případech klesají počty hospitalizovaných. Tento velmi výrazný vývoj dokládá i procentní podíl hospitalizovaných v KHK oproti ČR, který se z nadprůměrné hodnoty 5,3 % (všechny hospitalizace), resp. 5,4 % (hospitalizace s operací) snížil na podprůměrných 4,9 % (viz metodická poznámka u obr. 6.6). Počty ošetrovacích dnů se však v KHK snižovaly pomaleji než v ČR a s tím přímo souvisí i pomalejší zkracování ošetrovací doby v KHK oproti ČR. Z posledních sloupců v obou obrazech je proto patrné, jak se délka hospitalizace v KHK procentuálně oproti ČR dramaticky zvyšuje. Jistě to souvisí s vysokým průměrným věkem KHK v rámci ČR, ale výraznou roli hrají i sílící stížnosti na nemožnost ukládat pacienty na nedostatečná lůžka následné péče a jejich zbytečné

setrvávání na lůžkách akutních. Vývoj prodělává i parametr procento hospitalizovaných pacientů z jiných krajů v KHK, kde relativní podíl migrujících pacientů do kraje stoupá, více u pacientů s operacemi.

Metodická poznámka a další možné údaje o hospitalizacích. Zde je namístě připomenout dva různé statistické pohledy na počet hospitalizovaných. V obou zde uvedených tabulkách se jedná o hospitalizace, provedené v nemocnicích kraje, jak dokladují sloupce „procento obyvatel jiných krajů“. Opačným pohledem by byly počty hospitalizací, provedené v celé ČR pro občany KHK (tzv. kmenoví pacienti). Obě statistické verze jsou legitimní a jsou svázané migračními tabulkami (viz dále). Údaje o hospitalizacích kmenových pacientů z KHK jsou prezentované v **obr. 6.21**.

Délka hospitalizací

Obr. 6.13 Délka akutních hospitalizací v krajích ČR

Jak již bylo na předchozích obrazech doloženo, na rozdíl od relativně menšího počtu hospitalizací v KHK, je v kraji problémem délka hospitalizací. Graf na tomto obrázku ukazuje, že je nejdelší v ČR, za což je KHK dlouhodobě kritizován. Pro zdůvodnění, zda je to zapříčiněno historickými zvyklostmi, nízkým počtem doléčovacích lůžek nebo obtížnějšími pacienty, však nejsou k dispozici jednoznačná data. (Poznámka: z přehledu hospitalizací jsou vyloučeny diagnózy skupin O00-O99 a Z30-39 dle klasifikace MKN-10, tj. Těhotenství, porod, a šestinedělí z pohledu matky a Kontakt se zdravotnickým zařízením z důvodů reprodukce).⁷

Obr. 6.14 Délka akutních hospitalizací v mezinárodním srovnání OECD

Délka hospitalizace v KHK je i přes své určité zkracování v období r. 2007-2018 (viz obr. 6.11-6.12) výjimečně dlouhá. V mezinárodním srovnání dle grafu OECD je patrné, že ČR jako celek se ocitla mezi zeměmi s nižšími hodnotami. Pokud by se hypoteticky zkrátila doba hospitalizace v KHK na průměr ČR, klesla by obložnost r. 2018 z hodnoty blízké průměru ČR (63 %) na nejnižší místo žebříčku (55 %) (viz obr. 6.8).

Metodický komentář. Problém s delší dobou u akutních hospitalizací by teoreticky zmírnila transformace části akutních lůžek na lůžka následná. Tam by bylo možno včas přeložit pacienta s potřebou doléčení. Podobně by včasnějšímu propouštění pacientů z akutního lůžka pomohlo i případné posílení domácí péče. Problém je někdy řešitelný i na začátku hospitalizace, kdy jsou pacienti přijímáni před operací zbytečně brzy a zbytečně čekají na přidělení operačního termínu. Bez individuálních vnitronemocničních analýz však nelze příčinu problému exaktně určit.

Metodický komentář k NZIS. Pro úplnost je ještě potřeba dodat, že ošetrovací dobu mohou prodlužovat i těžší pacienti, ale ohledně jejich vyšší nemocnosti v KHK lze pouze spekulovat na základě výrazně starší populace v kraji (viz kapitola II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK, **obr. 2.1 a 2.11**). Objektivní parametry jako case mix index DRG (CMI DRG – průměrná tíže jednoho případu dle diagnostických skupin) nebo alespoň průměrné počty ošetrovacích dnů na JIP či průměrné TISS nejsou pro srovnání krajů veřejně k dispozici. Pokud by takovéto údaje k dispozici byly, získaly by diskuze k délce hospitalizací vyšší objektivitu.

⁷ MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část. Aktualizované vydání k 15. 5. 2020. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019, ISBN: 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008312/mkn-10-tabelarni-cast-20200515.pdf>

Jednotliví poskytovatelé akutní péče a stav v okresech KHK

Obr. 6.15-6.19 Akutní lůžková péče – základní parametry nemocnic v okresech KHK

Soubor tabulek zobrazuje všechny nemocnice s akutními lůžky v jednotlivých okresech KHK v r. 2018 a slouží jako jejich přehled a zároveň i soubor dat pro porovnání stavu v jednotlivých okresech KHK (viz obr. 6.20). Pro upřesnění je nutno dodat, že v okrese Náchod zahrnují údaje za ON Náchod a.s. pouze akutní lůžka v okrese Náchod (tj. v nemocnici v Náchodě, v Broumově a v Novém Městě n. Metují) a její akutní lůžka, lokalizovaná v nemocnici Rychnov n. Kn. jsou započtena do lůžek v tomto okrese.

Metodické upřesnění pojmů v celém obrazovém bloku obr. 6.15-6.20:

- Počet hospitalizovaných pacientů je za jednotlivé hospitalizace, nikoliv UOP (unikátní ošetření pojištěnci, kteří se počítají jen jednou, i pokud jsou v roce hospitalizováni vícekrát). Počty jednotlivých hospitalizací mohou být zvýšené o překlady pacientů mezi odbornostmi v rámci nemocnice (dle metodiky ÚZIS ČR); počet hospitalizačních případů dle metodiky DRG proto obvykle bývá nižší.
- Body celkem jsou všechny body, vyprodukované nemocnicí, včetně ambulantních vyšetření a na ně vázaných výkonů komplementů. Počet bodů za 1 hospitalizační případ je počítán jen z bodů, které jsou vázány jen na hospitalizované pacienty, včetně výkonů za jejich komplementární vyšetření.

Obr. 6.20 Akutní lůžková péče – základní parametry za celý KHK

Tabulka je souhrnem údajů za celé okresy, získané z předchozích obrazů. Černě zobrazené údaje jsou buď absolutní počty nebo indexy, které nejsou závislé na počtu obyvatel okresu. Modře zobrazené řádky zobrazují relativní počty, přepočtené na 100 000 obyvatel příslušného územního celku, tak, aby bylo možno okresy porovnávat mezi sebou. Tabulka upozorňuje na následující fakta (okresy jsou uváděné zkratkou):

- v okrese HK dominuje FN HK a většina parametrů, které popisují objem kapacit a výkonů (počet lůžek, hospitalizací, operací, ambulantních vyšetření a produkované body) i ošetrovací doba odpovídá referenční spádové nemocnici s vysokým počtem pacientů; FN HK reprezentuje orientačně polovinu kapacit a výkonů ostatních akutních nemocnic v kraji dohromady a podle dalších parametrů (počet ošetrovacích dnů ARO a JIP, body na 1 hospitalizaci nebo Case-Mix index) je obtížnost a nákladovost pacientů přibližně dvojnásobná; FN HK se svojí dlouhou ošetrovací dobou (8,3 dne) výrazně podílí na nejdelší průměrné ošetrovací době KHK v celé ČR,
- v ostatních okresech mimo HK lze relativní hodnoty parametrů (přepočet na 100 000 obyvatel okresu nebo procento) shrnout podle okresů s nejvyššími a nejnižšími hodnotami:

○ kapacity			
počet smluvních lůžek na 100tis.ob.	JI (435)	RK (253)	
počet lůžek ARO/JIP na 100tis.ob.	TR (26)	RK (19)	
počet provozovaných lůžek na 100tis.ob.	TR (368)	RK (215)	
procento uzavřených lůžek	JI (32,2 %)	TR (7,2 %)	

- výkony

počet hospitalizací na 100tis.ob.	TR (15 850)	RK (10 668)
počet oš. dnů celkem na 100tis.ob.	JI (107 662)	RK (49 233)
počet ambul. vyš. (tis.) na 100tis.ob.	JI (317,5)	RK (89,3)
počet bodů celkem (mil.) na 100tis.ob.	JI (595,6)	RK (250,5)

- indexy

využití lůžek z disponibilního počtu	JI (93,8 %)	RK (62,9 %)
procento oš. dnů ARO/JIP ze všech OD	RK (8,8 %)	TR (5,7 %)
průměrná ošetrovací doba (dny)	JI (7,8)	RK (4,6)
operovaných pac. z hospitalizovaných	JI (39,1 %)	TR (29,5 %)
bodů na 1 hospitalizač. případ dle DRG	NA (19 987)	TR (12 034)
průměrný Case-Mix index	NA (0,947)	JI (0,819)

- komentář k okresům (bez HK)
 - JI – má nejvyšší počet smluvních lůžek na 100 tis. obyvatel a nejvyšší podíl uzavřených lůžek (32,2%); v okrese je poměrně vysoký počet hospitalizovaných, vysoký počet ošetrovacích dnů při nejdelší ošetrovací době (hned po FN HK) a extrémně vysoká obložnost; je zde nejvyšší počet operovaných a nemocničních ambulantních pacientů a produkovaných bodů; parametry ukazují vysokou produkci nemocnice, ale nejnižší Case-Mix index a nejdelší ošetrovací doba naznačují možnost zkrácení ošetrovací doby,
 - NA – objem produkce je proti kapacitám vyvážený až na druhé nejnižší procento operovaných; nejvyšší počet bodů na 1 hospitalizační případ a nejvyšší Case-Mix index svědčí o nejtěžším spektru pacientů v okresech mimo HK,
 - RK – v okrese je nejmenší počet lůžek, nejméně hospitalizací na 100 tis. obyvatel a velmi nízký počet nemocničních ambulantních výkonů, což je pravděpodobně ovlivněno přesunem ambulancí oboru radiologie a zobrazovací metody do soukromého sektoru; je zde též nejnižší ošetrovací doba, ale těžké spektrum pacientů při vysokém Case-Mix indexu, při vysokém využití malého počtu lůžek JIP a druhém nejvyšším procentu operovaných; i při malém počtu lůžek je v okrese nejnižší obložnost lůžek v kraji, což lze vysvětlit nejspíše nedostatkem zdravotnického personálu a nejvyšší migraci místních pacientů do jiných okresů KHK ([viz obr. 6.26](#)),
 - TR – v okrese je nejvyšší počet nemocnic (tři akutní nemocnice), nejvyšší počet provozovaných lůžek a JIP lůžek na 100 tis. obyvatel a největší počet hospitalizovaných na 100 tis. obyvatel; je zde nejnižší počet zavřených lůžek, nejnižší procento operovaných a nejnižší využití lůžek ARO/JIP; podle druhé nejnižší obložnosti z disponibilních lůžek, při druhém nejnižším Case-Mix indexu a podle nejnižšího počtu bodů na 1 hospitalizační případ lze konstatovat, že okres má pro akutní péči nadbytek kapacit, které nejsou intenzivně využité; uvedený názor podporuje i následující obraz, který ukazuje, že občané z okresu Trutnov jsou na akutních lůžkách hospitalizováni více, než je průměr ČR, přičemž věkový průměr a počet obyvatel ve věku 65+ na Trutnovsku odpovídá průměru celého KHK ([viz obr. 2.12](#)); vše uvedené naznačuje, že je zde prostor pro převod nadbytku akutních lůžek na nedostatková neakutní lůžka.

Obr. 6.21 Vývoj počtu hospitalizací kmenových pacientů okresů KHK

Oproti předchozím **obr. 6.15-6.20**, které vycházely z analýzy akutní lůžkové péče v okresech KHK, jsou zde prezentované informace, vytvořené z pohledu pacientů s bydlištěm v jednotlivých okresech, avšak hospitalizovaných kdekoli v KHK i v ČR (tzv. kmenoví pacienti). Průměrná hospitalizovanost v ČR do r. 2017 klesala v ČR i v KHK. V kraji více a v r. 2017 byla o cca 10 hospitalizací na 1000 obyvatel nižší než v ČR. Pokles lze pozorovat ve všech okresech KHK, s výjimkou okresu Jičín, kde však byl vzestup zcela minimální. Pořadí okresů je Trutnov (zde vysoký stav nad průměrem ČR) a následuje Jičín a Náchod, které jsou nad průměrem kraje. Pod průměrem je Rychnov n. Kn. a nejnižší relativní počet hospitalizovaných občanů je v okrese Hradec Králové.

Vysokou hospitalizovanost lze teoreticky odůvodňovat vysokou nemocností, starším profilem obyvatel a relativně nadbytečnou kapacitou akutních lůžek, která umožňují lékařům pohodlnější dohled nad rizikovými pacienty a legitimně ji využívají, pokud je k dispozici. Nízká hospitalizovanost může naopak znamenat zdravější populaci nebo dobře organizovaný zdravotnický systém s dostatkem doléčovacích následných lůžek, s dobře fungujícími praktickými lékaři a ambulantními specialisty a s dostatkem domácí zdravotní péče (**viz obr. 6.10**, dokladující stav v zemích OECD s průměrem hospitalizovanosti 154/1000). Další výhoda pro nižší počet hospitalizovaných je i snadná dostupnost nemocnice, která umožňuje bezpečnou ambulantní léčbu bez nutnosti dlouhého cestování, které je rizikové v případě komplikací u ambulantních intervencí. To pravděpodobně vysvětluje nízkou hospitalizovanost v okrese HK. Ale nízká hospitalizovanost může též znamenat nedostačující nemocniční kapacity, které se jistě uplatňují aktuálně v okrese Rychnov n. Kn. (**viz obr. 6.20**) a pravděpodobně i na Hradecku, kde jsou kapacity FN HK pro městskou a okresní medicínu, ohrožovány nárůsty těžkých pacientů z celého kraje, které musí jako referenční nemocnice rovněž zajišťovat.

Migrace pacientů za akutní péčí z pohledu celého kraje a jednotlivých okresů

Migrace pacientů je v malé míře způsobená náhodnými přesuny lidí v rámci příbuzenských vztahů, různých osobních vazeb pacientů, historické spolupráce poskytovatelů nebo osobních preferencí v rámci pověsti nemocnic. K tomu fungují dva systémové faktory. Prvním je migrace pacientů z okrajových částí kraje do sousedních okresů, která je obvykle obousměrná podle dobré geografické či dopravní dostupnosti a podle historických spádů. V případě KHK se to týká zejména Libereckého a Pardubického kraje a z části Středočeského kraje. Druhým faktorem je přirozená hierarchie nemocnic, která se realizuje především uvnitř kraje, popřípadě i napříč kraji. Uvnitř kraje proto, že ve většině krajů existují historicky vzniklé referenční nemocnice tzv. vyššího typu, které zajišťují pro pacienty jednak specializovanou péči (např. v onkologii), a navíc přebírají těžší a komplikované pacienty. Napříč kraji je migrace z části podložena zákonem, který umožňuje MZ ČR zřizovat superspecializovaná centra (např. traumatologická, transplantační aj.), kde se soustřeďují pacienti se závažnými problémy. Např. traumatologické centrum ve FN HK má se ZZS domluvu, že transportují do HK pacienty s těžkými polytraumaty z Pardubického a z části Libereckého kraje a nebo naopak pacienti z KHK takto mají zajištěný dětský kardiochirurgický servis v Praze. Významné je i centrum neonatologické péče, fungující ve FN HK pro Liberecký a Pardubický kraj. V jiných oblastech spád funguje spíše na základě historických vazeb. Typickým příkladem jsou léčebny pro psychiatrické pacienty, které v KHK nejsou.

Obr. 6.22 Mezikrajské migrační pohyby pacientů – akutní hospitalizace bez operace

Obr. 6.23 Mezikrajské migrační pohyby pacientů – akutní hospitalizace s operací

Informace o migrujících pacientech začaly být k dispozici prostřednictvím ÚZIS ČR v plošné formě za celé kraje až v poslední době⁶ a migrace v jednotlivých oborech jsou většinou přístupné pouze pro potřeby jednotlivých oborů. Na dvou identicky konstruovaných tabulkách pro oblast akutních hospitalizací bez operace a akutní hospitalizace s operací je komplexně zobrazena mezikrajská migrace pro celou ČR. Na tabulce hospitalizací bez operací je 88,3 % hospitalizací pro občany s trvalým bydlištěm v KHK provedeno v KHK. Na zvýrazněném sloupci je zobrazeno, do kterých krajů pacienti za akutními hospitalizacemi odcházejí. Je to jednak do sousedních krajů (Liberecký k. 3,3 %, Pardubický k. 2,4 %, Středočeský 1,1 %) a výrazně i do Prahy (3 %), v tomto případě pravděpodobně hlavně za specializovanou péčí. Na zvýrazněném řádku jsou naopak podíly pacientů, kteří do KHK přicházejí. Je jich nejvíce z kraje Pardubického 6,5 % a Libereckého 3,0 %. Tabulky neukazují nic překvapujícího, zajímavý je snad jen údaj o migraci pacientů z KHK do Prahy kvůli hospitalizaci s operací, která je 4,8 %, což je o 60 % více než u hospitalizací bez operace. Ze zvýrazněné úhlopříčky tabulek lze vyčíst jakousi míru „soběstačnosti“ každého kraje. Pokud jde o akutní hospitalizace, je „soběstačnost“ KHK v obou tabulkách v horní polovině (7. místo s operacemi, 6. místo bez operací), kde jsou všechny kraje s fakulními nemocnicemi a Jihočeský kraj se silnou Českobudějovickou nemocnicí.

Obr. 6.24 Hospitalizace dle diagnostických skupin. Migrace kmenových pacientů KHK do jiných krajů

Obr. 6.25 Hospitalizace dle diagnostických skupin. Migrace pacientů do KHK z jiných krajů

Předchozí tabulky jsou zkonstruovány velmi přehledně, ale bez dalšího podrobnějšího rozlišení pohybu pacientů podle diagnóz nebo medicínských oborů nelze důvody hospitalizační migrace blíže zkoumat. Možnost takovéto analýzy ukazují dva zde prezentované grafy, stratifikované podle diagnostických skupin MKN-10⁷. Žluté sloupce (**obr. 6.24**) zobrazují pacienty z KHK (kmenoví pacienti KHK) odcházející mimo kraj, a modré sloupce (**obr. 6.25**) naopak pacienty, do KHK přicházející. Grafy nejsou konstruované z absolutního počtu pacientů (viz údaj N – počet pacientů v dané skupině ve sloupcích vpravo od grafů), ale podle podílu migrujících pacientů v dané skupině.

Nevyšší procento pacientů migrujících mimo KHK (žlutý graf) je ve skupině MKN-10 č. V.- Duševní poruchy. Souvisí to s faktem, že část akutně hospitalizovaných pacientů a většina dlouhodobých pacientů je hospitalizována v psychiatrických nemocnicích mimo KHK (Kosmonosy a Havlíčkův Brod), které v KHK nejsou. Na druhém místě migrace mimo kraj je relativně malá skupina č. XVII. vrozených vad, protože ty vzácnější a závažnější z nich jsou centralizované podle diagnóz vždy jen na několika málo místech v republice. Početně je to málo pacientů, ale medicínsky je to velmi pozitivní jev, protože při relativně nízkém počtu vzácných chorob se jen tak dají získat dostatečné zkušenosti s jejich řešením. Třetí skupina v pořadí migrace z kraje (skupina č. XIII. nemoci pohybového aparátu) je překvapivá a pro

⁶ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

⁷ MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabulární část. Aktualizované vydání k 15. 5. 2020. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019, ISBN: 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008312/mkn-10-tabelarni-cast-20200515.pdf>

interpretaci by vyžadovala další podklady (zejména diagnózy a tíže pacientů), aby se dala posoudit případná insuficience dostupnosti péče pro tuto skupinu.

V migraci do kraje je skupina č. VII vrozených vad dokonce na prvním místě (modrý graf dole) a ukazuje se, že užší specializace v této sféře jsou rozložené ve více krajích. Zároveň na druhém místě v migraci do kraje je další dětská skupina č. XVI. perinatálních problémů, což jsou děti, přicházející do perinatálního centra ve FN HK, které slouží pro Pardubický a Liberecký kraj.

Obr. 6.26 Hospitalizační migrace na úrovni okresů KHK (r. 2017)

Tabulka ve třech sloupcích v části „absolutně“ a v dalších třech v části „v % z celku“ ukazuje kolik pacientů příslušného okresu je hospitalizováno

- ve svém (kmenovém) okresu
- v jiném okresu v KHK
- v jiném kraji

Nejvíce „svých“ pacientů hospitalizuje okres Hradec Králové (76,70 %), po něm okres Náchod (67,45 %) a nejméně okres Rychnov n. Kněžnou (54,77 %). Nejvíce pacientů mimo kraj odchází z okresu Jičín (19,68 %), nejméně z okresu Náchod (7,67 %) a z okresu Hradec Králové (11,63 %). Bez znalosti, kam a s jakou diagnózou pacienti z okresů odcházejí mimo kraj, nelze data podrobněji hodnotit a jsou uváděna spíše jako informace pro budoucí směřování informačního systému zdravotnictví kraje a mapování pohybu pacientů. Nicméně vysoká potřeba léčby pacientů z okresu Rychnov n. Kn, jinde v kraji dokladuje nízkou nemocniční kapacitu v okresu, která je diskutována u [obr. 6.20](#) a [6.21](#).

Obr. 6.27 Migrace hospitalizovaných do FN HK z okresů KHK (bez o. HK) a z jiných krajů

Tok migrujících pacientů směrem dovnitř je k dispozici jen pro okres Hradec Králové na základě údajů Fakultní nemocnice Hradec Králové. Z výroční zprávy FN HK r. 2018 vyplývá, že spektrum hospitalizovaných pacientů ve FN HK je následující

- 45,6 % z okresu Hradec Králové
- 30,7 % z mimohradeckých okresů
- 23,7 % z jiných krajů.

Toto spektrum se dlouhodobě výrazněji nemění. Jak slouží jednotlivé kliniky pro pacienty okresů KHK mimo okres Hradec Králové ukazuje tabulka rovněž.

Pokud vezmeme v úvahu tu část pacientů ve FN HK, která má bydliště v KHK (což je 76,3 %) a budeme ji pro naše účely považovat za 100 %, lze potom dva sloupce (% z okresu HK a % mimo okres HK) interpretovat následovně. Ze sta procent pacientů s bydlištěm v KHK, kteří jsou hospitalizováni ve FN HK, je cca 60 % pacientů z okresu Hradec Králové, kde FN HK funguje jako městská, okresní a krajská nemocnice dohromady. Zbývajících 40 % pacientů z mimohradeckých okresů jsou pacienti, kteří přinejmenším z větší části vyžadují vyšší typ péče v referenčním centru. Bez další hlubší analýzy nelze bohužel s jistotou konstatovat, zda je zabezpečení těžkých pacientů mimo okres Hradec Králové, kteří patří do referenčního centra (FN HK) dostatečné či nedostatečné, ale v každém případě je z uvedených čísel patrné, že kapacita ve FN HK pro tyto pacienty je robustní. (Pozn.: podíl jednotlivých klinik FN HK na péči o celokrajské pacienty je detailněji zpracován v kapitole VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK).

Důvody hospitalizací

Obr. 6.28 Důvody akutních hospitalizací v KHK a v ČR, r. 2018

Do analýzy hospitalizací patří nejen počty hospitalizací, ale též jejich důvody. Nejčastější počty hospitalizací podle základních skupin diagnóz MKN-10 a rozdíl mezi ČR a KHK jsou zobrazené v grafu ÚZIS ČR, ale je zde vytvořeno pořadí podle situace celé ČR. Na prvním místě v ČR i v KHK dominují nemoci oběhové soustavy a na třetím místě v ČR (na druhém místě v KHK) skupina poranění, otrav a jiných vnějších příčin. V obou těchto skupinách je velký prostor pro zlepšování preventivních kroků. Graf též ilustruje dobré postavení KHK ve zdravotním stavu, protože prvních 8 skupin onemocnění vykazuje v KHK menší potřebu hospitalizací než v ČR. Více hospitalizací v KHK oproti ČR je jen ve skupinách jiné faktory, neurologie, duševních poruch, a vrozených vad.

Efektivita a hlavní problémy akutní lůžkové péče v KHK

Přestože relativní počet hospitalizovaných pacientů v ČR převyšuje počty ve vyspělých zemích, je problematika v KHK spíše lepší, než je domácí průměr. Problémem je dlouhá ošetrovací doba, která již byla diskutována. Přesto však v rámci záměru současného MZ ČR koncentrovat akutní nemocniční péči vždy do jedné nemocnice v okrese, kde by byl fungující urgentní příjem, suplující i nízkoprahovou lékařskou pohotovostní službu⁸, je vhodná doba na otevření diskuse, jaké možnosti má Královéhradecký kraj k racionalizaci akutní péče. Je zde proto zmíněno několik postřehů ze zahraničí, jak se tam vyvíjí modernizace akutní nemocniční péče a je předloženo několik nedostatků, které byly diskutovány v odborných přípravných skupinách v rámci přípravy této Koncepce a lze je ve sféře akutních hospitalizací považovat za významné.

Obr. 6.29 Vybrané odvrátitelné hospitalizace v zemích OECD, r. 2017

Odvrátitelné hospitalizace. Podle zkušeností ze zemí s dobrými výsledky v poskytování zdravotní péče je známo, že některé hospitalizace nejsou za současného stavu medicíny a jejich technologií nutné⁹. Na grafu ze zdrojů OECD jsou zobrazeny čtyři diagnózy, u kterých jsou hospitalizace při dobrém tzv. disease managementu (plánování terapeutického postupu zapojením praktických lékařů a ambulantních specialistů) redukovatelné. Přes podobné postavení ČR, jaké má Rakousko a Německo na grafu, je zde i řada zemí s kvalitním zdravotnictvím, které mají těchto tzv. odvrátitelných diagnóz méně (Nizozemsko, Švédsko, Dánsko aj.). Procento hospitalizací u diabetiků, pacientů se srdečním selháváním a dalších může být dokonce použito i jako parametr kvality práce ambulantního sektoru.

Obr. 6.30 Časový vývoj počtu hospitalizací u chorob oka r. 2007-2018

Obr. 6.31 Časový vývoj počtu hospitalizací u duševních chorob, r. 2007-2018

Podobně může ke snižování počtu hospitalizací vést i posilování ambulantní, popřípadě i jednodenní chirurgie, které je u nás stále odkládáno. V tomto směru došlo na přelomu let 2008-2011 k výraznému (4-5ti násobnému) skokovému snížení počtu hospitalizací v oblasti onemocnění oka v KHK, které pozvolněji následovala celá ČR (**obr. 6.30**). Ne všechny

⁸ Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů, tisková zpráva z 20. 12. 2019 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: 60 <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

⁹ HROBOŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání)

hospitalizace se ale dají snadno redukovat a jako příklad oblasti, kde se to zatím nedaří, jsou duševní choroby, kde počet hospitalizací stoupá (obr. 6.31). Ve větší části diagnostických skupin je časový vývoj příznivý a hospitalizovanost, vedle nižšího průměru oproti ČR, spíše klesá.

Možné formy restrukturalizace nemocniční péče byly aktuálně studované podle zahraničních modelů P. Hroboně⁹. Vnitřní uspořádání nemocnic již dlouhodobě využívá vysoké efektivity společného lůžkového fondu, který umožňuje flexibilitu při obsazování lůžek. V nemocnicích se osvědčily centralizované jednotky intenzivní péče, centrálně organizované nemocniční sály, centrální příjmy (emergency) s expektačními lůžky nebo doléčovací jednotky ve formě samostatných primariátů. Vše z toho v ČR již dnes nejsou výjimky a vesměs jsou s nimi dobré zkušenosti. Ze studia některých netypických manažerských postupů ve FN HK byla před mnoha lety analyzována i dánská zkušenost, kde se osvědčily stanice pro plánované operace, pracující 5 dní v týdnu, které plánují pacienty tak, aby operování byli do pátku připraveni k propuštění. Poté se stanice uzavře, aby nepotřebovala žádné víkendové zajištění.

Náročnější jsou zásahy do nemocničního systému jako celku, kde by měla být z hlediska pacienta jasná hierarchie péče, kterou jeho stav potřebuje. V ČR proběhlo velmi úspěšně centralizování mimořádně náročných pacientů. Jedním z prvních úspěšných kroků bylo vytvoření celostátního centra dětské kardiologie (dětské kardiocentrum) v Praze ve Fakultní nemocnici v Motole koncem 70. let minulého století a velká vlna centralizace proběhla v prvním desetiletí po r. 2000, kdy byla vytvořena neonatologická, traumatologická, onkologická, kardiologická a iktová centra a postupně se rodí i další. Jsou postavena na principu, že léčba náročnějších pacientů, léčba pacientů se vzácnějšími diagnózami a diagnostika i léčba, vyžadující náročnější technologie, jsou nejen finančně efektivnější, ale díky koncentraci znalostí a praktických zkušeností mají i lepší medicínské výsledky. Koncentrace péče se může do systému prosazovat a zavádět formou minimálního počtu některých výkonů, které musejí příslušná pracoviště vykazovat (např. formou klouzavého tříletého průměru). U nás je dobře známo doporučení minimálního počtu porodů pro porodnice, ale v zahraničí jsou mnohem širší seznamy výkonů, určované vědeckými studiemi a aplikované ve verzích doporučení, úhradových regulací nebo zákonných opatření.

Nejnovejším trendem podle P. Hroboně je snižování počtu akutních nemocnic, které poskytují urgentní péči v nepřetržitém provozu. Na příkladu cca pětimilionového Dánska ukazuje redukci takovýchto nemocnic ze 40 na 21 s rozšířením spádu ze 110tis. obyvatel na 270tis., a to s výsledným zvýšením kvality péče a efektivity práce. Menší nemocnice není potřeba rušit, mohou odvést skvělou práci ve své oblasti ve formě nedostatkových následných či dlouhodobých hospitalizačních služeb, ale i formou provozování menšího interního (event. geriatrického) oddělení, chirurgického či jiného operačního oddělení se zaměřením na ambulantní či jednodenní chirurgii, poskytování denních pohotovostních služeb, popřípadě i provozování domácí ošetrovatelské péče. P. Hroboň pro ně navrhuje název komunitní nemocnice a podle příkladů za světa se domnívá, že postupná transformace menších nemocnic tímto směrem by pomohla posunout zařízení typu městských nemocnic do oblastí, které našemu zdravotnictví chybí, a to i při zachování menších lokálních komplexních zdravotnických zařízení tohoto typu.

⁹ HROBOŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání)

Přestože je v posledních letech nedostatečná kapacita pro poskytování zdravotní péče obecně (nejen akutní lůžkové) často omezena lidskými zdroji (viz kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK), ukazuje širší analýza současného stavu v kraji, že počet akutních nemocničních lůžek v KHK je v rámci ČR nadprůměrný a jeho kapacita by měla být teoreticky dostatečná. Proto lůžková péče spíše než výraznou celkovou redukcí lůžek, vyžaduje optimalizaci ve struktuře služeb. Pokud lůžková kapacita v určitých oborech a lokalitách chybí, není to obecný celokrajský problém a dílčí problémy musejí být řešeny především managementy dvou největších poskytovatelů akutní lůžkové péče, kterými jsou FN HK a komplex akutních nemocnic ve vlastnictví KHK, sdružený pod hlavičkou Zdravotnického holdingu KHK a.s. Některé detaily konkrétních kapacitních problémů budou ještě zmíněny v kapitole VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékárenské péče v KHK. Zde je potřeba konstatovat pouze tři výraznější rizika, která vyžadují celokrajskou koordinaci při hledání řešení a dva větší lokální problémy, týkající se porodnice v Rychnově nad Kněžnou a interního oddělení nemocnice Náchod.

Prvním závažným celokrajským problémem je *nedostatek psychiatrických lůžek*. V kraji je potřeba postupně vytvořit dalších 30-60 akutních lůžek pro akutní hospitalizace, které jsou kompenzovány psychiatrickými nemocnicemi mimo kraj. Dostupnost této péče by měla redukovat nadbytečné dlouhodobé pobyty v psychiatrických léčebnách a v KHK by to mělo odstranit dramatické situace při akutních příjmech, které jsou tč. možné jen na Psychiatrické klinice ve FN HK. Zbývající dvě psychiatrická oddělení v rámci nemocnice Jičín a nemocnice Náchod (v Novém Městě nad Metují), poskytují pouze plánovanou péči. Záměr převést akutní pacienty do každého kraje a zajistit tak práva pacientů na řádnou dostupnost potřebné péče je součástí vládní reformy psychiatrické péče.^{5, 6, 10, 4}

Druhým klíčovým problémem v kraji je *nedostatek zdravotnického personálu* (viz kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK). Nedostatek zatím vedl jen k dílčím lokálním výpadům lůžkových stanic, ale bude pravděpodobně ohrožovat některé rozvojové potřeby. Tento mimořádně závažný jev dopadá na všechny segmenty zdravotnictví KHK, nejvíce na primární péči, ale zde je zmiňován proto, že bez pomoci oddělení akutní nemocniční péče nelze provádět praktické vzdělávání lékařů a sester. Jedná se o celostátní problém, který zatím nedokázal stát vyřešit, a jedinou šancí je posílit finančně výuku tak, aby probíhala v klidném prostředí na odděleních nemocnic ve spolupráci FN HK a ZH KHK, byla pro školence atraktivní a tím výuka efektivní a dostatečný počet školenců pomohl řešit personální nedostatek aktuálně i v budoucnosti.

⁵ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

⁶ *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

¹⁰ ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURČIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>
<https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/vystupy-projektu>

⁴ *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

Třetím závažným problémem na akutních odděleních nemocnic je nad rámec nedostatku personálu sekundárně vyvolaný *nedostatek akutních lůžek*, který je způsoben nedostatkem lůžek ve sféře následné, dlouhodobé a sociální péče (viz níže). Na akutních lůžkách proto část pacientů zůstává hospitalizována zbytečně dlouho a nejdražší lůžkové kapacity v celém řetězci lůžkové péče nemohou být efektivně využité.

Dva další velké problémy jsou lokálního charakteru a patří do sféry ZH KHK. První se týká *porodnice v nemocnici v Rychnově n. Kněžnou*. Porodnice se zde potýkala s komplexním problémem dostatečného počtu porodů, s uzavíráním dětského oddělení a s nedostatkem a nespokojeností personálu. Vedení ZH KHK se domnívá, že ostatní porodnice v kraji by v případě vynuceného zavření porodnice v Rychnově n. Kn. porody moly převzít, jejich primáři tvrdí, že to není možné. FN HK má v posledních letech porodnici přetíženou a bez významné stavební investice není schopna počty porodů zvýšit. Nestabilita situace byla potvrzena i kritickým personálním stavem na porodnici v Oblastní nemocnici Trutnov během r. 2020.

Druhým lokálním problémem je *stav interního oddělení nemocnice Náchod*. Po dlouhých odkladech a investičních problémech byla, v rámci 1. etapy dostavby a modernizace Oblastní nemocnice Náchod, zdárně dokončená miliardová investice do renovace a rozšíření hlavního areálu, ale hlavní problém, který nemocnici desítky let pronásledoval, sloučení obou areálů se v postupně upravovaném projektu zatím nevyřešil. Uvedený problém by měl být vyřešen ve druhé etapě modernizace náchodské nemocnice. Aby byla nemocnice kompaktní a efektivní, odhaduje se potřeba další nemalé investice. Předpokládané náklady na projektovou dokumentaci jsou 28 milionů Kč bez DPH.¹¹ V průběhu roku 2022 by mělo být započato s dostavbou a rekonstrukcí a záměrem je, aby modernizace byla dokončena v roce 2024. Jedná se o pětiletý výhled i s ohledem na skutečnost, aby projekt na dokončení nemocnice mohl využít zkušenosti provozu po dokončení investice stávající (první etapy modernizace), který bude pro nemocnici výraznou změnou. Mělo by dojít k výstavbě dalšího pavilonu a k adaptaci těch stávajících tak, aby se horní část nemocničního areálu mohla přemístit do části dolní a celá nemocnice by pak měla fungovat v jednom kompaktním areálu.

¹¹ *Modernizace náchodské nemocnice bude pokračovat další etapou*, tisková zpráva z 1.12.2020. Královéhradecký kraj, ©2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/tiskove-centrum/aktuality1/modernizace-nachodske-nemocnice-bude-pokracovat-dalsi-etapou--323541/>

Následná a dlouhodobá zdravotní lůžková péče

Úvod

V metodickém úvodu této části o lůžkové zdravotní péči bylo uvedeno, že neakutní lůžková péče se dělí na část následnou a část dlouhodobou. Ta je definována zákonem o zdravotních službách¹ a vyhláškou MZ ČR (Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami), číselníkem zdravotních pojišťoven a z části ji ovlivňuje i ÚZIS ČR, který v r. 2016 pohled na tuto sféru zprůhlednil.^{2,3} V poslední době výklad různých druhů péče upřesnilo MZ ČR ve Věstníku a potvrdilo tak základní rozdělení neakutní péče na následnou a dlouhodobou¹², ale zatím se tato základní nomenklatura v praxi plně nezažila. Jednak ji číselník pojišťoven přesně nekopíruje, což přispívá ke zmatení jazyků, ale též proto, že běžně a dlouhodobě používané termíny jako péče doléčovací, ošetrovatelská, chronická, paliativní, terminální či hospicová nejsou přesně ke kategoriím „následná“ a „dlouhodobá“ přiřaditelné (k nomenklatuře a rozdílným číselníkům ÚZIS ČR a VZP viz též **obr. 6.1a, 6.1b**).

V celé zóně neakutní lůžkové péče je ještě další, mnohem závažnější problém, než je nomenklatura, a tou je formálně velmi ostrý rezortní, legislativní a finanční předěl mezi zdravotnickým a sociálním systémem, který je v naprosté kontradikci s faktem, že v praxi tyto dvě zóny nejsou téměř oddělitelné. Většina těžce nemocných, zdravotně postižených nebo pokročilým stářím poznamenaných lidí si nese problémy zdravotní i sociální, a jejich hranice je, na rozdíl od hranic formálních, zcela neostrá. Vztahy zdravotních a sociálních rezortů na úrovni ministerstev dlouhodobě blokuje rozumnou spolupráci při řešení rozvoje poskytované péče a financování a pružné řešení legislativních problémů. Na úrovni kraje, kde je nutno řešit více exekutivní než politické problémy mezi uvedenými dvěma světy, lze možná snáze než na úrovni vlády, vztahy obou sfér pozitivně ovlivňovat ve prospěch pacientů, a lokální řešení uvedených problémů nalézat alespoň v praktické rovině. Větší rozsah předložené analýzy této sféry, která je pro zdravotnictví velmi důležitá, reprezentuje snahu zpracovatelů Koncepce najít prostor pro řešení dlouhodobých problémů alespoň na úrovni kraje. Cílem je nalézat oboustranně prospěšná řešení nejen ve prospěch pacientů, ale též usnadnit práci i organizátorům, kteří za chod obou prolínajících se systémů zodpovídají.

Problémem mezinárodního srovnávání a hledání modelů organizace zdravotnické a sociální oblasti je fakt, že v každé zemi jsou vztahy obou sfér nastavené jinak, a to se dotýká nejen pojmenování jednotlivých forem lůžkové péče, ale i jejich zařazování do příslušných statistik, což vede k obtížnému porovnávání zemí mezi sebou. To, do které zóny jsou zařazovány instituce jako různé ošetrovatelské či pečovatelské domovy, stacionáře, dětské domovy,

¹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=z%C3%A1kon+%C4%8D.+372%2F2011>

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

³ NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

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

chráněné bydlení apod. se značně liší. Posuzování, která lůžka jsou ještě pod nemocnicemi a která již v různých sociálních či vzdělávacích centrech *typu nursing homes, residential nebo municipal facilities, special boarding schools nebo retirement, convalescent, paliative či rehabilitation centers* aj. je velmi obtížné a nejednotné. Analyzování této oblasti je obtížné i proto, že nomenklatura lůžek se při různých reformách proměňuje, mění se i jejich zařazování do statistik, které pak zahrnují nejen klasická pobytová zařízení, ale i různé otevřené ošetrovatelské domovy, denní stacionáře, týdenní stacionáře, dětské domovy pro děti do 3 let věku, centra denních služeb, chráněné bydlení apod. Zmínku zasluhuje i dlouhodobá zdravotní péče poskytovaná v léčebnách nejrůznějších typů a léčebny návykových nemocí, též zařazované do zdravotnické nebo sociální sféry velmi různě.¹³

Statistické pohledy na neakutní lůžkovou péči

Obr. 6.32 Vybrané ukazatele dlouhodobé zdravotní a sociální péče v OECD

Podobně jako u akutní zdravotní péče i zde platí, že mezinárodní statistiky musí být brány jen jako velmi orientační srovnávání a je možno se spoléhat pouze na jednoznačně velké rozdíly. Snadno dostupných informací není mnoho a zde je prezentována ne zcela komplexní série informací z OECD ohledně dlouhodobé péče, kombinující přehled o výdajích, podílu starších lidí závislých na péči, pracovnících a počtu lůžek, která jsou k dispozici. Stav v ČR ukazuje podfinancování dlouhodobé péče, vyšší počet potřebných lidí, mimořádně nízký počet personálu a podprůměrnou kapacitu lůžek. Jedná se o stav z doby okolo r. 2015 a metodika OECD v grafu kombinuje dlouhodobá i sociální lůžka. Zejména obrovský deficit v personálním obsazení dlouhodobé péče z pohledu mezinárodních standardů (graf vlevo dole) je v současné personální krizi zdravotnictví velkým varováním.

Obr. 6.33 Lůžka následné a dlouhodobé zdravotní péče v krajích ČR, r. 2015-2018

Graf ze zdrojů ÚZIS ČR ukazuje počty následných a dlouhodobých zdravotních lůžek v krajích a jejich výrazně nerovnoměrně rozloženou kapacitu vyjádřenou počtem lůžek na 1 000 obyvatel kraje. Rozptyl parametru lůžka na 1000 obyvatel je obrovský a ještě mezi druhým nejlépe saturovaným a předposledním krajem v pořadí je rozdíl v přepočteném počtu lůžek dvojnásobný (3,6 vs. 1,8). Královéhradecký kraj je v počtu těchto lůžek (průměr 2,3) čtvrtý od konce. Do grafu je vloženo i rozdělení údajů KHK na město HK a zbytek kraje, a to navíc ukazuje mimořádně velký deficit následných a neakutních lůžek přímo ve městě Hradec Králové. Je to velmi nepříznivý stav, zejména z pohledu principu, že na rozdíl od lůžek akutních, které se spíše centralizují, je u následných a doléčovacích lůžek potřeba, aby byla co nejbližší rodině a blízkým dlouhodobého pacienta. Faktem však je, že nedostatek neakutních lůžek ve městě HK je z části kompenzován lůžky v okruhu 20 km (Nový Bydžov, Hořice a Jaroměř), jsou však pro rodiny pacientů poměrně daleko a tato lůžka navíc slouží i pro okresy Jičín a Náchod. Zajímavým faktem v grafu je i postavení Pardubického kraje, který je v počtu neakutních lůžek na třetím místě a s průměrem 3,4 jich má téměř o třetinu více než KHK.

Obr. 6.34 Struktura následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče v ČR, r. 2018

Počty lůžek na předchozím obr. 6.33 lze blíže specifikovat. Zde je prezentovaná tabulka se strukturou dle ročenky ÚZIS ČR za r. 2018, která ukazuje v horní části počet lůžek a výkonové hospitalizační parametry odborných léčebných ústavů (dále jen „OLÚ“), které

¹³ Výroční zprávy Fakultní nemocnice Hradec Králové 2004–2018 [online]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2005–2019. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

reprezentují část neakutní lůžkové péče. ÚZIS ČR označuje OLÚ za zařízení následné a dlouhodobé péče, zatímco zdravotní pojišťovny klasifikují jejich lůžka jako lůžka následné péče (viz obr. 6.1a, obr. 6.1b). OLÚ mají dohromady v celé ČR cca 17 000 – 17 500 lůžek a je to jediná skupina, u které se daří spolehlivě spárovat počty lůžek a počty hospitalizací, takže jsou v tabulce uvedené. V počtu lůžek OLÚ výrazně dominují psychiatrické léčebny.

Ročenka ÚZIS ČR⁴ však na jiném místě uvádí jako celkový počet 29 301 lůžek následné a dlouhodobé péče (je jich tedy asi o 12 000 více než lůžek OLÚ - viz poslední řádek tabulky). Jsou to lůžka, rozptýlená v akutních nemocnicích jako lůžka následné ošetrovatelská péče nebo v menší části i paliativní péče, pro která jsou sice v citované ročence na str. 111 a 112 k dispozici počty hospitalizovaných a počty ošetrovacích dnů, ale z toho je specifikováno na následnou ošetrovatelskou péči.

Obr. 6.35 Neakutní lůžková péče v KHK, r. 2018

Druhá tabulka ukazuje s podobnou mírou nejistoty jako v předchozí tabulce počty neakutních lůžek v Královéhradeckém kraji. První řádek opakuje počty všech lůžek následné a dlouhodobé péče v ČR a druhý řádek ukazuje 1267 těchto lůžek v KHK. Číslo je vypočteno z grafu v obr. 6.33 a z údaje, že v KHK je 2,3 lůžka na 1000 obyvatel. Lze konstatovat, že pokud by bylo lůžek tolik, kolik odpovídá průměru ČR (2,7 lůžka na 1000 obyvatel), mělo by pak být v KHK minimálně o cca 220 lůžek neakutní péče více.

Deficit cca 220 lůžek v KHK oproti průměru ČR je menší, než odhadovaných 300 dlouhodobých psychiatrických lůžek (možná jen 244 po odečtení Léčebny návykových nemocí v Nechanicích – detašované pracoviště FN HK), na kterých jsou hospitalizováni pacienti z KHK v jiných krajích (viz kapitola VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékárenské péče v KHK). Naopak reálný deficit neakutních lůžek je pravděpodobně ještě větší vzhledem k nejvyššímu podílu seniorů v KHK oproti ostatním krajům.

Protože s počty neakutních lůžek jsou spojené jisté metodické nejistoty, je v dolní části tabulky připojena ještě část s údaji VZP HK (Neakutní lůžková péče v KHK dle VZP). Čísla mezi VZP a ÚZIS ČR se liší asi o 10 %, ale z rozdílné struktury lůžek OLÚ (viz tabulka na předchozím obr. 6.34) a díky odlišné nomenklatuře lůžkových skupin je jasné, že metodiky zařazování lůžek do jasně oddělených kategorií „následná lůžka“ a „dlouhodobá lůžka“ nejsou úplně přesné.

Dalším příkladem neustálené nomenklatury typů lůžek a hospitalizační péče a možností statistických chyb je druhý zvýrazněný řádek (Následná + Dlouhodobá lůžk. péče v KHK) v prezentované tabulce. K počtu lůžek neakutní péče byla pokusně přiřazena data z hospitalizačních tabulek na obr. 6.36a a 6.36b (viz níže, kde jsou uvedeny i zdroje dat). Data ze souborů nazvaných „hospitalizace s následnou lůžkovou péčí“ a „všechny dlouhodobé hospitalizace (nad 30 dnů)“ se jeví jako jasné soubory následné a dlouhodobé péče, jejichž součet by měl celou oblast neakutní péče plně reprezentovat. Součet počtu hospitalizací a součet ošetrovacích dnů obou skupin a konfrontace s počty disponibilních lůžek (1 267) však ukazuje, že hypotetická obložnost by musela být 167 %. Je to nereálná hodnota, která dokladuje, že v obou tabulkách je dohromady mnohem více hospitalizací, než je při dané kapacitě lůžek možné. Je pravděpodobné, že při nejednoznačné nomenklatuře jsou hospitalizace zařazované do obou skupin nepřesně a řada pacientů se může vyskytovat v obou tabulkách.

⁴ Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

Tato zdánlivě rozsáhlá rozprava o kontroverzích zde není uvedena kvůli kritice statistik, ale má být podnětem k metodické revizi skupiny neakutních hospitalizací, o kterých se začalo ve zdravotnické politice mluvit teprve nedávno. Ukázalo se, že jejich počet výrazně nedostačuje a stávají se výraznou slabinou celého našeho systému lůžkové péče, která vyžaduje exaktní statistické sledování.

Obr. 6.36a Vývoj hospitalizací v KHK a v ČR – h. s následnou péčí

Obr. 6.36b Vývoj hospitalizací v KHK a v ČR – dlouhodobé h. nad 30 dnů

Obr. 6.36c Vývoj hospitalizací v KHK a v ČR – dlouhodobé h. nad 30 dnů u osob 65+

Další tři tabulky zobrazují situaci v následné i dlouhodobé péči v KHK ve vztahu k ČR podrobněji a s časovým vývojem. Následných hospitalizací za 11 roků přibylo v ČR o 13,6 %, v KHK o 33,2 %. Jejich podíl v KHK je oproti ČR malý, ale deficit se snížil (z podílu v ČR pouhých 3,6 % na 4,2 %, i když měl by být dle počtu obyvatel kraje 5,2 %). Délka hospitalizací se ve sledovaném období v kraji výrazně snížila (na 82,1 %). Celý tento vývoj je velmi pravděpodobně důsledkem nedostatku následných lůžek a koreluje to i s opakovanými stížnostmi řady oborů.

Pokud jde o dlouhodobé hospitalizace, tak není jasné, jsou-li do nich zahrnuté všechny hospitalizace, tj. i akutní, ale delší než 30 dnů, a nebo se jedná jen o hospitalizace na deklarováných dlouhodobých lůžkách, např. v LDN. V ČR dlouhodobých hospitalizací ubylo, ale v KHK přibylo, takže jich je nyní více, než by odpovídalo průměrnému stavu v ČR a délka hospitalizace se v KHK zřetelně snížila (o 10,2 %). Stejná statistika u pacientů věku nad 65 let, ukazuje v KHK velmi masivní nárůst dlouhodobých hospitalizací (o 25,7 % od r. 2007). Za zmínku stojí i fakt, že u dlouhodobých hospitalizací v KHK pacienti 65+ reprezentují okolo 70 % všech dlouhodobých hospitalizací i ošetrovacích dnů.

Poskytovatelé neakutní lůžkové péče zdravotní péče v KHK

Obr. 6.37 Konkrétní poskytovatelé následné a dlouhodobé péče v KHK

Data o poskytovatelích neakutní zdravotnické péče se mohou mírně lišit od předchozích údajů, protože jsou z různých zdrojů. Data, týkající se oblasti hospitalizačních parametrů (viz prostřední tabulka), nebyla u části jmenovaných subjektů k dispozici. Na horní tabulce jsou data z následné péče, (dle nomenklatury ZP tedy doléčovací péče) a v prostřední tabulce data z péče dlouhodobé (dle ZP péče ošetrovatelská). Protože oba typy péče jsou laicky (i když formálně nesprávně) pojímány jako péče v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a v reálném životě nejsou ve všech zdravotnických zařízeních tohoto typu hospitalizovaní pacienti ostře rozděleni do dvou jmenovaných kategorií, je součet relativního počtu obou typů lůžek na 100 000 obyvatel v dolní tabulce dobrým ukazatelem kapacity hlavních neakutních typů lůžek v KHK. Jsou to ta lůžka, o kterých je známo, že mají být co nejbližší rodině pacienta. Ukazuje se, že výrazně podprůměrná kapacita této péče je v okresech Hradec Králové a Rychnov n. Kn. V HK je to z části kompenzováno velkým počtem lůžek v okrese Jičín, kam se počítají lůžka pod Oblastní nemocnicí Jičín, a.s., lokalizovaná v Novém Bydžově (okres HK), ale i lůžka v Hořicích, (okres Jičín), kde je též hospitalizována část pacientů z města Hradec Králové. Výrazně to však deficit ve městě HK nesnižuje (viz obr. 6.33). Situace v druhém ohroženém okrese Rychnov n. Kn. je též kritická, protože zde je navíc i výrazný deficit akutních interních lůžek.

Horní tabulka následné péče ukazuje v LDN Jaroměř a LDN Opočno výrazné zkrácení ošetrovací doby a zvýšení počtů hospitalizovaných během pětiletého období, což dokládá posun z dlouhodobé péče směrem k péči následné. (Jiným vysvětlením by mohl být zvyšující

se počet úmrtí oproti počtu domů propuštěných pacientů, data však nejsou k dispozici.) Velmi krátkou ošetrovací dobu v prostřední tabulce ošetrovatelské péče, ukazují zejména lůžka následné péče (LNP) v Rychnově n. Kn., která pravděpodobně koresponduje s nedostatkem lůžek ve zdejší nemocnici a její lůžka by proto měla být klasifikována spíše podle názvu léčebny, tj. jako následná a patřit do horní tabulky.

Obr. 6.38 Další poskytovatelé jiné neakutní lůžkové péče v KHK

Horní tabulka zde dokladuje mj. rehabilitační péči v KHK, která není tak přísně vázaná na místo bydliště pacienta jako lůžka v předchozím obrazu. Společnost KHK SOaL Trutnov – Hostinné (Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov) kromě řady dětských ozdravoven v Krkonoších a Léčebny zrakových pro děti ve Dvoře Králové n. Labem provozuje v Hostinném velký Rehabilitační ústav se 159 lůžky. Tato lůžka jsou v kraji posílena ještě o 165 rehabilitačních lůžek typu OLÚ, která jsou zřízena zdravotními pojišťovnami v lázeňských léčebnách v Bělhradě a Janských Lázních, vedle klasických lázeňských lůžek odbornosti 2L1. V lázeňské léčebně Velichovky fungují podobná rehabilitační lůžka, kam jsou překládáni pacienti po velkých operacích do akutní či následné rehabilitační péče záhy po ortopedických operacích, ale potřebný pojišťovenský status nemají. Jak ukazuje **obr. 6.40**, je do Rehabilitačního ústavu Hostinné přijímáno téměř 30 % pacientů z jiných krajů a v lázeňských léčebnách jsou lůžka vzhledem k jejich celorepublikovému spádu pravděpodobně obsazena mimokrajskými pacienty ještě více. Je to potvrzeno minimálně pro 40 dětských rehabilitačních lůžek v Janských Lázních a je to dokladováno i stížnostmi rehabilitačních i jiných odborníků, že kapacita následných rehabilitačních lůžek v KHK je malá.

Migrace pacientů za následnou zdravotní lůžkovou péčí

Obr. 6.39 Mezikrajské migrační pohyby pacientů – hospitalizace na lůžku následné péče (r. 2018)

Podobně jako u akutních hospitalizací vypovídá o situaci v kraji i migrace pacientů za následnou péčí. Zde prezentovaná tabulka ukazuje, že do KHK přicházejí za péčí hlavně obyvatelé ze sousedních krajů (Liberecký 5,6 % pacientů v KHK a Pardubický 2,8 % - vodorovná zvýrazněná řádka). Z KHK odcházejí za péčí (svislý zvýrazněný sloupec) nejvíce pacienti do Pardubického kraje (13 %), což může souviset s relativně vysokým počtem lůžek následné a dlouhodobé péče na Pardubicku (**viz obr. 6.33**), do Středočeského kraje (6,1 % - spádová psychiatrické nemocnice Kosmonosy a pravděpodobně i určitý podíl nemocnice Městec Králové) a do Kraje Vysočina (5,4 %), kde je spádová psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. Neakutní psychiatrická péče je též k dispozici v Pardubickém kraji (OLÚ Albertinum Žamberk).

Obr. 6.40 Lůžková zařízení neakutní péče v KHK a jejich spád mimokrajských pacientů, r. 2018

Přehled migrace z jiných krajů do KHK v oblasti neakutní péče ukazuje na horním grafu relativní podíl pacientů, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení. Z tohoto pohledu přitahuje pacienty hospic v Červeném Kostelci a léčebna dětských zrakových vad ve Dvoře Králové n. L. a Léčebna návykových nemocí ve FN HK. Z pohledu absolutního počtu migrujících pacientů do kraje (dolní graf, oranžové sloupce) dominuje Rehabilitační ústav v Hostinném, Hospic v Červeném Kostelci a Léčebna návykových nemocí ve FN HK.

Sociální péče

Kapacitu i výkony neakutní zdravotní péče významně doplňují informace o pobytových sociálních službách. Část z nich plní převážně sociální službu (azylové domy, zařízení pro krizovou pomoc, chráněné bydlení, týdenní stacionáře apod.), část slouží trvale handicapované populaci, převážně mentálně postiženým (domovy pro osoby se zdravotním postižením). Nejblíže zdravotně sociálnímu pomezí jsou však dvě klíčové instituce, a to domovy pro seniory (dále jen „DS“) a domovy se zvláštním režimem (dále jen „DZR“), které na rozdíl od zdravotní lůžkové péče víc zapojují do péče rodinu a blízké, ale také po nich požadují určitou finanční i nefinanční spoluúčast na zajištění potřeb jejich blízkých.

Domovy se zvláštním režimem a dnes i stále více domovy pro seniory jsou určené pro těžké pacienty s převážnou či úplnou závislostí. Ti jsou z medicínského hlediska a potřeby péče velmi podobní pacientům na zdravotních lůžkách v nemocnicích dlouhodobé péče, včetně potřeby zdravotnického personálu, zejména sester, s tou výjimkou, že na zdravotních lůžkách v nemocnicích pacienti s potřebou lékařského dohledu tvoří prakticky 100 % zdravotnické klientely, zatímco v sociální sféře jsou uživatelé do různé míry „naředění“ pacienty lehčími (zejména v DS), i když těch v čase ubývá. V sociální sféře těžší pacienti přibývají a vyžadují stále více ošetrovatelskou péči zdravotních sester. Pacienti jsou nejčastěji klasifikováni podle poskytovaného (sociálního) příspěvku na péči. Podle celostátního průměru je takovýchto osob (obvykle s příspěvkem 3. a 4. stupně) v DZR 66,8 %, ale v domovech pro seniory dokonce 78,4 %, takže lze často považovat oba typy domovů za téměř identické instituce, kde v obou dohromady leží 25,4 % osob, trvale upoutaných na lůžko.^{14, 15, 2}

Obr. 6.41 Lůžka v zařízeních sociálních služeb v ČR, r. 2018

Obraz ukazuje vývoj, počty a využití sociálních lůžek v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Je patrné, že počty lůžek v domovech pro seniory stagnují, ale v posledním desetiletí výrazně přibylo lůžek v domovech se zvláštním režimem, což jasně ukazuje nárůst počtu těžkých pacientů. Obložnost lůžek, na rozdíl od zdravotnických lůžek, kde je větší obměna pacientů, je v sociální sféře mimořádně vysoká a pohybuje se stabilně okolo 95 %. V tabulce jsou pro orientaci zobrazena i lůžka v domovech pro osoby se zdravotním postižením (např. Domovy pro mentálně postižené aj.), kterých díky snaze jejich klienty převádět do oblasti chráněného bydlení a ambulantního dohledu výrazně ubylo.

Obr. 6.42 Zařízení sociálních služeb, počet lůžek v DS a DZR r. 2018 - kraje a ČR

Obraz zobrazuje lůžkovou kapacitu pobytových služeb v DS a DZR v jednotlivých krajích. Počty lůžek v přepočtu na 10 tis. obyvatel ukazuje, že KHK je necelých 10 % nad průměrem (DS plus DZR ČR 58,0 vs. KHK 53,74 lůžek), což souvisí s vyšším počtem seniorů v KHK.

¹⁴ *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018*, MPSV, Praha 2019. Dostupné online z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

¹⁵ *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026. Revize č. 2 schválená Zastupitelstvem kraje dne 8. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, ©2019. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>

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

Proto je v podobném přepočtu lůžek, ale na populaci 10 000 seniorů věku 65+, stejně v KHK jako v průměru ČR (273,8 lůžek).

Obr. 6.43 Základní parametry pobytových služeb v DS a DZR, r. 2018, ČR a KHK

Data o klientech v pobytových službách jsou v jiném formátu, než je zvykem u lůžkové zdravotní služby a nepublikuje se délka pobytu a počty ošetrovacích dnů a ani její rozvrstvení podle stupně závislosti klientů. Tabulka „hospitalizačních parametrů“ pro pobytovou péči v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je proto komponována z více zdrojů, a ne všechny údaje jsou kompletní a plně kompatibilní. Nicméně z ní vyplývá následující,

- Sociálních lůžek v KHK je 3182 až 3194 (čísla vycházejí z různých zdrojů dat). Z uvedených čísel obměny klientů během jednoho roku vyplývá cca tříletá doba pobytu klienta na sociálním lůžku. Každý rok se tedy na každá 3 lůžka v roce obmění jeden klient. Každým rokem se tedy ze sociálních lůžek DS a DZR v kraji uvolní cca 1060 lůžek pro nové klienty a v další úvaze budeme modelově předpokládat, že budou obsazena jen klienty z neakutních zdravotnických lůžek – v realitě je samozřejmě uchazečů více a patří k nim minimálně i žadatelé z domácích (pečovatelských) sociálních služeb.
- Zdravotnických neakutních lůžek v KHK (viz obr. 6.35) je přibližně 1267 až 1373, (též dle různých zdrojů dat). Na neakutních zdravotních lůžkách různého charakteru lze dle délky ošetrovacích dob na tabulkách v obr. 6.34 – 6.37 velmi hrubě aproximovat průměrnou ošetrovací dobu a odhadnout ji cca na 2 měsíce. Z jednoho neakutního zdravotnického lůžka je tak v průměru propuštěno 6 pacientů za rok, tj. ze zdravotnického lůžkového fondu v kraji odchází cca 7800 pacientů. Z nich odhadem cca do 1000 pacientů umírá na neakutních lůžkách (viz obr. 6.48 - místo úmrtí) a zbývá tak 6 800 pacientů, pro které je hypoteticky k dispozici 1060 volných lůžek v zařízeních sociálních služeb. Jedná se však o hypotetický propočet. Ve všech případech nelze konstatovat, že pacienti následných zdravotnických lůžek musí vždy odcházet do pobytového zařízení sociálních služeb.
- O uvedené teoretické úvaze vzhledem k nespolehlivosti zdravotnických statistik okolo přesného počtu léčených dlouhodobých pacientů, délce ošetrovací doby a počtech hospitalizací, ukončených úmrtím by bylo možno vést dlouhou polemiku, ale přesto je zde uvedena s těmito nejistotami alespoň jako ukázka faktu, že sociální klienti na lůžku jsou na rozdíl od dlouhodobých pacientů ve zdravotnických zařízeních podstatně „dlouhodobější“, což podle uvedených čísel znamená, že kdyby bylo nutno pro každý rok zvýšit počet pacientů pro sociální lůžka z oněch hypoteticky přijatých 1060 pacientů např. o 100, bylo by na to potřeba trojnásobku, tj. 300 dalších dlouhodobých sociálních lůžek. Další pohled na přechod zdravotnického pacienta do sociální sféry je diskutován i v závěrečné části této kapitoly (Souhrn problémů lůžkových zdravotních služeb, včetně problémů na pomezí služeb sociálních a paliativních).

Prezentovaná tabulka na obr. 6.43 uvádí i počet čekajících žádostí o umístění pacienta na lůžko, který je vysoký. Je to velký problém, je však podle odborníků na sociální služby mírněn velkým počtem žádostí, podaných souběžně více sociálním zařízením. Reálný expertní odhad čekací doby plně indikovaných žadatelů, kteří nejsou soběstační a nemají dostatečné sociální zázemí, je cca 4-6 měsíců. Z pohledu poskytovatelů zdravotní péče i z pohledu pacientů a jejich blízkých je však i takovýto údaj velmi nepříznivý a vyvolává u obou zmíněných stran napětí a nespokojenost.

Sociální lůžka existují ve dvou odlišných režimech. V KHK se tak sociální služba typu DS a DZR skládá z lůžek zařazených do sociální sítě kraje, tj. 2 513 lůžek v režimu veřejnoprávní dotace a z lůžek mimo tuto síť, převážně soukromých, tj. 669 lůžek v r. 2020 (součet těchto lůžek v tabulce neodpovídá, protože se jedná o data z různých let a nejsou zde započtená sociální lůžka v léčebnách dlouhodobě nemocných (viz dále).

Obr. 6.44 Vývoj počtu lůžek v síti sociálních služeb a v LDN KHK

Ve srovnání s ostatními kraji je počet lůžek v DS a DZR v KHK celkem v průměru (viz obr. 6.42) a proto jejich počet oproti ČR (viz obr. 6.41) v posledních letech spíše stagnoval. Počet lůžek v domovech pro seniory v období let 2015-2020 lehce poklesl a v domovech se zvláštním režimem rostl, ale celkový nárůst v zařízeních sociálních služeb byl jen 16 lůžek.

V léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen „LDN“) včetně podobných zdravotnických zařízení s ošetrovatelskou péčí je v KHK cca 900 neakutních zdravotnických lůžek (viz obr. 6.35). V těchto zařízeních trvají více než deset let pokusy o zřízení analogických sociálních lůžek typu DS a DZR, ale dodnes je jejich počet překvapivě malý. V polovině r. 2020 bylo v kraji těchto lůžek pouze 34 (viz poslední řádek prezentované tabulky obr. 6.44), přestože zdravotní pojišťovny v několika vlnách zvyšovaly tlak na jejich vznik, aby nemusely hradit plnou zdravotní péči v LDN pacientům, kteří potřebují spíše péči sociální než zdravotní. Tento zdánlivě racionální požadavek se však zatím plně neprosadil, zejména kvůli odporu pacientů, kteří nechtějí dávat souhlas se změnou svého statutu, protože na sociálních lůžkách jim vzniká povinnost finanční spoluúčasti. Názor převážné části manažerů v LDN je vůči sociálním lůžkům negativní, protože jim přidělávají určité administrativní zatížení a snižují úhrady od zdravotních pojišťoven. Možná i proto, že část manažerů LDN je přesvědčena, že při stále rostoucích zdravotních požadavcích na činnost LDN jakožto zařízení pro doléčování, spíše než pro dlouhodobý pobyt, zde není prostor na lepší sociální zázemí a je třeba posilovat spíše zdravotní péči. Souvisí to i s četnými připomínkami od klinických lékařů ze sféry akutních nemocnic, kteří při projednávání přípravy Koncepce upozorňovali na nutnost posilování rehabilitačních, gerontologických a nutričních aktivit v LDN.

Obr. 6.45 Počet lůžek sociálních služeb v SO ORP v Královéhradeckém kraji, r. 2018

Detailní pokrytí pobytovými službami podle správních oblastí obcí s rozšířenou působností (dále jen „SO ORP“) v rámci KHK ukazuje, že nejvyšší pokrytí lůžky v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je v okresech Rychnov n. Kn., Náchod a Trutnov. Nižší pokrytí je v okrese Jičín (zde paradoxně nejsou v nemocnici větší stížnosti na překlady pacientů do sociální sféry a neakutní zdravotní lůžka jsou zde optimalizována lépe než v jiných okresech). Nejnižší pokrytí je v okrese Hradec Králové, kde jsou naopak stížnosti ze strany deficitu zdravotnických lůžek výrazné.

Poznámky

- Počty lůžek DS a DZR jsou uvedeny dohromady za zařízení v krajské síti sociálních služeb i mimo ni.
- Vzhledem k faktu, že část pacientů, kteří vyžadují překlad ze zdravotnického lůžka do pobytového sociálního zařízení, může být přeložena i do Domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Podle obr. 6.45 je tak teoretická kapacita oproti všem 3194. lůžkům v DS a DZR vyšší o 692 lůžek. Bylo by proto potřeba, aby odbor

sociálních věcí KÚ KHK v rámci svých analýz¹⁵ odhadl, jaký je celkový počet lůžek, které by bylo možno využít pro potřebu udávaných pacientů, čekajících na zdravotnickém lůžku na překlád do sociální sféry v jakémkoli zařízení, ať je to lůžko v DS, DZR, DOZP nebo sociální lůžko ve zdravotnickém zařízení. Na straně zdravotnictví je úkol, upřesnit počet pacientů, kteří lůžko v uvedeném spektru sociálních služeb potřebují.

¹⁵ *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026*. Revize č. 2 schválená Zastupitelstvem kraje dne 8. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019 [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, ©2019. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>

Problematika paliativní péče a konce života

Vývoj paliativní medicíny

Díky objevům moderních farmak, rozvoji nových přístrojových technologií, organizaci péče a účinným preventivním postupům se významně posunula diagnostika a léčba prakticky ve všech oborech medicíny a bylo dosaženo nebývalých úspěchů ve zvládnání urgentních, život ohrožujících stavů, v konzervativních i operačních léčebných postupech a k velkému pokroku v poznání nemocí a biologických procesů na genetické a buněčné úrovni. Úspěšný rozvoj medicíny přinesl i množství finančních zdrojů na podporu dalšího poznání, ale to se zákonitě soustředilo do úspěšných oborů, které zlepšily výsledky léčby nemocí a prodloužily průměrný lidský věk. Do rozvoje medicíny, která se zabývá dlouhodobými stavy, stárnutím či duševním zdravím, tyto pokroky přicházejí pomaleji.

V ČR se nejméně 25 let diskutuje nezbytnost posilování medicínského oboru paliativní péče, který výrazně v 90. letech zviditelnilo hospicové hnutí. Toto hnutí zároveň významným způsobem podpořilo spirituální stránku konce života a vneslo do otázky umírání jistou společenskou kulturu. Diskuze o paliativní péči ovšem také ukázala, že celý tento obor byl jak ve formě hospiců, tak ve standardní následné, dlouhodobé a sociální péči oproti jiným oborům, specializovaným na aktivní a často i velmi intenzivní léčbu nemocí, zanedbáván a tento stav v kontrastu k rozvoji a úspěchům akutní medicíny začal vyžadovat nápravu.

Chronickými nemocemi se zabývají téměř všechny obory medicíny a každý z nich má v sobě zakomponovány charakteristické proporce aktuálních a dlouhodobých problémů a potřeb pacientů. Klinické obory se tak alespoň v části svých aktivit zabývají nejen efektivní diagnostikou a aktivní léčbou, které mohou život pacienta prodlužovat a zlepšovat, ale také fází onemocnění, kdy již lze, pacientův stav jen udržovat a nebo zpomalovat jeho postup a zachovávat důstojnou kvalitu života. V uvedené proporci se medicínské obory od sebe liší a klíčové pro získávání zkušeností v nezvratné a terminální fázi onemocnění jsou obory, které se starají o velký objem dlouhodobých pacientů jako je interna, onkologie, dětské lékařství, geriatric, psychiatrie, rehabilitace a praktické lékařství. Jsou to obory, které jsou v této koncepci zařazené do debaty o jednotlivých klinických oborech, ale z části je spojuje paliativní a terminální péče, která je proto zařazena zde v této všeobecnější kapitole. Je zařazena jako speciální typ péče, disciplína, která s výjimkou náhlých a nepředvídatelných úmrtí uzavírá jak medicínský, tak sociální cyklus celého života a snaží se i tuto činnost medicíny rozvíjet, optimalizovat a přispívat jejím prostřednictvím k efektivnímu využití zdrojů, kterých má, jakkoliv bohatý zdravotnický systém vždy málo.

Paliativní medicína se zabývá koncem života, kdy je již zjevné, že stárnutí organismu nebo dlouhodobé onemocnění nelze zastavit. Přes veškeré úspěchy medicíny dosáhne každý plynule stárnoucí nebo dlouhodobě nemocný člověk bodu kdy již organismus není dostatečně odolný na to, aby zvládal v dostatečné míře potřebné funkce tělesné a sociální a kdy proces oslabování jedince je již nevratný. V tomto momentě je smysluplné omezovat kauzální léčbu nemoci, která je buď nemožná a nebo neúčinná a udržovat optimální výživu, léčit symptomy nemoci, zejména bolest, využívat všech moderních postupů ošetrovatelské péče a udržovat tak fyzickou a psychickou pohodu pacienta a maximálně podporovat jeho sociální potřeby a důstojnost jeho stavu v situaci, kdy již nemůže samostatně fungovat.

Potřeba paliativní péče

Obr. 6.46 Úmrtí v HK a ČR r. 2018 s ohledem na potenciální potřebu paliativní péče

Podle kvalifikovaných odhadů z vyspělých zemí by asi 60-80 % dlouhodoběji umírajícím pacientům zdravotní péče odborníků v paliativní medicíně pomohla k lepšímu konci života.⁶ Prezentovaná tabulka ukazuje počty úmrtí podle diagnóz a z nich je odhadováno, že při úmrtí 5 749 pacientů v KHK v r. 2018 z nich zemřelo na onemocnění, kde úmrtí nenastává náhle cca 4 500 pacientů (zvýrazněný rámeček). Z toho se dále odvozuje, že ročně cca 2 700 až 3 600 dlouhodobých pacientů v kraji by potřebovalo paliativní lůžko nebo domácí paliativní péči. Hospicových lůžek je přitom v ČR 484. V KHK to je 30 hospicových lůžek s délkou pobytu 30 dnů a počtem hospitalizovaných cca 300 (viz obr. 6.34 a obr. 6.35), což orientačně znamená, že hospic zajistí kvalitní terminální péči jen asi o desetinu déle umírajících pacientů v kraji.

Zde zobrazená tabulka zároveň upozorňuje na nejčastější příčiny úmrtí. Z dlouhodobých pacientů umírá na nádorové onemocnění asi ¼ pacientů z celé populace. Dle zkušenosti je nádorové onemocnění převládající diagnózou pacientů, umírajících v hospicích. Je tu přitom dvakrát větší skupina umírajících na kardiovaskulární onemocnění včetně cerebrovaskulárních onemocnění, tvořící téměř 50 % úmrtí, u kterých paliativní péče není formálně organizovaná, přestože zkušenými lékaři praktikovaná je.

Obr. 6.47 Potřeba paliativní péče v ČR a počet úmrtí při hospitalizační péči v ČR

Jiný pohled na celorepublikovou situaci ukazuje graf, který shrnuje úmrtí z let 2007-2018. 59,5 % úmrtí se odehrává u chronických pacientů (graf vlevo) a je výsledkem zhoršení dlouhodobých zdravotních problémů, často po déletrvajících hospitalizaci. Tato úmrtí jsou do značné míry očekávatelná a pacientům může s vysokou mírou pravděpodobnosti pomoci některá z forem paliativní péče.

Pacienti bez posouzení lékařem se zkušenostmi z paliativní medicíny (paliatr), kteří jsou v běžné domácí péči, jsou opakovaně převáženi zdravotnickou záchrannou službou k hospitalizaci a v posledním měsíci života těchto epizod přibývá. Výsledkem je fakt, že ze všech úmrtí na lůžku se v 66,5 % jedná o úmrtí na lůžku akutním (graf vpravo). Je tomu tak v akutních nemocnicích i v nemocnicích fakultních a předpokládá se, že při posílení a efektivní organizaci paliativní péče by šlo takovýmito situacím předejít, jak ukazuje praktická zkušenost z hospiců. Tito dlouhodobě nemocní pacienti se náhle a zbytečně stávají pacienty akutními, nezřídka i resuscitovanými a jejich konec života neproběhne tak, jak by to bylo v klidu a důstojně možné.

Obr. 6.48 Místo úmrtí v KHK a v ČR

Další ukázka spektra úmrtí zobrazuje, že k úmrtí doma nebo v zařízeních sociálních služeb dochází v KHK v 29,5 %, v ČR v 27,2 %. Situace mezi průměrem KHK a ČR se liší v detailech, ale principiálně je celé spektrum úmrtí velmi podobné. O něco vyšší procento umírajících ve FN Hradec Králové je dáno faktem, že tato nemocnice slouží zároveň i jako městská nemocnice pro krajské město. V hospicích umírá v KHK 4,7 %, v ČR 2,3 % všech zemřelých. Téměř dvojnásobný podíl umírajících občanů KHK v Hospici Anežky České

⁶ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

v Červeném Kostelci je dán jeho tradicí, skvělou pověstí, migrací pacientů z jiných krajů, kvalitou péče a podporou kraje.

Obr. 6.49 Počet hospitalizací v posledním půlroce života celkem a v krajích

ÚZIS ČR analyzoval četnost hospitalizací v posledním půlroce života. V pětiletém průměru počtu hospitalizací (r. 2013-2018, s vyloučením MKN-10, skupiny č. 19 – Poranění, otravy a některé následky vnějších příčin) se ukazuje, že 56,3 % umírajících pacientů nebylo hospitalizováno vůbec a nebo jednou. Naopak téměř čtvrtina pacientů byla hospitalizována třikrát a vícekrát (23 %) a polovina z toho (červené sloupce v grafu) čtyřikrát a vícekrát. Královéhradecký kraj je v žebříčku vytvořeném podle červených sloupců v jeho nižší (racionálnější) části s hodnotou 10 % pacientů a pravděpodobně i díky silnému hospicovému hnutí v kraji ukazuje cestu, jak je možné prostřednictvím efektivního managementu péče o umírající pomáhat zjevně nestabilním pacientům, častokrát se navracejícím k hospitalizaci prostřednictvím zdravotnické záchranné služby.

Vzhledem k současným demografickým trendům lze předpokládat, že podíl úmrtí chronických pacientů bude narůstat a bude zvyšovat zátěž zdravotnického systému. Je potřeba připomenout, že i když diskuse na toto téma běží často pod hlavičkou hospicové péče, jedná se z pohledu medicínské klasifikace odborností o péči paliativní, ať na lůžku či v rámci domácí péče, která nemusí být provozována jen hospici, ale může být provozována na jakémkoliv dlouhodobém zdravotnickém lůžku či ve sféře domácí péče, je-li k dispozici paliatické know-how a dostatečné prostředky na nutriční podporu a případnou léčbu bolesti, pokud je stav pacienta vyžaduje. V hospicích je samozřejmě k dispozici pozitivně hodnocené zázemí pro blízké pacienta a duchovní podpora, ale podporu paliativní péči ve standardním medicínském rozsahu je potřeba poskytovat a hradit podle principu ekvity všem, kteří ji budou potřebovat, byť bez nadstandardní spirituální nástavby, která není nezbytně preferována všemi pacienty a rodinami tak, jak ji poskytují hospice.

Po medicínské stránce může být samozřejmě problém najít kvalifikovaného odborníka – paliatra, ale je třeba připomenout, že péče o umírající patří nejen jim. Měla by být součástí specializačního vzdělávání každého klinického specialisty či praktického lékaře, kterým péče o umírající patří. Ne všichni lékaři na ní ale zatím myslí a je to chyba. Situaci je potřeba napomoci a výrazně se tč. posunula ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, kde byla zřízena funkce ústavního paliatra, se snahou vybudovat silné centrum, které by mohlo v budoucnu konziliárně fungovat pro všechny obory uvnitř FN HK i pro nemocnice v kraji, pokud by byl zájem ze strany vedení ZH KHK. Záměrem je, aby v začátku každý pacient, indikovaný k paliativní léčbě, opouštěl FN HK s plánem této péče, použitelným na lůžku, kam bude pacient překládán, včetně péče v sociálních zařízeních nebo v domácí ošetrovatelské péči.

Trendy v paliativní medicíně

Obr. 6.50 Model víceúrovňové paliativní péče

Ne všechnu péči na konci života mohou poskytovat jen kamenné a mobilní hospice a objevují se záměry koncipovat tuto péči jako komplexní víceúrovňový systém, který je integrován do veškerých zdravotních služeb, kde se umírající objevují. Vybudování takového systému má potenciál potlačovat nadužívání hospitalizací v akutních nemocnicích nebo snížit počet

výjezdů zdravotnické záchranné služby a představuje velký potenciál pro úspory dostupných kapacit českého zdravotnictví.⁶

Obr. 6.51 Model časné integrace paliativní péče u dlouhodobých onemocnění

Pozitivní roli může sehrát znalost principů paliativní péče i v rámci plánování léčby dlouhodobého pacienta („disease management“). Skokové rozhraní mezi léčbou kurativní, směřující k uzdravení nebo efektivnímu prodloužení života je potřeba měnit na model časné integrované paliativní péče, která se postupně překrývá s kurativní péčí a postupně v plynulém přechodu přebere hlavní roli v péči o pacienta. Tomuto procesu pomáhá i rozšiřování paliativní péče ambulantní cestou, jak specializovanými mobilními hospici, tak s pomocí praktických lékařů a agentur domácí péče, popřípadě i stacionářů a ambulancí pro léčbu bolesti, kterých je aktuálně též výrazný nedostatek.

Obr. 6.52 Ambulantní (mobilní) paliativní péče v krajích ČR

Mobilní specializovaná paliativní péče (dále jen „MSPP“) byla nejprve provozována zcela mimo systém zdravotního pojištění. V letech 2015 a 2016 byla část této péče hrazena formou pilotního projektu VZP. Od roku 2017 je tato forma domácí zdravotní péče součástí úhradové vyhlášky. Od té doby počet pacientů ve všech krajích výrazně stoupl. Přepočteme-li počet takto ošetřených pacientů na 100 000 obyvatel, je situace v KHK třetí nejlepší v ČR. Výrazně zde před všemi ostatními dominuje Kraj Vysočina a na druhém místě je Zlínský kraj, těsně před KHK.

Protože data souvisejí s vykazováním zdravotních služeb, nelze identifikovat všechnu péči poskytovatelů MSPP, neboť je stále dost často hrazena přímo, či formou darů. Přes záslužnou činnost hospiců však bude možno důstojný konec života zajistit všem teprve tehdy, až se principy paliativní péče a jejich praktikování stanou přirozenou částí celé medicíny. Týká se to i umírání dětí s těžkými dlouhodobými chorobami, i když v tomto směru podle odborníků z Dětské kliniky FH HK, kteří mají o většině takto postižených dětí povědomí, je situace v KHK zajištěna kvalitně.

⁶ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Souhrn problémů lůžkových zdravotních služeb, včetně problémů na pomezí služeb sociálních a paliativních

Úvod

Nedostatky, příčiny a jejich důsledky z oblasti lůžkových složek byly v této kapitole analyzovány výše a během přípravy Koncepce byly projednávány na setkáních poskytovatelů služeb, plátců a zástupců KHK a KÚ KHK a poznatky, konstatované v tomto souhrnu lze považovat za konsensuální. Pokud existuje více názorů a interpretací na některá témata, je to v textu uvedeno. Toto konstatování platí pro celou Analýzu a není výsadou lůžkového sektoru péče o pacienta, ale je zdůrazněno na tomto místě, protože právě v lůžkové sféře jsou koncentrováni nejtěžší pacienti s akutními i chronickými onemocněními, nejvýznamnější a nejdražší technologie a klíčové prvky zdravotnického vzdělávání.

V posledních dvou desetiletích let jsme byli svědky mimořádného rozvoje nových technologií v akutní medicíně. Jen letmý výčet novinek demonstruje posun, ke kterému došlo. Molekulární a genetická medicína, biologická léčba, výrazný rozvoj robotické chirurgie, rozšíření PET a MR zobrazování, mimotělní podpora dýchání ECMO, masivní rozvoj screeningových preventivních programů, elektronická podpora sdílení důležitých dat o pacientovi nebo vyhodnocování účinnosti nových technologií typu HTA posunulo medicínu kupředu. Stále jsme ale ještě nedosáhli plné spokojenosti pacienta s tím, že se může zcela svěřit do rukou zdravotnického systému, který mu umožní léčbu na správném místě, u poskytovatele péče, který je pro něj v daném stádiu nemoci nejpotřebnější a od kterého může očekávat, že mu poskytne péči, která nejlépe vyhovuje řešení jeho důležitých potřeb, ale též odpovídá stavu medicíny v současné době. Je však potřeba zdůraznit, že spokojenost pacientů se netýká jen stavu zavádění nových technologií oproti možnostem v nejvyspělejších zemích. Výrazně se dotýká i následné a dlouhodobé péče, kde hraje roli stav rehabilitační, geriatrické a paliativní péče a domácích ošetrovatelských služeb.

Všeobecně je známo, že následná a dlouhodobá zdravotní lůžková péče i sociální pobytová péče nemají dostatečnou kapacitu, ale k problémům této sféry navíc přispívá i řada organizačních a finančních nedostatků, které činí pomezí obou sfér a v neposlední řadě občas i komunikaci důležitých politických aktérů velmi komplikovanou záležitostí. Pohyb pacientů přes zdravotní a sociální hranici je obtížný, ale je pozitivní, že se objevily pokusy informatiků ho objektivně mapovat, a to v publikaci Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR, která se objevila v 2019 ve spolupráci Institutu pro sociální politiku a výzkum a ÚZIS ČR². (Uvedená citace zde mj. slouží i jako upozornění na tento významný a rozsáhlý datový zdroj, o kterém, alespoň ve sféře zdravotnictví, není velké povědomí).

Publikace upozorňuje, že údaje o potřebě další péče o hospitalizovaného pacienta po propuštění nebo přeložení sleduje ÚZIS ČR podle číselníku PODAPE (potřeba další péče po propuštění). Výstupy jsou prezentovány v kapitole 11 citované publikace a je zde možno najít konkrétní informace o narůstající potřebě dlouhodobé péče nebo informace o postavení

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

Královéhradeckého kraje. Např. že potřeba další péče po propuštění z hospitalizace stoupá a v KHK dosahuje téměř 30 %, což je druhý nejvyšší údaj v ČR po Moravskoslezském kraji (str. 171) anebo (v kapitole 13, str.182 zmíněné publikace) že mezi potřebnou péčí po hospitalizaci a přímo realizovanou péčí v r. 2017 v KHK byl deficit 13 %, což je po Libereckém kraji druhé nejhorší místo. Pacienti z těchto krajů odsud musejí migrovat za péčí do jiných krajů. Nejlepší bilanci v tomto směru vykazuje Pardubický kraj, kde je naopak 30 % dlouhodobé péče poskytováno pro jiné kraje. Tato informace je v souladu s tabulkou v obr. 6.39, kde je zobrazena celostátní migrace přímo ze zdroje ÚZIS ČR, ale týká se jen následné péče a r. 2018. O problematice přechodu pacienta do sociální péče se hovoří i v textu k obr. 6.43.

Změny a problémy v oblasti lůžkové péče

Rozvoj zdravotnictví postupně přinesl nové poznatky a technologie a vývoj vyvolává změny v oblasti lůžkové péče.

- Řada diagnostických a léčebných postupů se přenesla do ambulantního režimu, na lůžkách akutních nemocnic přibýlo intenzivní péče, ošetrovací doba se zkracuje, standardní lůžka mají vyšší obrát a náklady na lůžko se díky tomu zvyšují.
- Vzniká tlak na brzký překlad pacienta na doléčovací, nákladově efektivnější lůžko a jejich potřeba se proto zvyšuje.
- Zvyšuje se potřeba lůžkových zařízení, která vyžadují náročnější vybavení a financování diagnostiky, terapie i ošetrovatelské péče, optimální nutriční a léčebné i aktivizační rehabilitace. To vše vyžaduje i více personálu.
- Díky demografickým změnám přibývá lidí ve vyšším věku a díky rozvoji medicíny se prodlužuje délka života křehkých seniorů, kteří potřebují více lékařů se zkušeností v geriatrii, aby péče o ně byla efektivní a na úrovni současných znalostí.
- U dlouhodobých pacientů, kde již není možnost zlepšování zdravotního stavu, roste význam paliativní medicíny, která dokáže zachovat kvalitu života a potlačovat bolest a další utrpení pacienta na únosné úrovni.
- Péče v sociálních zařízeních se přestává odlišovat od péče zdravotní. Domovy pro seniory dnes již mají nadpoloviční klientelu ve stavu těžké nebo úplné závislosti s upoutáním na lůžko. Pacienti, kteří mají šanci na dlouhodobé přežití, potřebují kvalitní zdravotní ošetrovatelskou péči, operativní dostupnost (ať interní nebo externí) lékaře na specializační úrovni praktické lékařství pro dospělé a se zkušeností v geriatrii. Takto náročná ošetrovatelská péče v sociálních zařízeních se však od zdravotnických zařízení v některých aspektech liší
 - V sociální sféře je péče výrazně delší (průměrná doba pobytu ve zdravotnických zařízeních je 60 dní, v sociálních tři roky); výkyvy zdravotního stavu jsou však v průměru menší a stav pacientů je stabilizovanější.
 - Ve zdravotnických zařízeních jsou prakticky všichni pacienti ve stavu těžké či úplné závislosti (ať trvalé či dočasné), ale nepočítá se, že by zde zůstali natrvalo; měli by být v případě zlepšení propuštěni do péče domácí nebo do pobytové sociální péče lehčího typu, popřípadě při trvání těžké závislosti do domova se zvláštním režimem.
 - V některých domovech pro seniory jsou lehčí, samostatnější a zdravější klienti, kteří snižují průměrné náklady na zdravotní činnosti, byť jich dle statistik výrazně ubývá; tento fakt mohou řešit diferencované úhrady zdravotních pojišťoven za zdravotní služby; jedná-li se však o pacienty vyžadující stejnou

péči jako pacienti ve zdravotnických zařízeních, měla by tato úhrada potřebné zdravotnické náklady pokrýt.

- Popsané odlišnosti sociálních zařízení vysvětlují, proč je jejich lůžková kapacita nedostatečná a personál přetížený a nespokojený. Sekundárně tento stav těžce dopadá i na zdravotnická zařízení dlouhodobého typu, která své pacienty nejsou schopná efektivně přesouvat do sociální sféry, mají zablokovanou svoji kapacitu a problémy se přenášejí dále až do akutních nemocnic. Ty potom nejsou schopné své pacienty operativně přesouvat do zařízení pro doléčovací péči a prodlužuje to ošetrovací dobu.
- Problémy přechodu pacientů ze zdravotnických zařízení do sociální péče brzdí nejen nedostatečná kapacita sociálních lůžek, ale též celá řada administrativních odlišností mezi oběma sférami, které neumožňují včasné plánování přesunu pacientů a změnu jejich statusu ze zdravotnických pacientů na klienty sociálního systému. Finanční problémy zhoršuje i pomalé přiznávání sociálních dávek na péči. Naopak jsou kladné zkušenosti tam, kde je dostatečná kapacita a výkonnost nelůžkových (terénních i ambulantních) sociálních služeb, které do jisté míry mohou pobytové služby nahrazovat.

Finanční deficity v lůžkové péči

Dle názoru profesionálů, kteří se pohybují ve sféře sociálních pobytových služeb, jsou úhrady za zdravotní péči poskytovanou v zařízeních sociálních služeb z veřejného zdravotního pojištění zanedbané a v tomto směru vyžaduje vyhláška MZ ČR (Seznam zdravotních výkonů) radikální přehodnocení. Financování zdravotnické a sociální sféry je diametrálně odlišné. MZ ČR a zdravotní pojišťovny preferují akutní zdravotnictví, které se v mezinárodním srovnání technologicky pohybuje na vrcholu medicínských možností a ve vnitrostátním srovnání alespoň na platovém průměru zaměstnanců. Platby za zdravotní péči v pobytových sociálních zařízeních jsou naopak tak nízké, že většina sociálních zařízení má problém platit dostatečný počet zdravotních sester a obstarat pro své klienty lékařské služby. Důsledky tohoto finančního zanedbání mají, jak již bylo zmíněno, zpětně nepříznivé dopady na zdravotnictví, zejména v oblasti překládání pacientů z akutního lůžka do následné péče a do péče dlouhodobé a sociální.

Přetrvávající problémy z pohledu pacientů

K uvedeným faktům lze uvést několik praktických a technických poznatků, které rovněž vycházejí z četných projednávání této problematiky v rámci přípravy Koncepce, popřípadě i jednání Komise Rady Královéhradeckého kraje pro občany se zdravotním postižením.

- Zatímco poskytování zdravotní péče je záležitostí pacienta a lékaře, který zdravotní službu indikuje, rozhodnutí o poskytování sociální péče je správním aktem. Při pobytu pacienta na následném lůžku nelze přerazení připravit předem, i když už lze poměrně spolehlivě prognózovat budoucí potřeby pacienta a včas žádat o přiznání sociálních dávek v souvislosti se zdravotním postižením či o změnu statutu pacienta.
- Problémy s překládáním pacientů, zejména směrem od akutní péče k doléčovacím a dlouhodobějším službám jsou velmi úporné. Řada akutních nemocnic má pro tyto účely sociální oddělení, které tuto náročnou činnost pracně zprostředkuje mezi pacientem, jeho rodinou a poskytovateli. Dokud nebude procházení pacienta systémem usnadněno a kapacita služeb dostatečná, je tuto činnost nutno posílit na všech úrovních, včetně zařízení následné péče.

- Optimalizace pohybu pacienta v systému má své rezervy. Existuje řada profesních výhrad, že někteří lékaři, či oddělení, poskytují zbytnou péči na akutním lůžku, nedbají na indikaci domácích či paliativních služeb a zanedbávají návštěvní službu. Tyto věci nelze řešit v obecné rovině, existuje však řada pozitivních příkladů, kdy podobně jako na klinických indikačních seminářích pro rozhodování o racionálním postupu existují i podobné instituty a dohodovací platformy na úrovni poskytovatelů dlouhodobých služeb, nemocnic, praktických lékařů a sociálních poskytovatelů, kde se hledají optimální cesty pro konkrétní pacienty a předávání důležitých informací o možných postupech.
- Jedno z řešení pro uvolnění zdravotnických lůžek je posilování ambulancí, stacionářů, mobilní specializované paliativní péče a rozsahu domácí zdravotní péče.
- Problém propustit pacienta, který z pohledu zdravotního či sociálního stavu již na zdravotnické lůžko nepatří, zhoršují i nesouhlasy pacientů nebo jejich rodin přejít do sociálního zařízení. Pokud se potom o pacienta nepostará rodina sama, neobstará komerční pobytové zařízení nebo ho nepřebere obec a nebo krajský sociální systém, nemá zdravotnictví praktickou možnost pacienta propustit.

Seznam použité literatury a citací

1. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=z%C3%A1kon+%C4%8D.+372%2F2011>
2. WIJA Petr, BAREŠ Pavel a ŽOFKA Jan. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s., 2019. ISBN 978-80-907662-2-8. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodob-pece-v-CR.pdf>
3. NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf
4. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
5. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
6. *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/
7. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část. Aktualizované vydání k 15. 5. 2020*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019, ISBN: 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008312/mkn-10-tabelarni-cast-20200515.pdf>
8. *Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů*, tisková zpráva z 20. 12. 2019 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>
9. HROBŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání)
10. ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče*. Souhrnná studie. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

<https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/vystupy-projektu>

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

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

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

14. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018*, MPSV, Praha 2019. Dostupné online z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

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

Analýza - Kapitola VI. (Obrazová část)

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

Obr. 6.1a Druhy lůžkové péče podle číselníku ÚZIS ČR

Zdroj: NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018, str. 4.
Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

Kód	Poskytované zdravotní služby	Název druhu ZZ
101	Akutní lůžkové péče	Fakultní nemocnice
102	Akutní lůžkové péče	Nemocnice
105	Následná a dlouhodobá péče	Nemocnice následné péče
110	Následná a dlouhodobá péče	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)
111	Následná a dlouhodobá péče	Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)
112	Následná a dlouhodobá péče	Psychiatrická léčebna
113	Následná a dlouhodobá péče	Rehabilitační ústav
119	Následná a dlouhodobá péče	Ostatní odborné léčebné ústavy
122	Následná a dlouhodobá péče	Dětská psychiatrická léčebna
129	Následná a dlouhodobá péče	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy
141	Následná a dlouhodobá péče	Dětská ozdravovna
180	Následná a dlouhodobá péče	Hospic
190	Následná a dlouhodobá péče	Další lůžkové zařízení

Obr. 6.1b Druhy lůžkové péče podle číselníku VZP – stav v KHK, 2020–1. část

Zdroj: *Struktura lůžkového fondu v Královéhradeckém kraji*, Analytický materiál Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR) – Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj

Lůžková kapacita-Královéhradecký kraj					Počet obyvatel KHK v tis.:		546
					Lůžek následné péče na 1000 obyv.:		2,51
Akutní, intenzivní, následná, ošetrovatelská péče - stav k 1.5.2020 (vyjma lůžek lázeňské péče)					Lůžek akutní péče na 1000 obyv.:		5,11
OBOR/ Odbornost	Název odbornosti	6100-HRADEC KR.	6300-JIČÍN	6400-NÁCHOD	6600-RYCHNOV n. KN.	6900-TRUTNOV	KHK Celkem
Akutní péče standardní (počty lůžek nasčítány dle okresu)							
1_1	Interna	187	93	156		127	563
2_1	Rehabilitace	44	35	34		20	133
2_2	Hematologie	32					32
2_3	Infekční	42					42
2_5	TRN a pneumologie	25					25
2_9	Neurologie	37	22	30		30	119
3_1	Pediatric	18	20	50		20	108
3_4	Neonatologie	58	12	25		10	105
3_5	Psychiatrie	60	21	30			111
4_2	Onkologie	24					24
4_3	Radioterapie	62	20			28	110
4_4	Dermatovenerologie	15					15
4_9	Dětská neurologie	13					13
5_1	Chirurgie	59	51	105		126	341
5_2	Dětská chirurgie	24					24
5_3	Úrazová chirurgie	30					30
5_5	Kardiochirurgie	37					37
5_6	Neurochirurgie	66					66
6_1	Plastická chirurgie	42					42
6_3	Gynekologie	80	35	75		43	233
6_6	Ortopedie	73		60		20	153
7_1	ORL	35	19	5			59
7_4	Dětské ORL	13					13
7_5	Oftalmologie	18					18
7_6	Urologie	58		20		20	98
Celkem STD akutních lůžek :		1 152	328	590	0	444	2 514

Obr. 6.1b Druhy lůžkové péče podle číselníku VZP – stav v KHK, 2020–2. část

Zdroj: *Struktura lůžkového fondu v Královéhradeckém kraji*, Analytický materiál Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR) – Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj

Intenzivní péče (počty lůžek nasčítány dle okresu)						
1_1	IP interní	40	12	17		84
2_2	IP hematologie	13				13
2_3	IP infekční	5				5
2_5	IP TRN a pneumologie	6				6
2_9	IP neurologie	6		4	4	14
3_1	IP pediatrická	7				7
3_4	IP neonatologická	33				33
5_1	IP chirurgická	16		8	7	31
5_2	IP dětská chirurgie	3				3
5_5	IP kardiochirurgická	16				16
5_6	IP neurochirurgická	10				10
6_3	IP gynekologická	14				14
6_3	IP intermediární porodnická	3				3
6_6	IP ortopedická	4				4
7_8	ARO	12	7	11	5	35
Celkem lůžek intenzivní péče :		188	19	40	0	278
Celkem AKUTNÍCH (STD+IP) lůžek:		1 340	347	630	0	2 792
Intenzivní ošetrovatelská péče (počty lůžek nasčítány dle okresu)						
7D8	NIP			5	12	17
7U8	DIOP			5		5
Celkem lůžek NIP+DIOP:		0	0	10	0	22
Následná péče (počty lůžek nasčítány dle okresu)						
9U7	LDN	94	217	83	52	446
2U1	OLÚ-rehabilitační péče		25		299	324
3U1	OLÚ-pediatrická				30	30
3U8	Léčba alkoholismu a toxikomanie	56				56
Celkem lůžek OLÚ+LDN:		150	242	83	52	856
Ošetrovatelská péče (počty lůžek nasčítány dle okresu)						
9H9,9F9	Ošetrovatelská lůžka	18	51	124	272	465
9U9	Hospic			30		30
Celkem ošetrovatelských lůžek :		18	51	154	0	495
Celkem NÁSLEDNÝCH lůžek OLÚ+LDN+OŠ:		168	293	247	52	1 373
Celkem lůžek RP HK:		1 508	640	877	52	4 165

Obr. 6.2 Dvě možné metody sledování počtu zdravotních lůžek

Zdroj: tabulka adaptována dle NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018, str. 4. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf

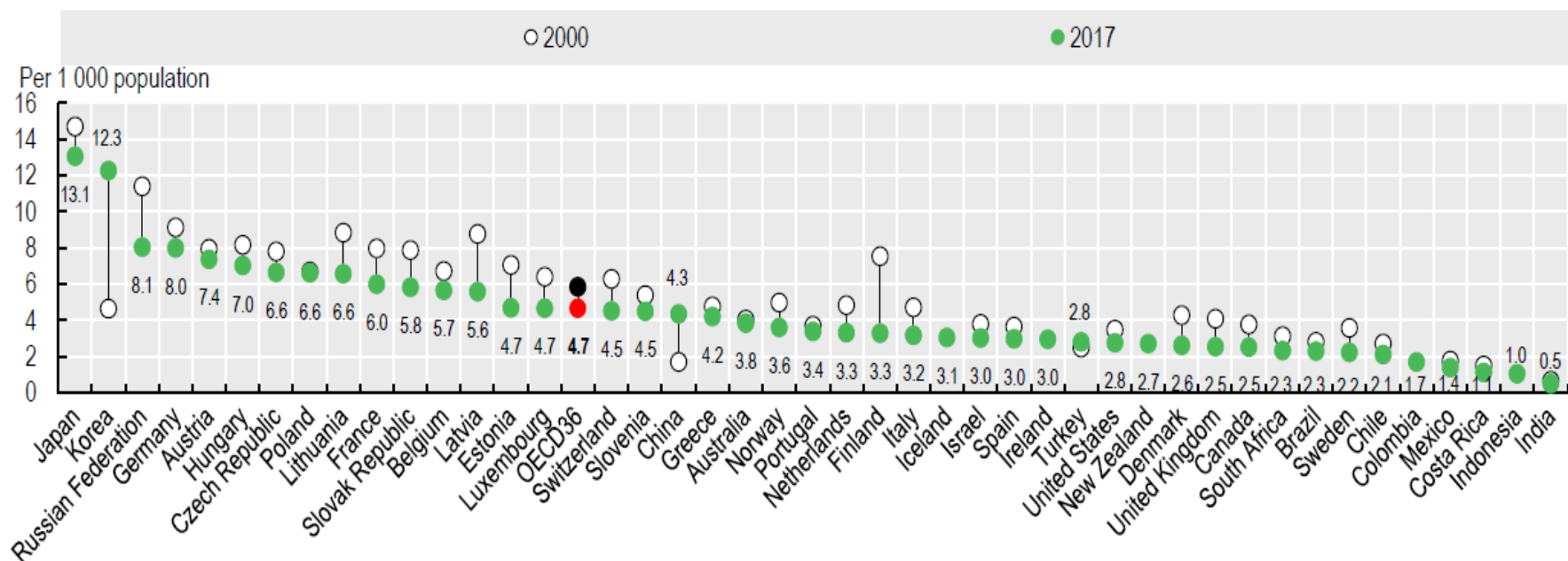
Dvě metody určení akutních a neakutních lůžek na příkladu údajů z r.2017

<i>do r. 2014</i>		<i>od r. 2014</i>	
všechna lůžka poskytovatelů	77 578	77 578	všechna lůžka poskytovatelů
z toho:			z toho:
<u>všechna lůžka poskytovatelů akutní</u>			<u>všechna akutní lůžka všech</u>
péče např. akutní nemocnic apod.	57 578	48 363	poskytovatelů
<u>všechna lůžka poskytovatelů následné</u>			<u>všechna lůžka následná a</u>
a dlouhodobé péče, např. LDN	20 000	29 215	<u>dlouhodobá</u> všech poskytovatelů

Obr. 6.3 Celkový zdravotní lůžkový fond OECD, r. 2000-2017

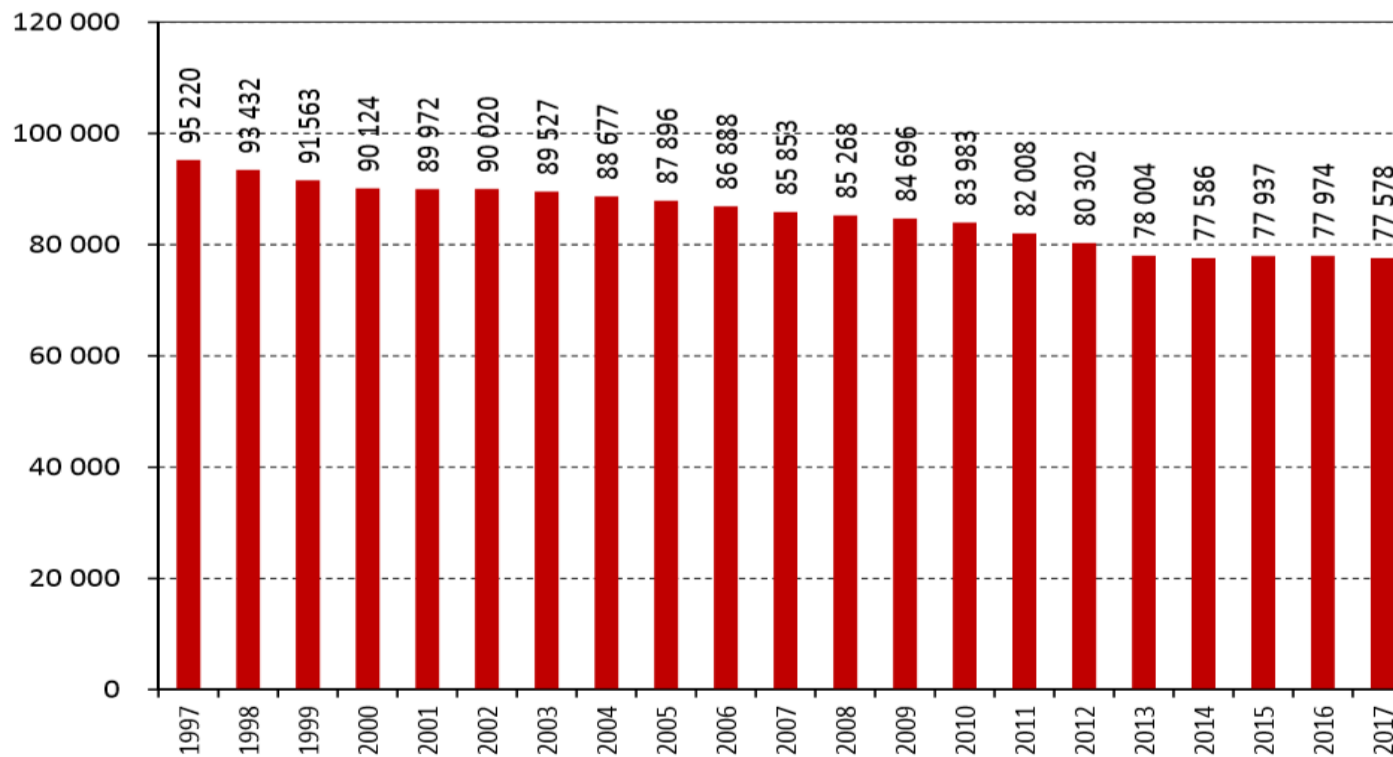
Zdroj: Health at a Glance 2019: OECD Indicators, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 195, obr. 9.6. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1604303118&id=id&accname=guest&checksum=7ADF3D1794CB1FFD323DB6159F3FDC39>

Pozn.: všechna nemocniční lůžka (akutní nemocnice, psychiatrické a odvykací léčebny; bez nemocnic dlouhodobé péče) v r. 2000 a 2017



Obr. 6.4 Vývoj celkového lůžkového fondu ČR, r. 1997-2017

Zdroj: NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Zdravotnický lůžkový fond 2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018, str. 14, obr. 3.4. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf



Obr. 6.5 Vývoj počtu akutních a neakutních lůžek ČR, r. 2014-2018

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) *Zdravotnická ročenka České republiky 2014*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2016. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdrroccz2014.pdf>
- 2) *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

typ lůžka	r. 2014	r. 2018	2018-2014	(2018-2014) / 2014
akutní lůžka	48 903	48 439	-464	-0,95%
následná lůžka	28 683	29 301	618	2,15%
lůžka celkem	77 586	77 740	154	0,20%
lůžka v láz. léčebnách	21 603	23 395	1 792	8,30%
akut.lůžka / 10 tis.obč.	46,4	45,5	-0,9	-2,04%
násl.lůžka / 10 tis.obč.	27,2	27,5	0,3	1,03%
lůžka celk. / 10 tis.obč.	73,7	73,0	-0,7	-0,90%

Obr. 6.6 Základní ukazatelé pro hospitalizace v KHK, r. 2018

Zdroj: NRHOSP 2007–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, adaptováno dle prezentace 02B-2, 02B-3, 02B-5, 02-B-7, 02B-9, 02B-10. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

typ hospitalizace	počet hospitalizací		ošetřovacích dní		délka hospitalizace (dny)
	KHK	% z celé ČR	KHK	% z celé ČR	
h. celkem	104 416	4,8%	998 347	5,0%	9,6
h. akutní	98 252	4,9%	639 660	5,8%	6,5
h. akutní s operací	32 345	4,9%	226 960	5,8%	7,0
h. s následnou péčí	7 490	4,2%	358 687	4,0%	47,9
h. dlouhodobá nad 30 dnů	6 201	5,5%	411 328	4,6%	66,3
h. dlouhodobá u pac.65+ nad 30 dnů	4 234	6,0%	284 847	5,5%	67,3

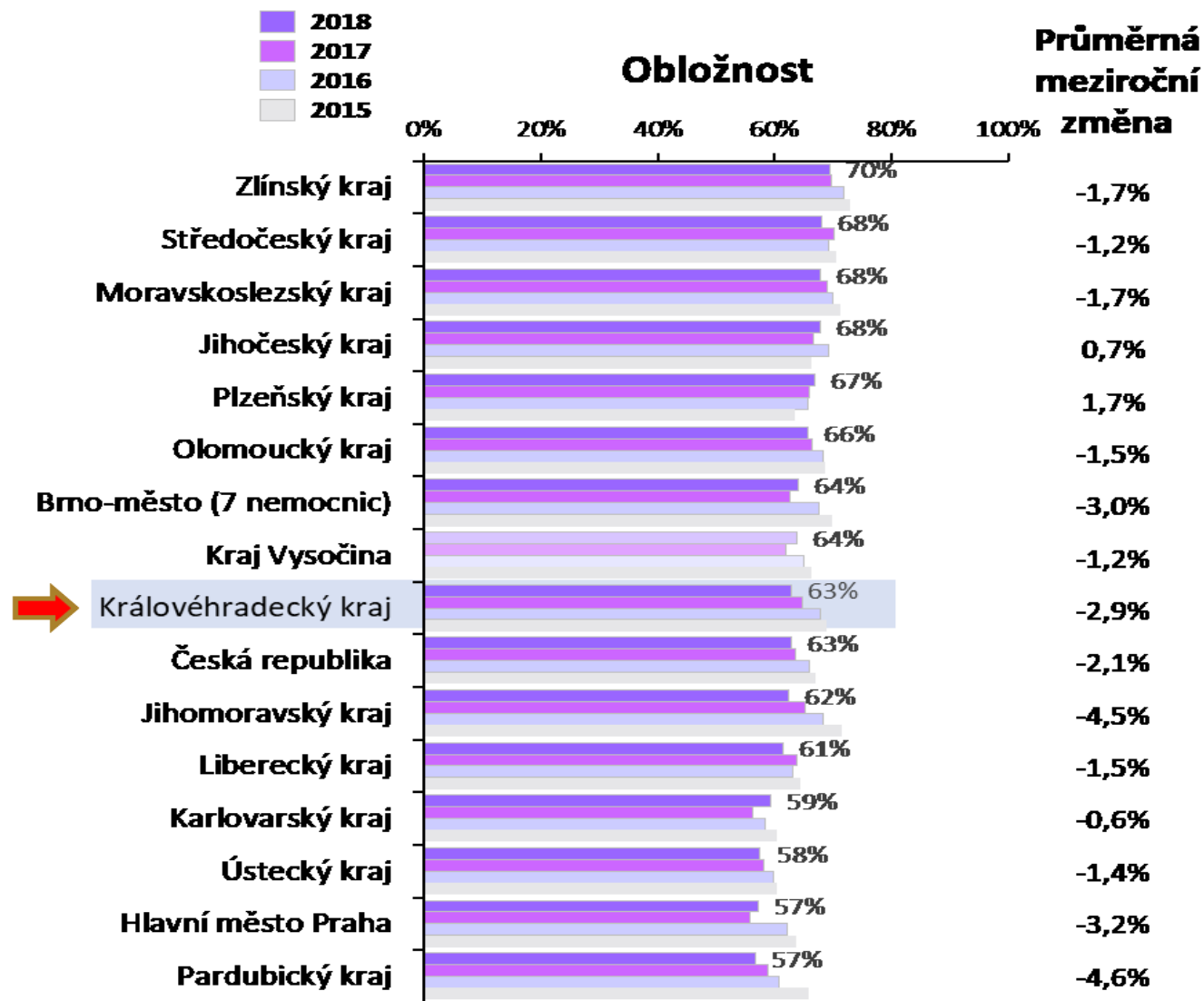
Obr. 6.7 Počet lůžek akutní péče v krajích r. 2015-2018

Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-55. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 6.8 Využití akutního lůžkového fondu v krajích a jeho časový vývoj, r. 2015-2018

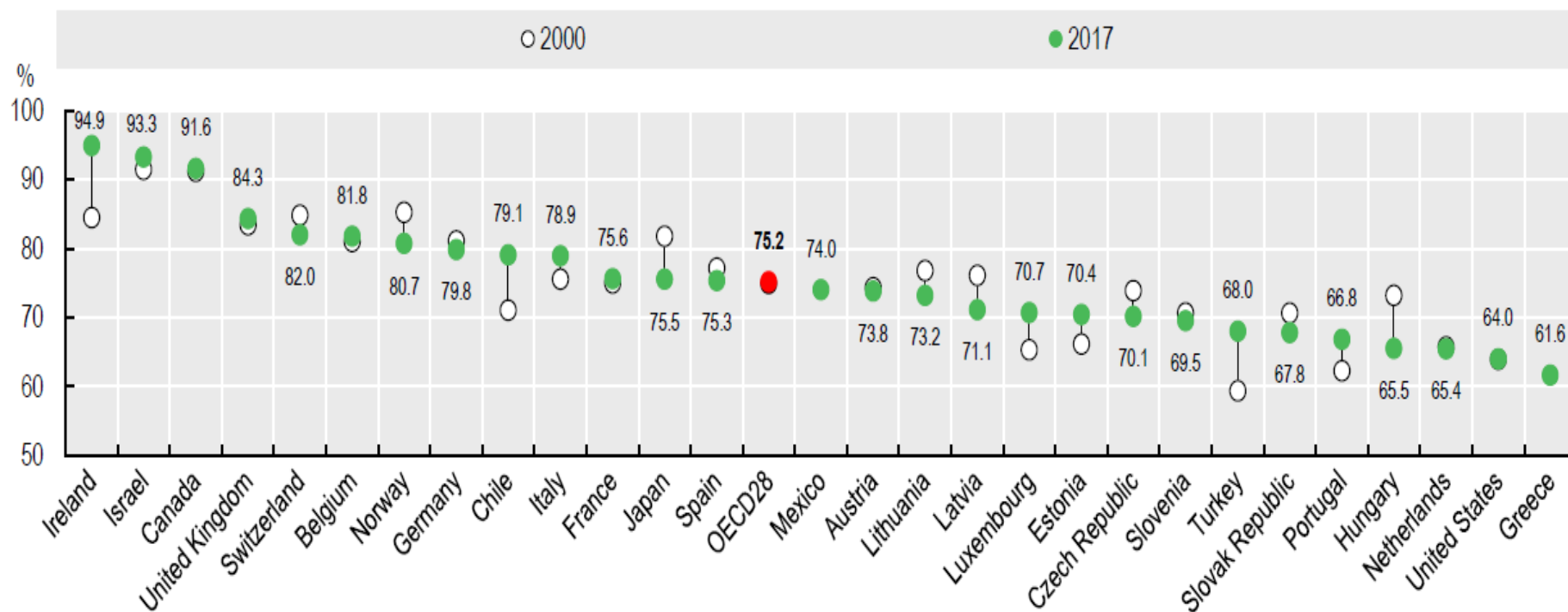
Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-59. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Obr. 6.9 Využití celkového lůžkového fond u v mezinárodní srovnání OECD, r. 2000 a 2017

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 195, obr. 9.8. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1604303118&id=id&accname=guest&checksum=7ADF3D1794CB1FFD323DB6159F3FDC39>

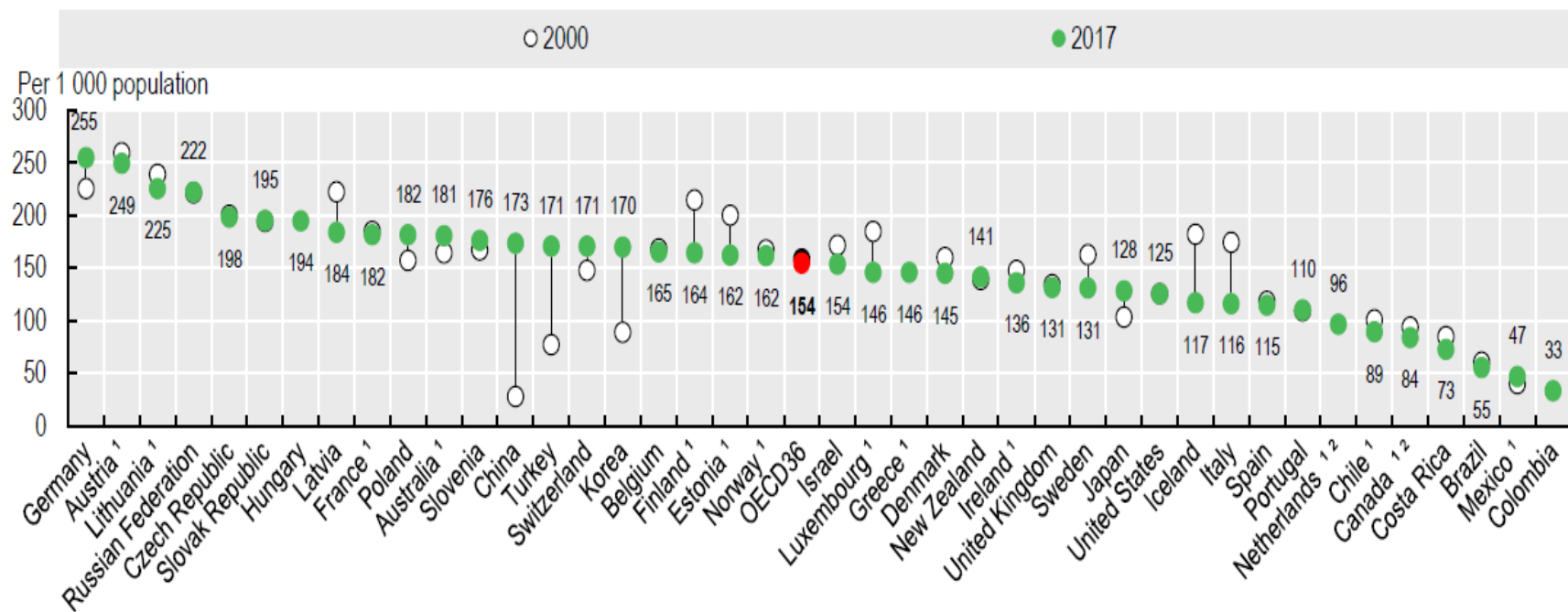
Pozn.: využití celkového lůžkového fondu (hospitalizace bez zdravých novorozenců po porodu) na všech nemocničních lůžkách (akutní nemocnice, psychiatrické a odvykací léčebny; bez nemocnic dlouhodobé péče) v r. 2000 a 2017



Obr. 6.10 Počty hospitalizací v r. 2000 a 2017 v zemích OECD

Zdroj: Health at a Glance 2019: OECD Indicators, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 195, obr. 9.7. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1604303118&id=id&accname=guest&checksum=7ADF3D1794CB1FFD323DB6159F3FDC39>

Pozn.: počty hospitalizovaných (bez zdravých novorozenců po porodu) na všech nemocničních lůžkách (akutní nemocnice, psychiatrické a odvykací léčebny; bez nemocnic dlouhodobé péče) v r. 2000 a 2017



Obr. 6.11 Vývoj hospitalizací v KHK oproti ČR – všechny akutní hospitalizace

Zdroj: NRHOSP 2007-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-3. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Rok	Počet hospitalizací*				Počet ošetřovacích dní				Délka hospitalizace		
	ČR	Nemocnice se sídlem v HKK			ČR	Nemocnice se sídlem v HKK			ČR	Nemocnice se sídlem v HKK	
		N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)		N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)		HKK	(% ČR)
2007	2 118 117	111 820 (5,3 %)	85,20%	14,80%	14 448 100	821 216 (5,7 %)	83,90%	16,10%	6,82	7,34	107,7%
2008	2 099 353	110 874 (5,3 %)	84,50%	15,50%	13 855 477	793 963 (5,7 %)	83,30%	16,70%	6,60	7,16	108,5%
2009	2 085 614	107 943 (5,2 %)	83,80%	16,20%	13 577 604	788 189 (5,8 %)	83,30%	16,70%	6,51	7,30	112,2%
2010	2 057 389	107 125 (5,2 %)	84,00%	16,00%	13 192 295	781 223 (5,9 %)	83,20%	16,80%	6,41	7,29	113,7%
2011	2 022 411	103 867 (5,1 %)	83,60%	16,40%	12 576 886	748 150 (5,9 %)	82,80%	17,20%	6,22	7,20	115,8%
2012	2 055 125	104 517 (5,1 %)	83,40%	16,60%	12 279 590	737 874 (6,0 %)	82,70%	17,30%	5,98	7,06	118,2%
2013	2 060 196	103 434 (5,0 %)	83,30%	16,70%	12 027 085	723 375 (6,0 %)	82,50%	17,50%	5,84	6,99	119,8%
2014	2 084 181	102 802 (4,9 %)	83,60%	16,40%	12 022 778	712 857 (5,9 %)	82,80%	17,20%	5,77	6,93	120,2%
2015	2 063 065	103 875 (5,0 %)	83,60%	16,40%	11 866 408	707 703 (6,0 %)	82,90%	17,10%	5,75	6,81	118,4%
2016	2 047 432	101 489 (5,0 %)	83,40%	16,60%	11 588 615	692 569 (6,0 %)	82,90%	17,10%	5,66	6,82	120,6%
2017	2 015 079	99 314 (4,9 %)	83,00%	17,00%	11 241 896	661 901 (5,9 %)	82,60%	17,40%	5,58	6,66	119,5%
2018	1 999 367	98 252 (4,9 %)	83,00%	17,00%	11 082 287	639 660 (5,8 %)	83,00%	17,00%	5,54	6,51	117,5%
% 2018/2007	94,4%	87,9%			76,7%	77,9%			81,3%	88,6%	

*Statistickou jednotkou je hospitalizační případ zahrnující překlady mezi odděleními v rámci zdravotnického zařízení.

Obr. 6.12 Vývoj hospitalizací v KHK oproti ČR – jen akutní hospitalizace s operací

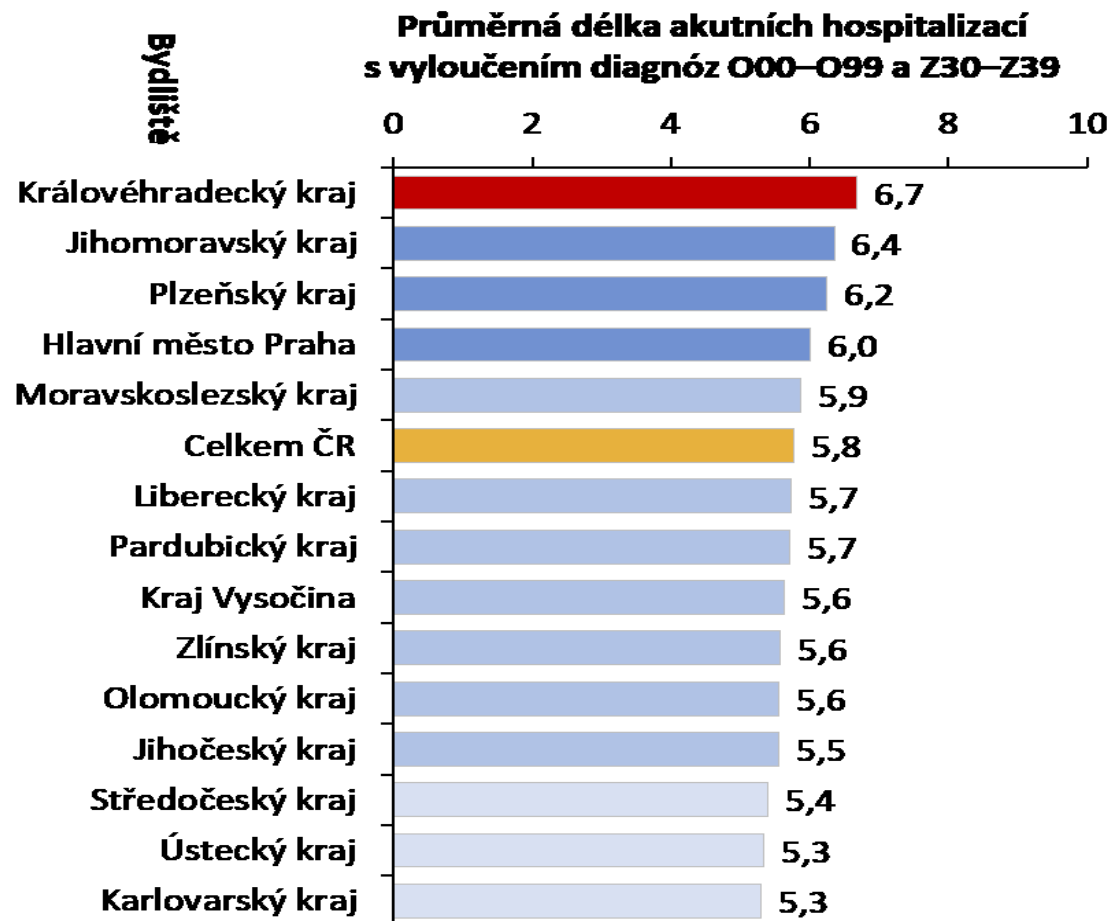
Zdroj: NRHOSP 2007-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-7. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Rok	Počet hospitalizací*				Počet ošetrovacích dní				Délka hospitalizace		
	Nemocnice se sídlem v HKK				Nemocnice se sídlem v HKK				Nemocnice se sídlem v HKK		
	ČR	N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)	ČR	N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)	ČR	HKK	(% ČR)
2007	692 262	37 711 (5,4 %)	82,40%	17,60%	4 690 407	269 894 (5,8 %)	81,30%	18,70%	6,78	7,16	105,6%
2008	671 289	36 308 (5,4 %)	81,40%	18,60%	4 432 690	257 323 (5,8 %)	80,90%	19,10%	6,60	7,09	107,3%
2009	654 323	33 499 (5,1 %)	80,70%	19,30%	4 330 469	251 212 (5,8 %)	81,30%	18,70%	6,62	7,50	113,3%
2010	646 850	33 363 (5,2 %)	81,00%	19,00%	4 233 765	252 503 (6,0 %)	81,00%	19,00%	6,55	7,57	115,6%
2011	634 181	32 610 (5,1 %)	80,40%	19,60%	4 081 155	249 137 (6,1 %)	80,90%	19,10%	6,44	7,64	118,7%
2012	664 254	33 160 (5,0 %)	80,50%	19,50%	4 124 395	248 408 (6,0 %)	80,50%	19,50%	6,21	7,49	120,6%
2013	660 944	31 515 (4,8 %)	80,20%	19,80%	4 069 959	239 900 (5,9 %)	79,70%	20,30%	6,16	7,61	123,6%
2014	669 388	31 054 (4,6 %)	79,10%	20,90%	4 057 254	235 311 (5,8 %)	78,30%	21,70%	6,06	7,58	125,0%
2015	662 750	31 262 (4,7 %)	79,40%	20,60%	3 988 030	229 042 (5,7 %)	78,80%	21,20%	6,02	7,33	121,8%
2016	666 960	31 229 (4,7 %)	79,50%	20,50%	3 961 928	233 478 (5,9 %)	78,90%	21,10%	5,94	7,48	125,9%
2017	663 800	31 868 (4,8 %)	78,60%	21,40%	3 870 571	231 573 (6,0 %)	78,70%	21,30%	5,83	7,27	124,6%
2018	666 412	32 345 (4,9 %)	78,80%	21,20%	3 892 330	226 960 (5,8 %)	79,50%	20,50%	5,84	7,02	120,1%
% 2018/2007	96,3%	85,8%			83,0%	84,1%			86,2%	98,0%	

*Statistickou jednotkou je hospitalizační případ zahrnující překlady mezi odděleními v rámci zdravotnického zařízení.

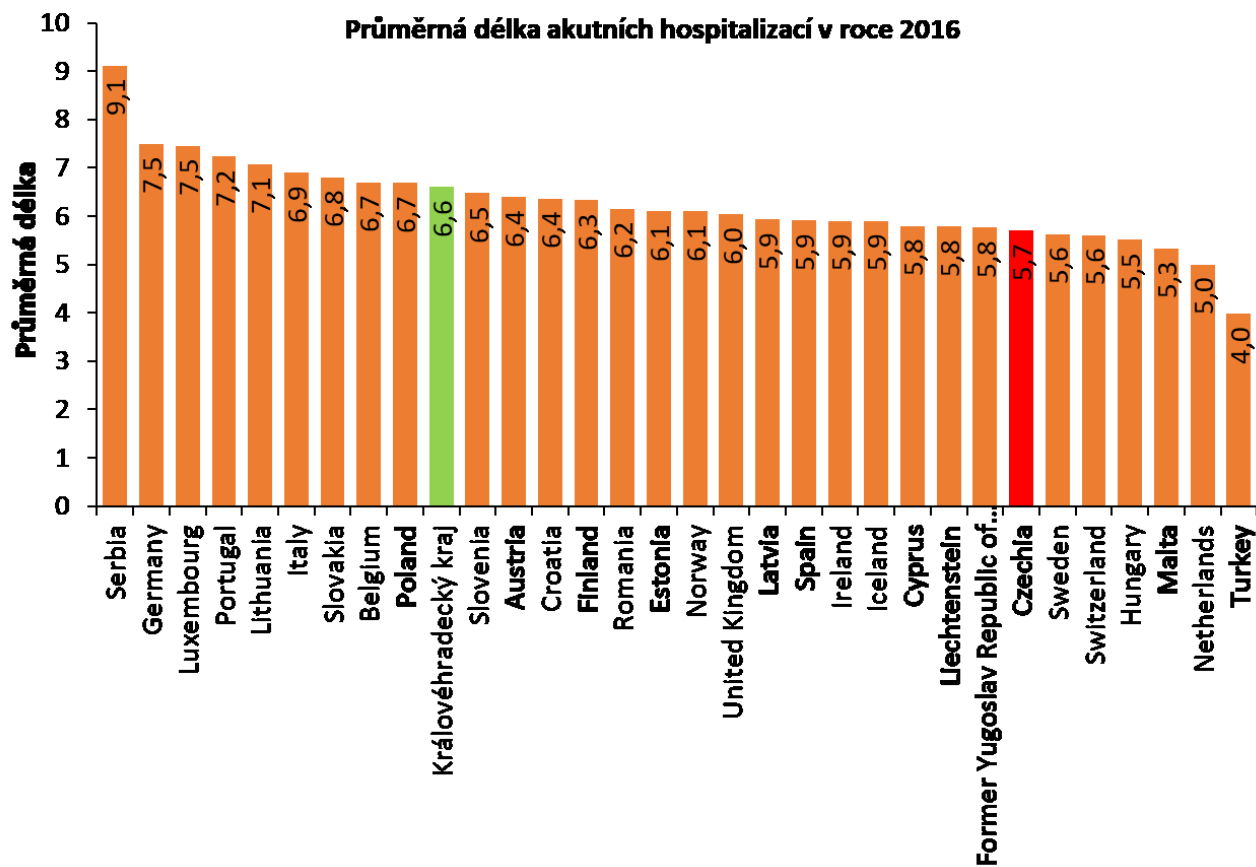
Obr. 6.13 Délka akutních hospitalizací v krajích ČR (r. 2018, vyloučeny porody)

Zdroj: NRHOSP 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-35. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 6.14 Délka akutních hospitalizací v mezinárodním srovnání OECD

Zdroj: NRHOSP 2016, OECD/Eurostat, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-37. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 6.15 Akutní lůžková péče – základní parametry nemocnic okresu Hradec Králové

Zdroj: 1) Výroční zpráva Fakultní nemocnice Hradec Králové za r. 2018 [online]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2005–2019. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakulni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

2) Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Akutní péče v r.2018	okres Hradec Králové			Přepočet na 1000 obyvatel okresu
	Fakultní nemocnice Hradec Králové	První privátní chirurgické centrum, spol.s.r.o.	celkem za okres	
Kapacitní ukazatel				
Počet nasmlouvaných lůžek	1 375	55	1430	8,74
z toho počet lůžek ARO/JIP	181	8	189	1,15
Počet provozovaných lůžek (roční průměr)	1375	55	1430	8,74
Výkonové ukazatele				
Počet hospitalizovaných pacientů	40 428	2631	43059	263,1
Počet ošetrovacích dnů celkem	349 800	8 778	358 578	2190,8
z toho počet ošetrovacích dní ARO/JIP	51 529	507	52036	317,9
Počet OD res. a int. péče ze všech OD (v %)	14,7%	5,8%	14,5%	
Průměrná délka ošetrovací doby	8,7	3,3	8,3	
Využití lůžek (%)				
- z maximálního počtu lůžek	69,7%	43,7%	68,7%	
- z disponibilního počtu lůžek	76,2%		78,1%	
Počet operovaných pacientů	25 227	2585	27812	169,9
Počet ambulantních vyšetření (tis.)	725,4	46,4	771,8	4,7
Body celkem (mil.)	3 091,1	89,7	3180,8	
Body za 1 hospitalizační případ DRG	49 541	12 406		
Počet hospitalizačních případů DRG	40 187	2 407	42 594	
Case-Mix za všechny hosp.případy	74094,7	2128,6	76223,3	465,7
Case-Mix index	1,844	0,884	1,790	

Obr. 6.16 Akutní lůžková péče – základní parametry nemocnice okresu Jičín

Zdroj: Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Akutní péče v r.2018	okres Jičín	
	Oblastní nemocnice Jičín a.s.	Přepočet na 1000 obyvatel okresu
Kapacitní ukazatel		
Počet nasmlouvaných lůžek	347	4,35
<i>z toho počet lůžek ARO/JIP</i>	19	0,24
Počet provozovaných lůžek (roční průměr)	235	2,95
Výkonové ukazatele		
Počet hospitalizovaných pacientů	11077	138,8
Počet ošetrovacích dnů celkem	85 895	1076,6
<i>z toho počet ošetrovacích dní ARO/JIP</i>	5251	65,8
Počet OD res. a int. péče ze všech OD (v %)	6,1%	
Průměrná délka ošetrovací doby	7,8	
Využití lůžek (%)		
- z maximálního počtu lůžek	67,8%	
- z disponibilního počtu lůžek	93,8%	
Počet operovaných pacientů	4332	54,3
Počet ambulantních vyšetření (tis.)	253,3	3,2
Body celkem (mil.)	475,2	
Body za 1 hospitalizační případ DRG	17 355	
Počet hospitalizačních případů DRG	13 796	
Case-Mix za všechny hosp.případy	11301,0	141,6
Case-Mix index	0,819	

Obr. 6.17 Akutní lůžková péče – základní parametry nemocnice okresu Náchod

Zdroj: Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Akutní péče v r.2018	okres Náchod	
	Oblastní nemocnice Náchod a.s.	Přepočet na 1000 obyvatel okresu
Kapacitní ukazatel		
Počet nasmlouvaných lůžek	405	3,67
<i>z toho počet lůžek ARO/JIP</i>	25	0,23
Počet provozovaných lůžek (roční průměr)	361	3,28
Výkonové ukazatele		
Počet hospitalizovaných pacientů	15724	142,6
Počet ošetrovacích dnů celkem	90 253	818,7
<i>z toho počet ošetrovacích dní ARO/JIP</i>	7225	65,5
Počet OD res. a int. péče ze všech OD (v %)	8,0%	
Průměrná délka ošetrovací doby	5,7	
Využití lůžek (%)		
- z maximálního počtu lůžek	64,4%	
- z disponibilního počtu lůžek	73,9%	
Počet operovaných pacientů	4857	44,1
Počet ambulantních vyšetření (tis.)	181,3	1,6
Body celkem (mil.)	597,2	
Body za 1 hospitalizační případ DRG	19 987	
Počet hospitalizačních případů DRG	14 713	
Case-Mix za všechny hosp.případy	13936,3	126,4
Case-Mix index	0,947	

Obr. 6.18 Akutní lůžková péče – základní parametry nemocnice okresu Rychnov n. Kn.

Zdroj: Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Akutní péče v r.2018	okres Rychnov n. Kn.	Přepočet na 1000 obyvatel okresu
	Oblastní nemocnice Náchod - nemocnice Rychnov n.Kn.	
Kapacitní ukazatel		
Počet nasmlouvaných lůžek	200	2,53
<i>z toho počet lůžek ARO/JIP</i>	15	0,19
Počet provozovaných lůžek (roční průměr)	170	2,14
Výkonové ukazatele		
Počet hospitalizovaných pacientů	8437	106,7
Počet ošetrovacích dnů celkem	38 937	492,3
<i>z toho počet ošetrovacích dní ARO/JIP</i>	3413	43,2
Počet OD res. a int. péče ze všech OD (v %)	8,8%	
Průměrná délka ošetrovací doby	4,6	
Využití lůžek (%)		
- z maximálního počtu lůžek	49,6%	
- z disponibilního počtu lůžek	62,9%	
Počet operovaných pacientů	3253	41,1
Počet ambulantních vyšetření (tis.)	70,6	0,9
Body celkem (mil.)	198,1	
Body za 1 hospitalizační případ DRG	16 739	
Počet hospitalizačních případů DRG	7 751	
Case-Mix za všechny hosp.případy	7217,6	91,3
Case-Mix index	0,931	

Obr. 6.19 Akutní lůžková péče – základní parametry nemocnic okresu Trutnov

Zdroj: Data získaná z databází poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Akutní péče v r.2018	okres Trutnov				Přepočet na 1000 obyvatel okresu
	Oblastní nemocnice Trutnov a.s.	Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové n.L.	Nemocnice Vrchlabí, s.r.o.	celkem za okres	
Kapacitní ukazatel					
Počet nasmlouvaných lůžek	300	116	53	469	3,97
<i>z toho počet lůžek ARO/JIP</i>	19	7	5	31	0,26
Počet provozovaných lůžek (roční průměr)	280	107	48	435	3,68
Výkonové ukazatele					
Počet hospitalizovaných pacientů	10612	5150	2979	18741	158,5
Počet ošetrovacích dnů celkem	62 989	26 714	12 534	102 237	864,7
<i>z toho počet ošetrovacích dní ARO/JIP</i>	3274	972	1587	5833	49,3
Počet OD res. a int. péče ze všech OD (v %)	5,2%	3,6%	12,7%	5,7%	
Průměrná délka ošetrovací doby	5,9	5,2	4,2	5,5	
Využití lůžek (%)					
- z maximálního počtu lůžek	57,5%	63,1%	64,0%	59,6%	
- z disponibilního počtu lůžek	61,6%	68,2%	71,0%	64,3%	
Počet operovaných pacientů	2951	1379	1197	5527	46,7
Počet ambulantních vyšetření (tis.)	119,8	40,7	40,7	201,2	1,7
Body celkem (mil.)	384,3	99,7	77,4	561,4	
Body za 1 hospitalizační případ DRG	11 239	13 732	12 415		
Počet hospitalizačních případů DRG	10 574	4 359	2 622	17 555	
Case-Mix za všechny hosp.případy	9036,3	3312,0	2603,3	14951,6	126,5
Case-Mix index	0,855	0,760	0,993	0,852	

Obr. 6.20 Akutní lůžková péče - základní parametry za celý KHK

Zdroj: Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Akutní péče v r.2018	okres Hradec Králové	okres Jičín	okres Náchod	okres Trutnov	okres Rychnov n.Kn.	KHK
Kapacitní ukazatele						
Počet nasmlouvaných lůžek	1 430	347	405	469	200	2 851
Počet nasmlouvaných lůžek *)	874	435	367	397	253	518
z toho počet lůžek ARO/JIP	189	19	25	31	15	279
z toho počet lůžek ARO/JIP *)	115	24	23	26	19	51
Počet provozovaných lůžek (roční průměr)	1 430	235	361	435	170	2 631
Počet provozovaných lůžek (roční průměr *)	874	295	327	368	215	478
procento zavřených lůžek	0,00%	32,20%	10,80%	7,20%	15,30%	7,70%
Výkonové ukazatele						
Počet hospitalizovaných pacientů	43 059	11 077	15 724	18 741	8 437	97 038
Počet hospitalizovaných pacientů *)	26 308	13 884	14 263	15 850	10 668	17 643
Počet ošetrovacích dnů celkem	358 578	85 895	90 253	102 237	38 937	675 900
Počet ošetrovacích dnů celkem *)	219 085	107 662	81 870	86 466	49 233	122 886
z toho počet ošetrovacích dní ARO/JIP	52 036	5 251	7 225	5 833	3 413	73 758
Počet OD res. a int. péče ze všech OD (v %)	14,50%	6,10%	8,00%	5,70%	8,80%	10,90%
Průměrná délka ošetrovací doby	8,3	7,8	5,7	5,5	4,6	7,0
Využití lůžek (%)						
- z maximálního počtu lůžek	68,70%	67,80%	64,40%	59,60%	49,60%	65,50%
- z disponibilního počtu lůžek	78,10%	93,80%	73,90%	64,30%	62,90%	74,70%
Počet operovaných pacientů	27812	4332	4857	5527	3253	45 781
Počet operovaných pacientů *)	16 993	5 430	4 406	4 674	4 113	8 324
procento operovaných	64,60%	39,10%	30,90%	29,50%	38,60%	47,20%
Počet ambulantních vyšetření (tis.)	771,8	253,3	181,3	201,2	70,6	1 478,10
Počet ambulantních vyšetření (tis.) *)	471,6	317,5	164,5	170,1	89,3	268,7
Body celkem (mil.)	3 180,80	475,2	597,2	561,4	198,1	5 012,70
Body celkem (mil.) *)	1 943,40	595,6	541,7	474,8	250,5	911,4
body za 1 hospitalizační případ DRG	47 443	17 355	19 987	12 034	16 739	30 031
Case-Mix index	1,79	0,819	0,947	0,852	0,931	1,282

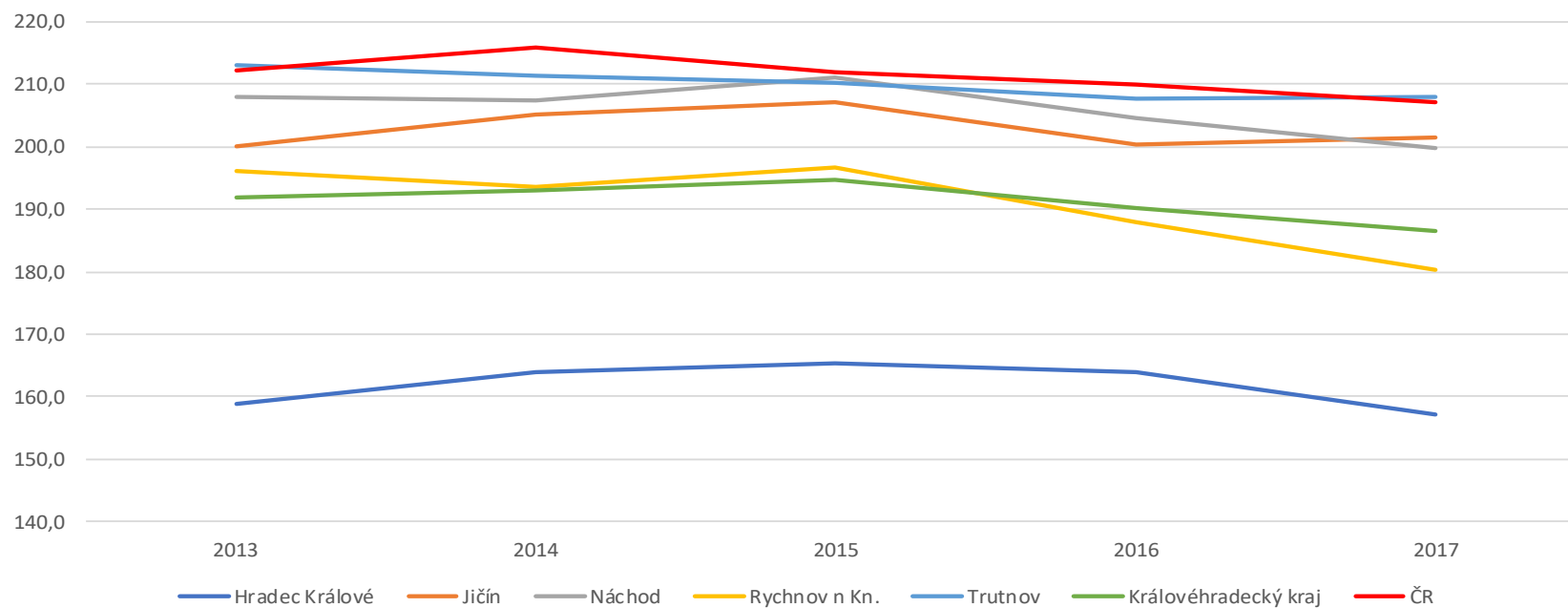
*) údaje přepočtené na 100 000 obyvatel

Obr. 6.21 Vývoj počtu hospitalizací kmenových pacientů okresů KHK

Zdroj: Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

	2013	2014	2015	2016	2017
Hradec Králové	158,9	164,0	165,5	163,9	157,3
Jičín	200,2	205,3	207,3	200,4	201,5
Náchod	207,9	207,5	211,0	204,7	199,9
Rychnov n Kn.	196,2	193,6	196,6	187,9	180,3
Trutnov	213,0	211,3	210,1	207,8	208,1
Královéhradecký kraj	191,8	193,2	194,7	190,3	186,4
ČR	212,3	215,9	212,0	210,0	207,1

Počet hospitalizovaných na 1000 obyvatel dle místa bydliště



Obr. 6.22 Mezikrajské migrační pohyby pacientů – akutní hospitalizace bez operace (r. 2018)

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 08-80. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

		Kraj bydliště													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
Kraj zdravotnického zařízení	PHA	85,9%	24,6%	4,2%	3,1%	6,3%	6,6%	10,1%	3,0%	2,8%	3,3%	1,0%	1,1%	1,5%	1,0%
	STC	7,9%	69,4%	0,8%	2,5%	0,8%	2,5%	4,0%	1,1%	1,5%	1,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
	JHC	1,1%	0,8%	91,2%	1,9%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	1,6%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
	PLK	0,6%	0,4%	0,8%	90,3%	9,1%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	KVK	0,2%	0,1%	0,1%	0,7%	80,8%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	ULK	0,6%	0,8%	0,2%	0,2%	0,8%	86,7%	1,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
	LBK	0,8%	0,8%	0,1%	0,2%	0,2%	1,7%	80,2%	3,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	HKK	0,6%	0,8%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	3,0%	88,3%	6,5%	0,6%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
	PAK	0,4%	0,5%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	2,4%	81,4%	0,6%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%
	VYS	0,6%	0,9%	1,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	2,0%	85,2%	1,2%	0,1%	0,2%	0,1%
	JMK	0,4%	0,6%	0,9%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,6%	3,0%	6,8%	94,0%	2,7%	5,2%	1,1%
	OLK	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	1,7%	0,2%	0,9%	90,0%	4,3%	2,2%
	ZLK	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	1,5%	1,8%	84,6%	0,5%
	MSK	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	3,3%	3,7%	94,4%

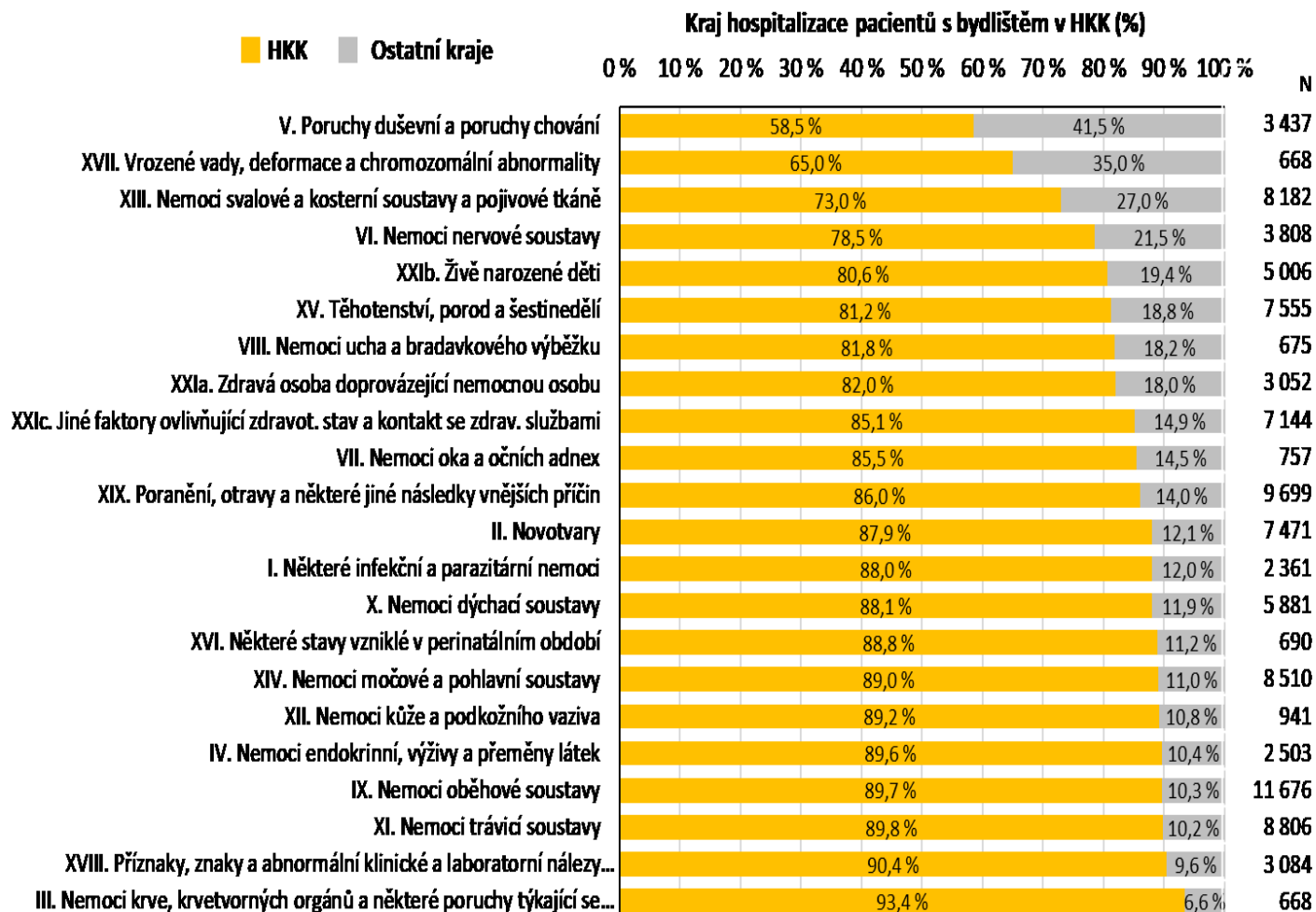
Obr. 6.23 Mezikrajské migrační pohyby pacientů – akutní hospitalizace s operací (r. 2018)

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 08-78. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

		Kraj bydliště													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
Kraj zdravotnického zařízení	PHA	87,4%	39,7%	7,5%	5,2%	13,7%	13,8%	12,6%	4,8%	5,4%	6,1%	1,4%	1,6%	1,8%	1,4%
	STC	8,6%	54,2%	1,3%	3,0%	2,2%	4,1%	5,5%	2,6%	1,6%	1,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
	JHC	0,5%	0,6%	87,0%	1,8%	0,4%	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%	2,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	PLK	0,3%	0,4%	0,9%	85,9%	15,1%	0,5%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	KVK	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%	65,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	ULK	0,4%	0,6%	0,1%	0,2%	1,1%	76,1%	1,8%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
	LBK	1,0%	1,6%	0,4%	0,4%	0,6%	3,4%	75,2%	6,1%	1,1%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	HKK	0,4%	0,8%	0,1%	0,3%	0,2%	0,4%	3,8%	81,9%	12,0%	0,8%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
	PAK	0,2%	0,4%	0,1%	2,1%	0,1%	0,0%	0,1%	2,4%	68,0%	0,7%	0,6%	0,2%	0,1%	0,0%
	VYS	0,3%	0,9%	1,6%	0,1%	0,5%	0,1%	0,2%	0,5%	4,8%	75,1%	1,6%	0,1%	0,2%	0,1%
	JMK	0,3%	0,5%	0,8%	0,2%	0,6%	0,3%	0,2%	0,6%	3,7%	12,8%	92,4%	2,6%	8,1%	1,5%
	OLK	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	2,6%	0,3%	1,6%	88,4%	5,8%	2,9%
	ZLK	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	1,5%	3,0%	79,4%	0,9%
	MSK	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	3,5%	4,1%	92,5%

Obr. 6.24 Hospitalizace dle diagnostických skupin. Migrace kmenových pacientů KHK do jiných krajů

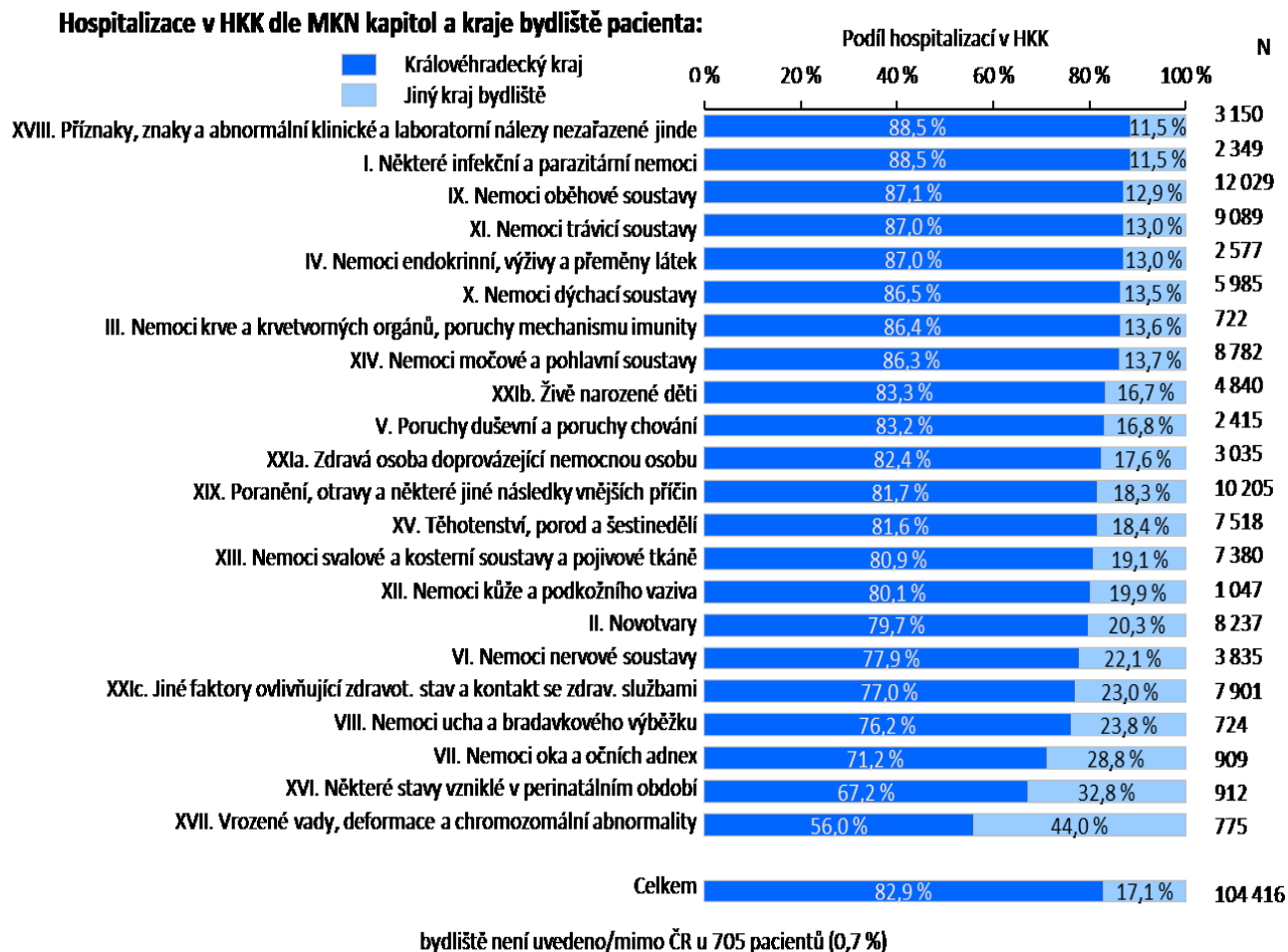
Zdroj: NRHOSP 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 08-76. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Hospitalizace pacientů s bydlištěm v HKK probíhají mimo zařízení HKK nejčastěji v případech vykázaných kapitol diagnóz V. Poruchy duševní a poruchy chování a dále v případech některých stavů vzniklých v perinatálním období, v rámci všech kapitol však probíhá hospitalizace z větší části v rámci královéhradeckých nemocnic.

Obr. 6.25 Hospitalizace dle diagnostických skupin. Migrace pacientů do KHK z jiných krajů

Zdroj: NRHOSP 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02C-26. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Podíl pacientů z různých krajů na hospitalizační zátěži HKK se nijak výrazně neliší dle různých kapitol MKN. Nejvyšší podíl obyvatel HKK je u hospitalizací z důvodu příznaků, znaků a abnormálních klinických a laboratorních nálezů a infekčních a parazitárních nemocí (více než u 88 %), nejnižší je v případě hospitalizací pro vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality (z HKK pouze 56 %).

Obr. 6.26 Hospitalizační migrace na úrovni okresů KHK (r. 2017)

Zdroj: HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*, str. 64, tab.40. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/projekty/analyticky-podklad-pro-koncepci-zdravotnictvi-kralovehradeckeho-kraje-pro-obdobi-let-2021-2025-325361/>

okres / kraj bydliště	Počet případů hospitalizace podle místa bydliště							
	absolutně			v % z celku			celkem	
	v okrese	v kraji mimo okr.	mimo kraj bydliště	v okrese	v kraji mimo okr.	mimo kraj bydliště	absolutně	roční průměr na 1 000
Hradec Králové	19 729	2 992	3 001	76,70%	11,63%	11,67%	25 722	157,5
Jičín	9 642	3 246	3 157	60,09%	20,23%	19,68%	16 045	201,8
Náchod	14 890	5 492	1 693	67,45%	24,88%	7,67%	22 075	199,8
Rychnov n.Kn.	7 801	4 417	2 024	54,77%	31,01%	14,21%	14 242	180,6
Trutnov	16 000	4 664	4 000	64,87%	18,91%	16,22%	24 664	207,9
Královéhradecký	68 062	20 811	13 875	66,24%	20,25%	13,50%	102 748	186,5
ČR	2 657 789	875 292	645 912	63,60%	20,95%	15,46%	4 178 993	394,6

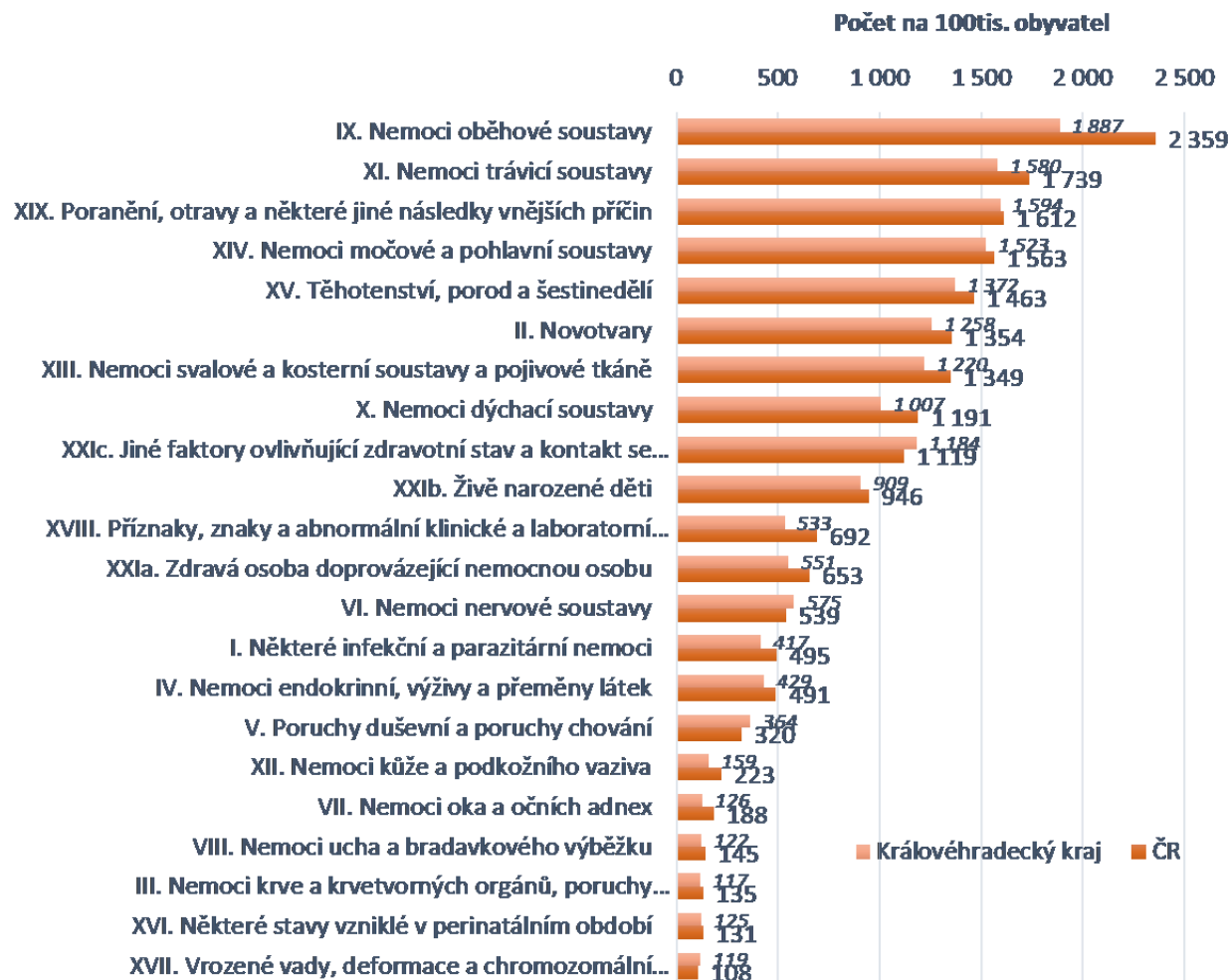
Obr. 6.27 Migrace hospitalizovaných do FN HK z okresů KHK (bez o. HK) a z jiných krajů

Zdroj: Výroční zpráva Fakultní nemocnice Hradec Králové za r. 2018 [online]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2005–2019, str. 17.
Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

Klinika/oddělení	Počet hospitalizací	% z KHK			% mimo KHK
		% z okresu HK	% mimo okres HK	celkem	
III. interní gerontometabolická klinika	2 167	71,4	13,6	85,0	15,0
Rehabilitační klinika	797	64,5	16,9	81,4	18,6
Klinika infekčních nemocí	1 317	56,8	27,9	84,7	15,3
Ortopedická klinika	2 246	55,8	24,3	80,1	19,9
II. interní gastroenterologická klinika	1 660	54,9	20,0	74,9	25,1
Porodnická a gynekologická klinika	4 278	54,2	24,0	78,2	21,8
Plicní klinika	1 199	51,3	32,5	83,8	16,2
Chirurgická klinika	3 810	50,9	26,9	77,8	22,2
I. interní kardioangiologická klinika	3 503	47,8	40,3	88,1	11,9
Neurologická klinika	1 973	45,5	34,1	79,6	20,4
Dětská klinika	3 842	44,8	27,1	71,9	28,1
Psychiatrická klinika	1 143	43,6	37,2	80,8	19,2
Urologická klinika	2 077	43,5	28,1	71,6	28,4
Klinika onkologie a radioterapie	1 636	41,4	40,8	82,2	17,8
KARIM	475	40,4	37,1	77,5	22,5
Klinika otorinolaryngologie a chir. hlavy a krku	2 120	37,5	40,3	77,8	22,2
Klinika nemocí kožních a pohlavních	388	35,1	42,0	77,1	22,9
Odd. dětské chirurgie a traumatologie	1 440	34,4	32,0	66,4	33,6
Neurochirurgická klinika	2 262	28,8	41,0	69,8	30,2
Oční klinika	885	27,1	52,0	79,1	20,9
Kardiochirurgická klinika	1 430	22,0	36,0	58,0	42,0
IV. interní hematologická klinika	2 045	20,0	32,2	52,2	47,8
FN HK celkem	42 693	45,6	30,7	76,3	23,7

Obr. 6.28 Důvody akutních hospitalizací v KHK a v ČR, r. 2018

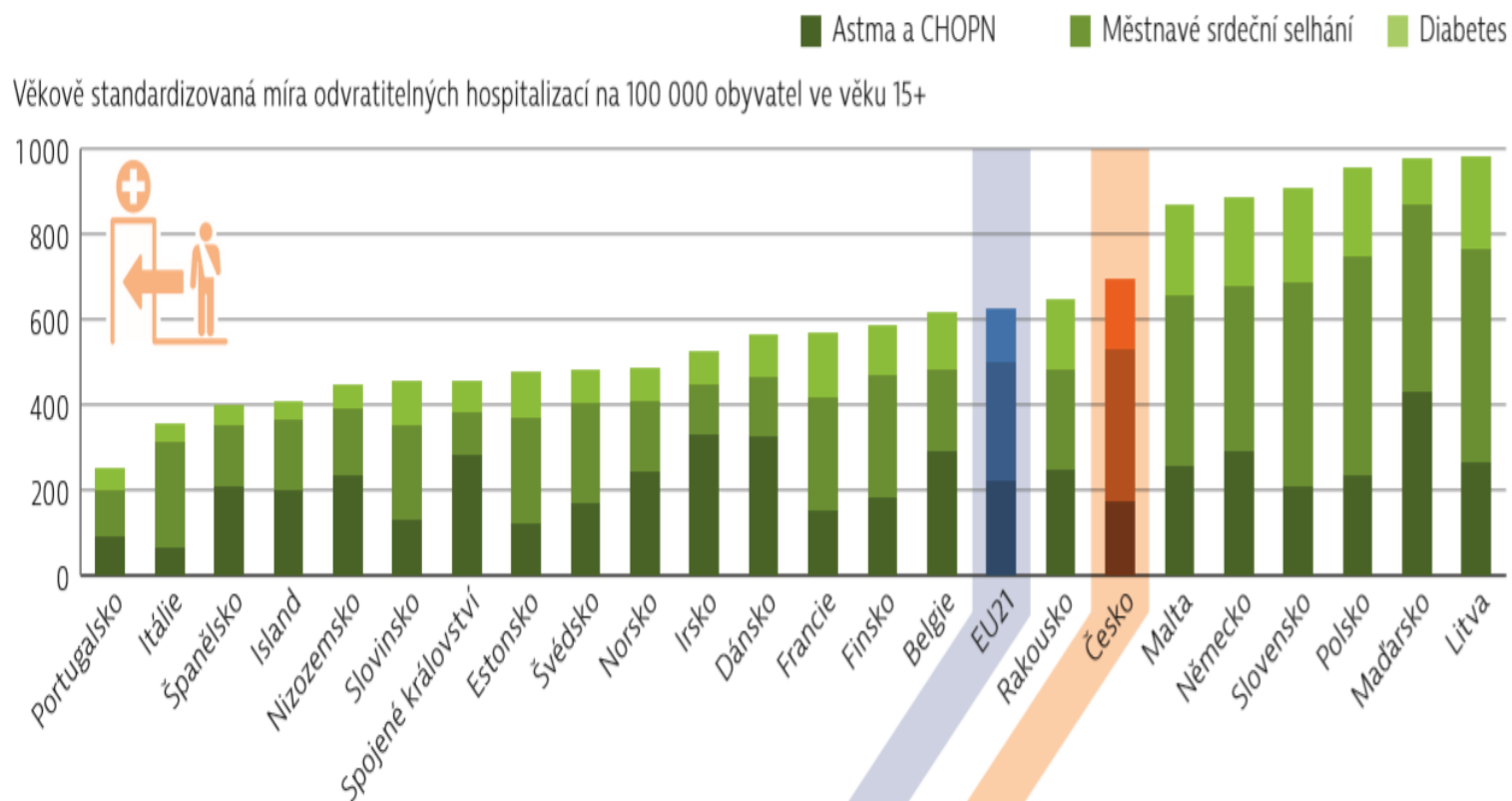
Zdroj: NRHOSP 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-20. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Pro pacienty s bydlištěm v Královéhradeckém kraji bylo v roce 2018 vykázáno 94 579 hospitalizací a stejně jako na úrovni celé ČR byly nejčetnější nemoci oběhové soustavy.

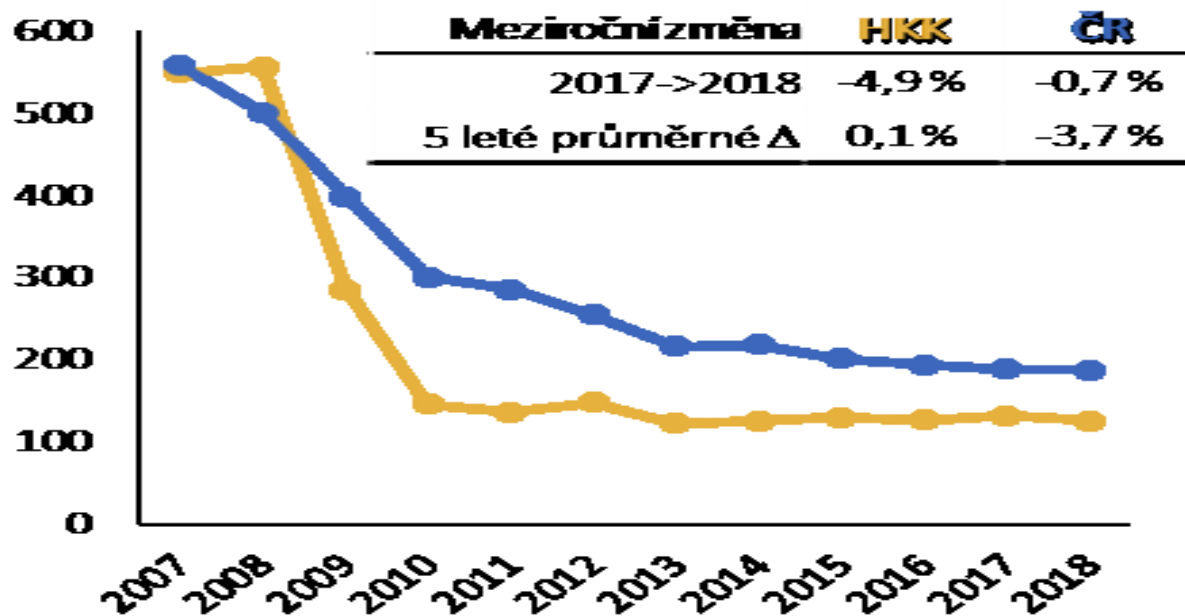
Obr. 6.29 Vybrané odvratitelné hospitalizace v zemích OECD, r. 2017

Zdroj: *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*. Paříž: OECD Publishing a Brusel: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, str. 16, obr. 15. Dostupné online z: <https://doi.org/10.1787/058290e9-en>



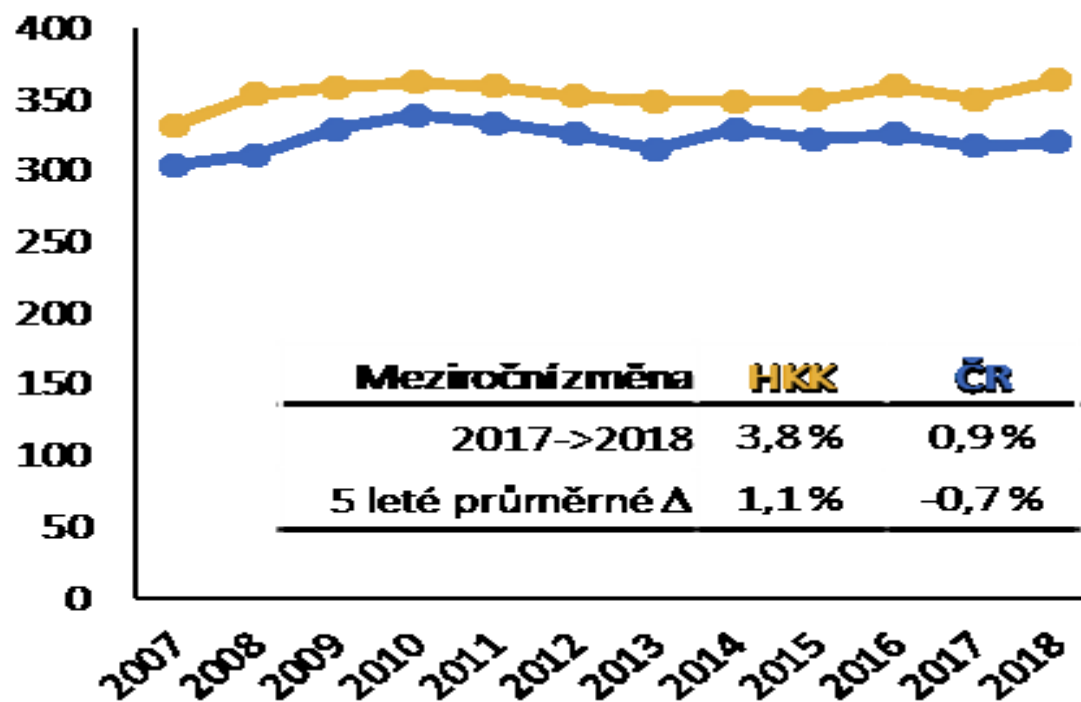
Obr. 6.30 Časový vývoj počtu hospitalizací u chorob oka, r. 2007-2018

Zdroj: NRHOSP 2007-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-26. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



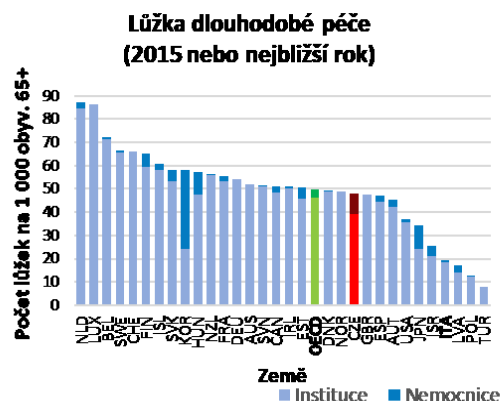
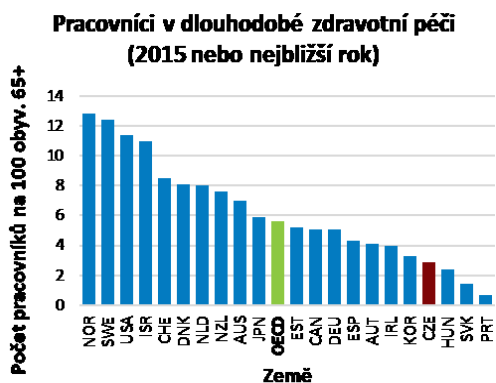
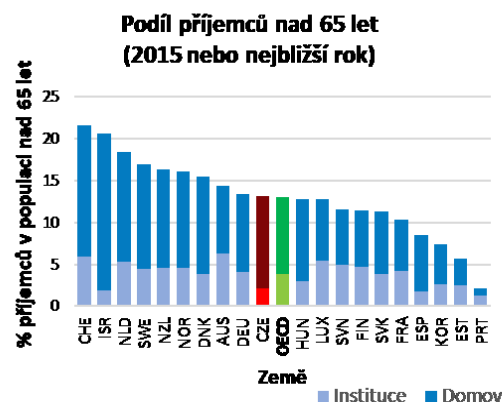
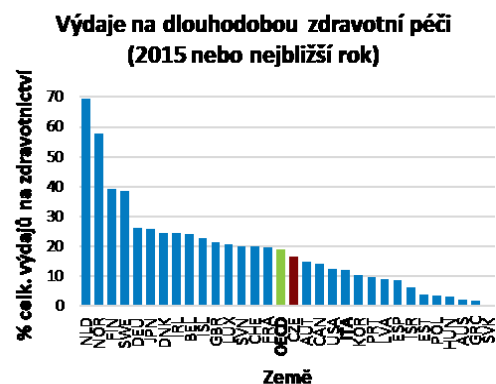
Obr. 6.31 Časový vývoj počtu hospitalizací u duševních chorob, r. 2007-2018

Zdroj: NRHOSP 2007-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-25. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 6.32 Vybrané ukazatele dlouhodobé zdravotní a sociální péče v OECD

Zdroj: OECD (2018), OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. OECD Publishing, Paris, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-62. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

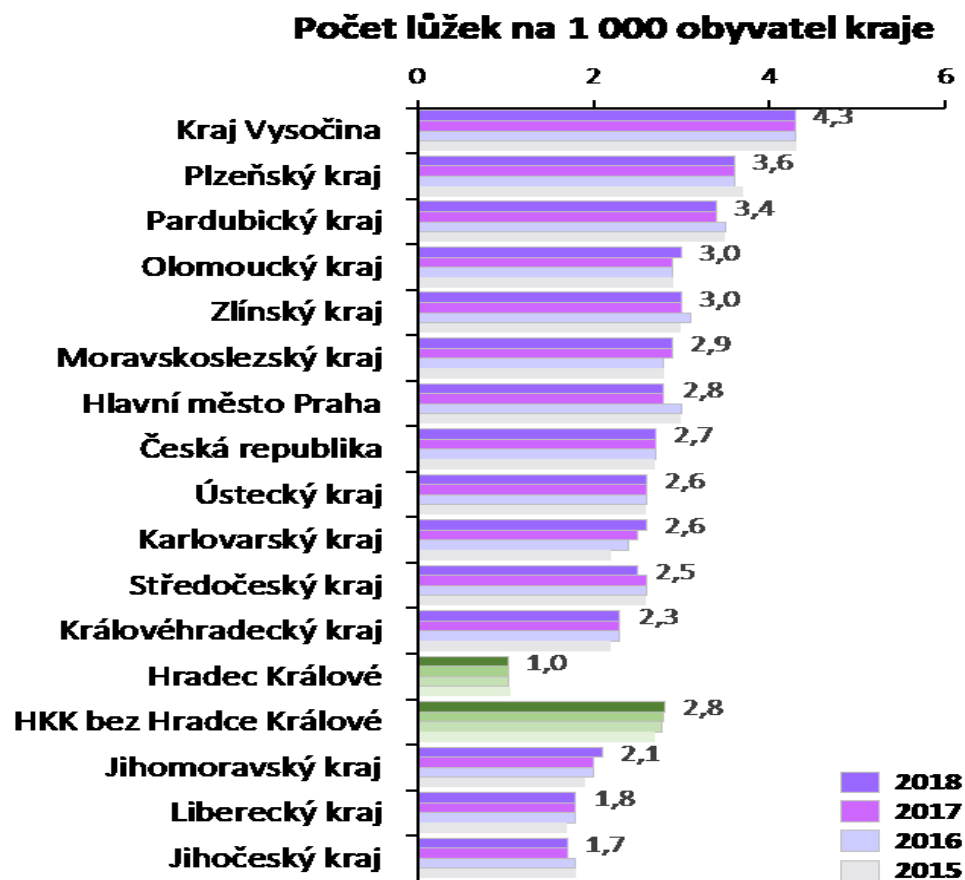


Poptávka po dlouhodobé péči se v České republice v posledních letech zvýšila, stejně jako v ostatních zemích OECD. Dopad stárnutí populace již v současnosti zvyšuje tlak na kapacity v segmentu dlouhodobé péče. Předpokládá se, že podíl obyvatelstva ve věku 80 let a více stoupne ze 4 % v roce 2015 na 9 % do roku 2050. Současná organizace a financování dlouhodobé péče nejsou dostatečné pro absorbování takového navýšení poptávky. Výdaje na dlouhodobou péči představovaly v roce 2015 1,3 % HDP, z čehož 82 % čerpá lůžkovou dlouhodobou péči.

Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci.

Obr. 6.33 Lůžka následné a dlouhodobé zdravotní péče v krajích ČR, r. 2015-2018

Zdroj: OECD (2018), OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. OECD Publishing, Paris, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-57. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 6.34 Struktura následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče v ČR, r. 2018

Zdroj: ÚZIS ČR

	Lůžka 1.)	Lůžka /1 000ob. 1.)	Hospitalizovaných 2.)	Ošetrovacích dnů 2.)	Délka pobytu (dny) 2	Obložnosti
Léčebny dlouhodobě nemocných	3 457	0,32	18 323	1 112 776	60,70	88,2%
Léčebny TBC a respir. nem. pro dosp.	675	0,06	4 225	188 485	44,60	76,5%
Rehabilitační ústavy pro dospělé	1 859	0,17	13 630	432 676	31,70	63,8%
Ostatní OLÚ pro dospělé	1 243	0,12	13 294	415 390	31,20	91,6%
Ostatní OLÚ pro děti	427	0,04	4 858	137 472	28,30	88,2%
Hospice	484	0,05	4 139	126 590	30,60	71,7%
Psychiatr. léčebny pro dospělé i děti	8 894	0,84	37 873	3 005 259	79,35	92,6%
OLÚ bez ozdravoven a ostatních	17 039	1,60	96 342	5 418 648	56,24	87,1%
Ozdravovny	285	0,03				
Ostatní	88	0,01				
OLÚ celkem	17 412	1,63				
Následná a dlouhodobá péče celkem 3.), 4.)	29 301	2,70				

Údaje v tabulce výše jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1-3) *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
Data jsou použita z citovaného zdroje, konkrétně
ad 1) počet lůžek v OLÚ str. 104–105, tab. 3.1.1,
ad 2) hospitalizační data v OLÚ str. 115, tab. 3.4,
ad 3) počet všech následných a dlouhodobých lůžek str. 101.
- 4) další zdroje pro počty lůžek (údaje za r. 2018): NRHYS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-56, 05-57. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-sky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Zdroj pro obr. 6.35:

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- ad 1) Lůžka: *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991, str. 101. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>.
- ad 2) Lůžka (údaje za r. 2018): NRHYS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-56, 05-57. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>
- ad 3) *Struktura lůžkového fondu v Královéhradeckém kraji*, Analytický materiál Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR) – Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj (údaje za r. 2018).
Upřesnění dat a pojmů v této části tabulky: data se týkají pouze pojištěnců VZP. Struktura údajů je podle nomenklatury VZP, tj. struktura lůžek se týká jen vyjmenovaných PZS (poskytovatelů zdravotních služeb), nejsou zde zařazena lůžka OLÚ, tj. lůžka odvykací léčebny FN HK (v Nechanicích), rehabilitačních ústavů, dětských ozdravoven a jiná v KHK.
- ad 4) *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2015. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Koncepce_zdravotnictvi_khk_2016_2020.pdf
- Ad 5) Lůžka: *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991, str. 106-107. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Obr. 6.35 Neakutní lůžková péče v KHK, r. 2018

Zdroj: uvedeno nad obr. 6.35

	Lůžka	Lůžka /1 000 ob.	Hospitalizovaných	Ošetrovacích dnů	Délka (dny)	pobytu	Obložnosti
Následná + Dlouhodobá lůžková péče v ČR							
1.)	29 301	2,70					
Následná + Dlouhodobá lůžk. péče v KHK							
1.,2.)	1 267	2,30	13 691	770 015		56,2	166,6%
Hospitalizace s následnou péčí KHK			7 490	358 687		47,9	
Dlouhodobá péče nad 30 dnů KHK			6 201	411 328		66,3	
Neakutní lůžková péče v KHK dle VZP 3							
.)	1 373						
7D8, 7U8 NIP+DIOP	22						
9U7 LDN	446						
2U1 OLÚ - rehabilitační péče	324						
3U1 OLÚ - pediatriká	30						
3U8 Léčba alkoholismu a toxikokománie	56						
9H9, 9F9 Ošetrovatelská lůžka	465						
9U9 Hospic	30						
Ostatní nezařazená lůžka							
Dětský domov pro děti do 3 let 4.)	32						
Dětské ozdravovny 4.)	265						
Lázeňské léčebny 5.)	1 071						

Obr. 6.36a Vývoj hospitalizací v KHK a v ČR – h. s následnou péčí

Zdroj: NRHOSP 2007–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-5. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Rok	Počet hospitalizací*				Počet ošetrovacích dní				Délka hospitalizace		
	ČR	Nemocnice se sídlem v HKK			ČR	Nemocnice se sídlem v HKK			ČR	Nemocnice se sídlem v HKK	
		N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)		N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)		HKK	(% ČR)
2007	156 903	5 625 (3,6 %)	84,40%	15,60%	8 663 228	328 001 (3,8 %)	87,30%	12,70%	55,21	58,31	105,6%
2008	156 161	5 604 (3,6 %)	84,60%	15,40%	8 613 364	308 549 (3,6 %)	87,70%	12,30%	55,16	55,06	99,8%
2009	160 657	6 249 (3,9 %)	85,70%	14,30%	8 625 380	337 108 (3,9 %)	88,10%	11,90%	53,69	53,95	100,5%
2010	167 556	6 068 (3,6 %)	84,10%	15,90%	8 959 781	311 500 (3,5 %)	86,00%	14,00%	53,47	51,33	96,0%
2011	171 074	6 260 (3,7 %)	83,30%	16,70%	9 201 367	326 831 (3,6 %)	86,30%	13,70%	53,79	52,21	97,1%
2012	168 434	6 212 (3,7 %)	82,70%	17,30%	8 996 752	309 833 (3,4 %)	85,40%	14,60%	53,41	49,88	93,4%
2013	169 714	6 288 (3,7 %)	83,10%	16,90%	8 859 156	322 246 (3,6 %)	84,90%	15,10%	52,20	51,25	98,2%
2014	177 095	7 119 (4,0 %)	83,20%	16,80%	9 005 523	355 754 (4,0 %)	84,80%	15,20%	50,85	49,97	98,3%
2015	174 050	7 097 (4,1 %)	83,70%	16,30%	8 802 096	346 124 (3,9 %)	85,20%	14,80%	50,57	48,77	96,4%
2016	175 532	7 080 (4,0 %)	83,70%	16,30%	8 801 579	363 669 (4,1 %)	86,10%	13,90%	50,14	51,37	102,4%
2017	176 282	7 083 (4,0 %)	83,30%	16,70%	8 994 002	356 049 (4,0 %)	85,30%	14,70%	51,02	50,27	98,5%
2018	178 249	7 490 (4,2 %)	83,50%	16,50%	9 023 828	358 687 (4,0 %)	85,00%	15,00%	50,62	47,89	94,6%
% 2018/2007	113,6%	133,2%			104,2%	109,4%			91,7%	82,1%	

*Statistickou jednotkou je hospitalizační případ zahrnující překlady mezi odděleními v rámci zdravotnického zařízení.

Obr. 6.36b Vývoj hospitalizací v KHK a v ČR – dlouhodobé h. nad 30 dnů

Zdroj: NRHOSP 2007–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-9. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Rok	Počet hospitalizací*				Počet ošetrovacích dní				Délka hospitalizace		
	Nemocnice se sídlem v HKK				Nemocnice se sídlem v HKK				Nemocnice se sídlem v HKK		
	ČR	N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)	ČR	N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)	ČR	HKK	(% ČR)
2007	120 776	5 895 (4,9 %)	82,20%	17,80%	9 703 489	435 206 (4,5 %)	85,00%	15,00%	80,34	73,83	91,9%
2008	114 615	5 684 (5,0 %)	82,00%	18,00%	9 498 597	408 239 (4,3 %)	85,00%	15,00%	82,87	71,82	86,7%
2009	116 209	6 163 (5,3 %)	82,80%	17,20%	9 376 815	438 216 (4,7 %)	85,60%	14,40%	80,69	71,10	88,1%
2010	116 131	6 156 (5,3 %)	81,60%	18,40%	9 580 710	413 798 (4,3 %)	83,90%	16,10%	82,50	67,22	81,5%
2011	115 021	6 117 (5,3 %)	80,30%	19,70%	9 606 308	421 007 (4,4 %)	83,70%	16,30%	83,52	68,83	82,4%
2012	111 131	5 785 (5,2 %)	80,80%	19,20%	9 297 650	394 245 (4,2 %)	83,60%	16,40%	83,66	68,15	81,5%
2013	112 443	5 824 (5,2 %)	79,90%	20,10%	9 119 378	403 836 (4,4 %)	82,70%	17,30%	81,10	69,34	85,5%
2014	115 566	6 295 (5,4 %)	80,60%	19,40%	9 170 209	432 158 (4,7 %)	83,30%	16,70%	79,35	68,65	86,5%
2015	113 975	6 333 (5,6 %)	81,10%	18,90%	9 015 744	422 044 (4,7 %)	83,40%	16,60%	79,10	66,64	84,2%
2016	112 746	6 315 (5,6 %)	81,50%	18,50%	8 874 753	437 381 (4,9 %)	84,70%	15,30%	78,71	69,26	88,0%
2017	112 047	6 117 (5,5 %)	80,70%	19,30%	8 976 601	421 076 (4,7 %)	84,00%	16,00%	80,11	68,84	85,9%
2018	113 055	6 201 (5,5 %)	81,80%	18,20%	8 978 741	411 328 (4,6 %)	84,10%	15,90%	79,42	66,33	83,5%
% 2018/2007	93,6%	105,2%			92,5%	94,5%			98,9%	89,8%	

*Statistickou jednotkou je hospitalizační případ zahrnující překlady mezi odděleními v rámci zdravotnického zařízení.

Obr. 6.36c Vývoj hospitalizací v KHK a v ČR – dlouhodobé h. nad 30 dnů u osob 65+

Zdroj: NRHOSP 2007–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-10. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Rok	Počet hospitalizací*				Počet ošetrovacích dní				Délka hospitalizace		
	Nemocnice se sídlem v HKK				Nemocnice se sídlem v HKK				Nemocnice se sídlem v HKK		
	ČR	N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)	ČR	N (% ČR)	Obyvatelé HKK (%)	Obyv. jiných krajů (%)	ČR	HKK	(% ČR)
2007	64 813	3 368 (5,2 %)	90,40%	9,60%	5 238 454	289 824 (5,5 %)	93,30%	6,70%	80,82	86,05	106,5%
2008	62 680	3 301 (5,3 %)	91,50%	8,50%	4 995 602	272 737 (5,5 %)	93,20%	6,80%	79,70	82,62	103,7%
2009	63 823	3 603 (5,6 %)	92,00%	8,00%	5 007 083	290 799 (5,8 %)	93,70%	6,30%	78,45	80,71	102,9%
2010	64 191	3 654 (5,7 %)	89,70%	10,30%	5 053 448	269 857 (5,3 %)	92,10%	7,90%	78,73	73,85	93,8%
2011	64 214	3 682 (5,7 %)	88,80%	11,20%	5 148 489	281 350 (5,5 %)	92,10%	7,90%	80,18	76,41	95,3%
2012	64 216	3 580 (5,6 %)	89,40%	10,60%	5 044 721	265 221 (5,3 %)	92,10%	7,90%	78,56	74,08	94,3%
2013	66 379	3 631 (5,5 %)	88,80%	11,20%	5 142 289	278 542 (5,4 %)	90,90%	9,10%	77,47	76,71	99,0%
2014	68 481	3 897 (5,7 %)	88,30%	11,70%	5 195 085	294 199 (5,7 %)	90,40%	9,60%	75,86	75,49	99,5%
2015	68 450	4 050 (5,9 %)	88,40%	11,60%	5 079 795	291 007 (5,7 %)	90,80%	9,20%	74,21	71,85	96,8%
2016	68 732	4 077 (5,9 %)	89,00%	11,00%	5 058 941	310 667 (6,1 %)	91,50%	8,50%	73,60	76,20	103,5%
2017	70 022	4 042 (5,8 %)	87,60%	12,40%	5 221 220	298 437 (5,7 %)	90,40%	9,60%	74,57	73,83	99,0%
2018	71 050	4 234 (6,0 %)	89,00%	11,00%	5 343 083	294 847 (5,5 %)	91,00%	9,00%	75,20	69,64	92,6%
% 2018/2007	109,6%	125,7%			102,0%	101,7%			93,0%	80,9%	

*Statistickou jednotkou je hospitalizační případ zahrnující překlady mezi odděleními v rámci zdravotnického zařízení.

Obr. 6.37 Konkrétní poskytovatelé následné a dlouhodobé péče v KHK

Zdroj: Data získaná z databází poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Poskytovatelé v následné lůžkové péči

Okres	Následná lůžková péče (odb. 9U7)	nasml. lůžek v r. 2018	rok 2013				rok 2018				% 2018 / 2013	
			hosp. pacientů	OD	% obloženost	prům. doba hosp.	hosp. pacientů	OD	% obloženost	prům. doba hosp.	hosp. pacientů	OD
HK	LDN Hradec Králové	94	564	33574	93%	59,5	549	31793	93%	57,9	97%	95%
NA	LDN Jaroměř	83	259	28353	91%	109,7	407	27240	88%	66,9	158%	96%
JC	nem. Nový Bydžov	107	687	29661	76%	43,2	768	33138	85%	43,1	112%	112%
	nem. Hořice	110	555	33771	83%	60,8	576	37935	94%	65,9	104%	112%
RK	LDN Opočno	52	176	17232	91%	97,9	238	15453	81%	64,9	135%	90%
		446										

Poskytovatelé v ošetrovatelské (dlouhodobé) lůžkové péči

Pozn. LNP = Lůžka následné péče

Okres	Ošetrovatelská lůžková péče (odb. 9H9 a 9F9)	nasml. lůžek v r. 2018	rok 2013				rok 2018				% 2018 / 2013	
			hosp. pacientů	OD	% obloženost	prům. doba hosp.	hosp. pacientů	OD	% obloženost	prům. doba hosp.	hosp. pacientů	OD
HK	FNHK	18					98	3768	57%	38,4		
NA	LNP Jaroměř	20	26	4479	73%	97,4						
	LNP Broumov	64	578	18743	81%	32,4	456	23360	83%	51,2	79%	125%
	Obl. charita Červ. Kostelec	30										
JC	nem. Nový Bydžov	51	307	15846	85%	51,6	291	13371	72%	45,9	95%	84%
TU	nem. Dvůr Králové n.L.	50	294	13870	76%	47,2	299	13843	76%	46,3	102%	100%
	nem. Vrchlabí	35										
	AHC a.s.	30										
	Rehamedica Žacléř	65										
	Domov sv. Josefa	28										
RK	LNP Rychnov n. Kn.	40	498	11301	77%	22,7	576	11690	82%	20,3	116%	103%
		431										

Počet lůžek za odb. 9H9, 9F9 a 9U7 přepočtené na 100.000 obyvatel dle okresů a KHK

Okres	nasml. lůžek v r. 2018	nasml. lůžek v r. 2018 / 100 000 obyvatel
HK	112	68
NA	197	178
JC	268	337
TU	208	175
RK	92	116
KHK	877	159

Obr. 6.38 Další poskytovatelé jiné neakutní lůžkové péče v KHK

Zdroj: Data získaná z databázi poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK

Neakutní rehabilitační a lázeňská péče

		Odborný léčebný ústav (odb.2U1)		Lázeňská péče (odb.2L1)	CELKEM	Ozdravovny (odb.2C1)
		děti	dospělí			
NA	Lázně 1897 - Velichovky			300	300	
JC	Lázně Bělohrad		25	380	405	
TR	Státní léčebné lázně - Janské Lázně	40	100	230	370	
	SOaL Trutnov - Hostinné		159		159	
	Dvůr Králové n.L. - Království					55
	Pec p.Sn. - Karkulka					70
	Pec p.Sn. - Mělnická bouda					45
	Špindlerův Mlýn - Bedřichov					51
	Špindlerův Mlýn - Svatý Petr					60
KHK		40	284	910	1234	281

Další specializovaná lůžka neakutní péče

		Léčebna zrakových vad (odb.3U1)	Léčebna návykových nemocí (odb.3U8)	Následná intenzivní péče (odb.7D8)	Dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče (odb.7U8)	Paliativní péče hospic (odb.9U9)
HK	FN Hradec Králové		56			
NA	nemocnice Broumov			5	5	
	Oblastní charita Červený Kostelec					30
TR	nemocnice Vrchlabí			12		
	SOaL Trutnov - Hostinné	30				
KHK		30	56	17	5	30

Obr. 6.39 Mezikrajské migrační pohyby pacientů – hospitalizace na lůžku následné péče (r. 2018)

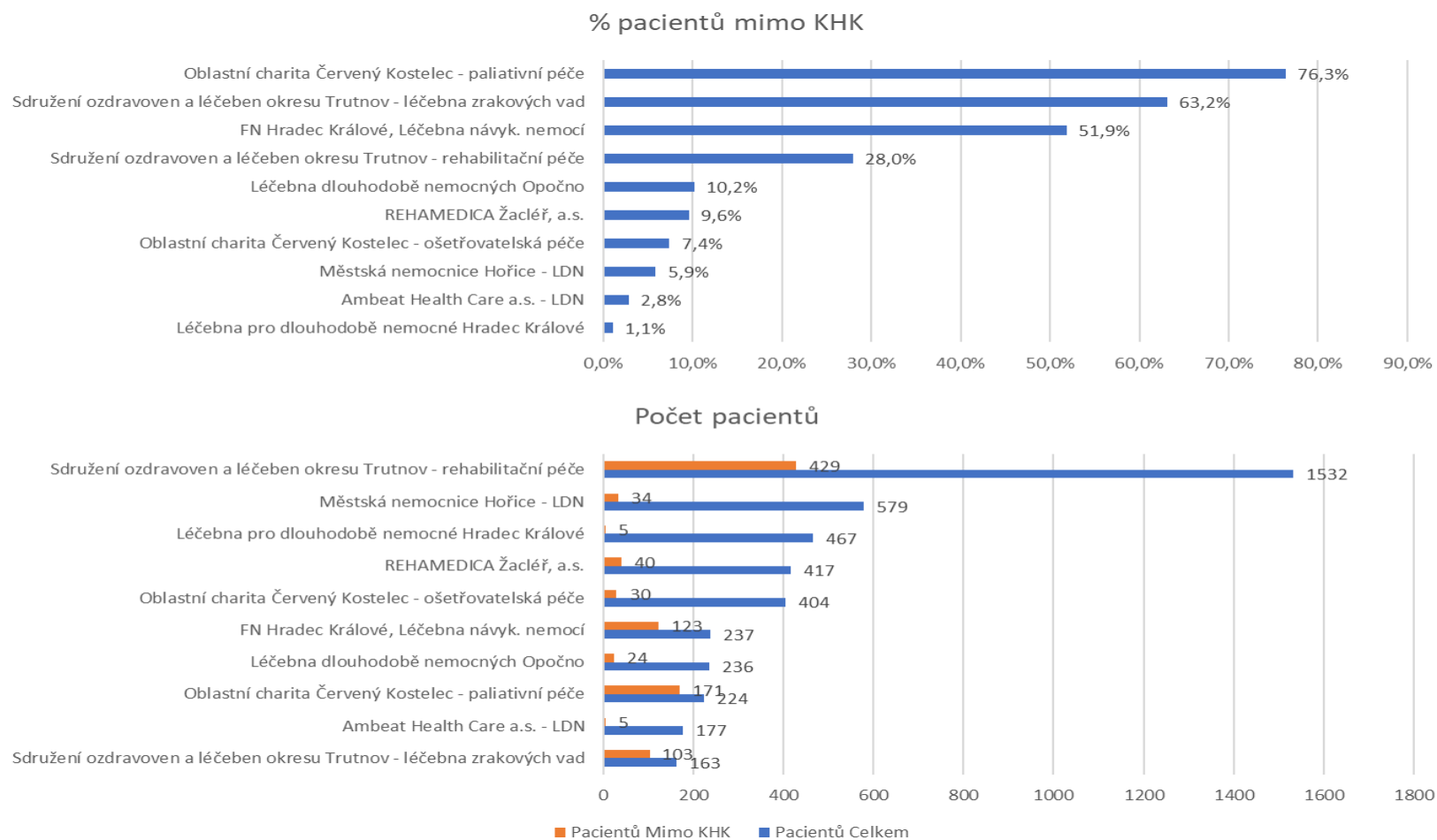
Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02C-17. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

% hospitalizací s daným bydlištěm a zařízením v daném kraji
Kraj bydliště

Kraj zdravotnického zařízení	Kraj bydliště														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK	
PHA	69,0%	17,3%	2,7%	2,0%	2,7%	4,4%	4,2%	1,5%	1,2%	1,3%	0,7%	0,7%	0,5%	0,6%	
STC	20,1%	61,0%	7,5%	5,0%	2,9%	4,8%	14,2%	6,1%	1,5%	2,5%	0,7%	0,6%	0,3%	0,2%	
JHC	1,6%	1,6%	73,1%	2,2%	2,4%	1,0%	1,1%	0,5%	0,2%	2,8%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	
PLK	1,2%	3,4%	4,9%	85,0%	12,2%	0,9%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	
KVK	0,1%	0,2%	0,0%	1,7%	74,2%	1,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
ULK	1,4%	5,5%	0,3%	0,8%	1,7%	80,2%	8,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	
LBK	0,8%	1,1%	0,0%	0,3%	0,3%	3,8%	62,3%	3,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	
HKK	0,8%	0,8%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%	5,6%	67,0%	2,8%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	
PAK	1,9%	2,3%	0,9%	0,7%	0,4%	0,9%	2,1%	13,0%	81,6%	14,8%	7,2%	4,8%	1,8%	0,2%	
VYS	1,3%	4,7%	8,4%	0,5%	0,7%	0,7%	0,5%	5,4%	6,4%	72,1%	3,0%	0,3%	0,3%	0,1%	
JMK	0,6%	0,8%	0,8%	0,6%	0,9%	0,7%	0,4%	0,8%	1,8%	3,0%	73,3%	1,7%	1,9%	1,1%	
OLK	0,6%	0,6%	0,3%	0,4%	0,2%	0,3%	0,4%	0,7%	1,9%	1,1%	3,4%	75,8%	4,0%	6,3%	
ZLK	0,1%	0,2%	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,5%	0,3%	6,0%	8,1%	80,5%	1,1%	
MSK	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%	0,5%	0,6%	1,5%	1,3%	4,8%	7,5%	10,5%	90,0%	

Obr. 6.40 Lůžková zařízení neakutní péče v KHK a jejich spád mimokrajských pacientů, r. 2018 (bez Lázeňských léčeben a bez neakutních lůžek v akutních nemocnicích)

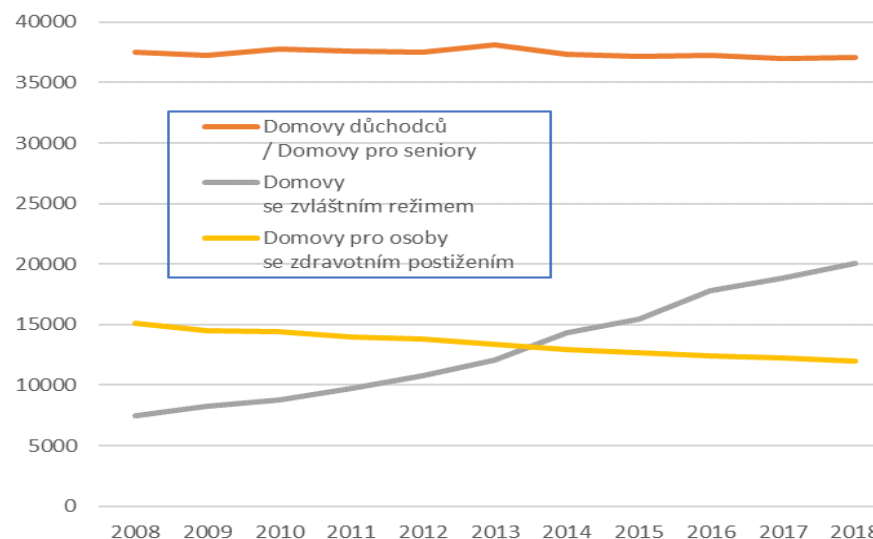
Zdroj: NRHOSP 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, grafy adaptovány dle prezentace 02C-34. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 6.41 Lůžka v zařízeních sociálních služeb v ČR, r. 2018

Zdroj: Česká republika od roku 1989 v číslech – aktualizováno 15.5.2020. Český statistický úřad, 2020, adaptováno dle tabulky 13.02 Místa v zařízeních sociálních služeb, jejich využití a pečovatelská služba. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-aktualizovano-1552020>

Rok	Domovy důchodců / Domovy pro seniory		Domovy se zvláštním režimem		Domovy pro osoby se zdravotním postižením	
	lůžka	využití v %	lůžka	využití v %	lůžka	využití v %
2008	37506	95,8	7484		15157	
2009	37272	95,8	8223	96,2	14552	96,8
2010	37818	95,7	8822	96,6	14396	96,9
2011	37616	97,1	9727	96,8	13978	97,4
2012	37477	96,6	10740	95,9	13820	96,5
2013	38091	96,1	12048	96,0	13423	96,5
2014	37327	96,1	14354	95,2	12926	96,7
2015	37200	96,6	15494	95,4	12707	96,1
2016	37247	96,2	17784	94,8	12402	96,7
2017	37037	95,9	18853	94,7	12231	96,6
2018	37048	95,8	20075	94,4	11999	96,9
Δ 2018-2008	-458		12591		-3158	
% 2018/2008	98,8%		268,2%		79,2%	

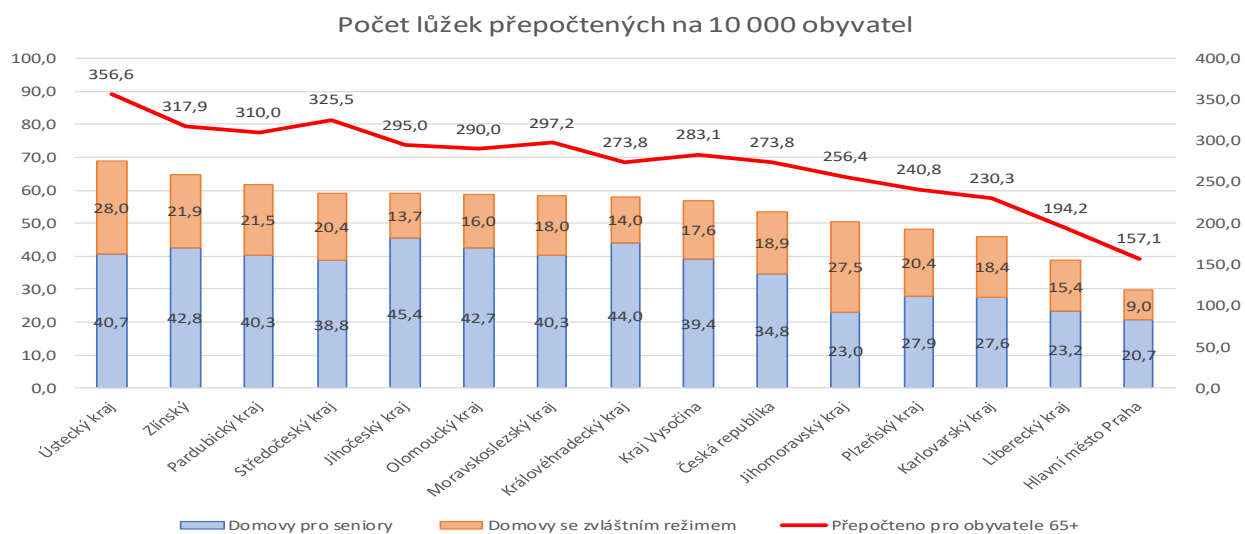


Obr. 6.42 Zařízení sociálních služeb, počet lůžek v DS a DZR r. 2018 - kraje a ČR

Zdroj: Zařízení sociálních služeb – územní srovnání, počet míst v zařízeních, stav k 31.12.2018. Český statistický úřad, Veřejná databáze, 2020.

Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb+-+%C3%BAzemn%C3%AD+srovn%C3%A1n%C3%AD+po%C4%8Det+m%C3%ADst+v+za%C5%99%C3%ADzen%C3%ADch&bkvt=emHFmcOtemVuw60gc29jacOhbG7DrWNoIHNSdcW-ZWIgLSDDunplbW7DrSBzem92bsOhbsOtIHBvxI1ldCBtw61zdCB2IHphxZnDrXplbsOtY2g.&katalog=all&pvo=SZB08&str=v848>

	Počet lůžek přepočtených na 10 000 obyvatel		
	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Přepočteno pro obyvatele 65+
Ústecký kraj	40,7	28,0	356,6
Zlínský kraj	42,8	21,9	317,9
Pardubický kraj	40,3	21,5	310,0
Středočeský kraj	38,8	20,4	325,5
Jihočeský kraj	45,4	13,7	295,0
Olomoucký kraj	42,7	16,0	290,0
Moravskoslezský kraj	40,3	18,0	297,2
Královéhradecký kraj	44,0	14,0	273,8
Kraj Vysočina	39,4	17,6	283,1
Česká republika	34,8	18,9	273,8
Jihomoravský kraj	23,0	27,5	256,4
Plzeňský kraj	27,9	20,4	240,8
Karlovarský kraj	27,6	18,4	230,3
Liberecký kraj	23,2	15,4	194,2
Hlavní město Praha	20,7	9,0	157,1



Obr. 6.43 Základní parametry pobytových služeb v DS a DZR, r. 2018, ČR a KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

ad 1) *Česká republika od roku 1989 v číslech – aktualizováno 15.5.2020*. Český statistický úřad, 2020, adaptováno dle tabulky 13.02 Místa v zařízeních sociálních služeb, jejich využití a pečovatelská služba. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-aktualizovano-1552020>

ad 2) *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, ©2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

ad 3) Krajský informační systém sociálních služeb Královéhradeckého kraje

ad 4) Registr poskytovatelů sociálních služeb Královéhradeckého kraje (údaje jsou za r. 2020)

	Lůžka	Počet klienů/rok	Přijetí během roku	Neuspokojené žádosti	Obměna pacienta během roku	Roky čekání na volné lůžko
Všechna lůžka v ČR ^{1.), 2.)}	57 123	54 443	19 954	82 195	34,9%	4,1
z toho: DS v ČR	37 048	35 489	11 643	57 997	31,4%	5,0
DZR v ČR	20 075	18 954	8 311	24 198	41,4%	2,9
Všechna lůžka v KHK ^{1.), 2.)}	3 194	3 170		3 762		
z toho: DS v KHK	2 422	2 336		3 052		
DZR v KHK	772	734		710		
Lůžka v síti soc. služeb KHK ^{3.)}	2 513		899		35,80%	
z toho: DS v KHK	2 001		714		35,70%	
DZR v KHK	512		175		34,20%	
Lůžka mimo síť soc. služeb v KHK ^{4.)}	669					

Techn. poznámka: pod pojmem „Všechna lůžka“ jsou v této tabulce myšlena lůžka DS a DZR dohromady (pokud není v tabulce specifikováno jinak)

Obr. 6.44 Vývoj počtu lůžek DS a DZR v síti sociálních služeb a v LDN KHK

Zdroj: Krajský informační systém sociálních služeb Královéhradeckého kraje

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Plán 2020
Celkem zařízení soc.služeb	2539	2536	2528	2513	2544	2555	
Domovy pro seniory	2101	2035	2029	2001	2016	2019	
Domovy se zvláštním režimem	438	501	499	512	528	536	
Sociální lůžka v nemocnicích	9	9	9	13	34	34	49

Techn. poznámky:

* Data jsou uvedena k 31.12. daného roku, rok 2020 k 1.5.2020.

** Pod pojmem „Celkem zařízení soc. služeb“ jsou v této tabulce myšlena lůžka DS a DZR celkem

Obr. 6. 45 Počet lůžek sociálních služeb v SO ORP v Královéhradeckém kraji, r. 2018

Zdroj: Zařízení sociálních služeb v SO ORP vybraného kraje – počet míst v zařízeních, stav k 31.12.2018. Český statistický úřad, Veřejná databáze, 2020. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SZB14&z=T&f=TABULKA&filtr=G%7EF_M%7EF_Z%7EF_R%7EF_P%7E_S%7E6096_null_null_&katalog=all&pvokc=100&pvoch=3085&str=v31&c=v3~2_RP2018MP12DP31#w

Okres	Správní obvod obce s rozšířenou působností (SOORP)	Týdenní stacionáře	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Celkem lůžek (DS + DZR)	Lůžek na 1000 obyvatel	Lůžek na 1000 obyvatel nad 65+
Hradec Králové	Hradec Králové	-	-	494	352	846	5,5	27,8
	Nový Bydžov	-	148	47	-	47		
	CELKEM		148	541	352	893		
Jičín	Hořice	-	79	97	50	147	5,7	30,8
	Jičín	-	5	245	-	245		
	Nová Paka	-	-	65	-	65		
	CELKEM	-	84	407	50	457		
Náchod	Broumov	-	-	38	49	87	6,1	31,3
	Jaroměř	-	-	-	-	-		
	Náchod	-	73	468	60	528		
	Nové Město nad Metují	-	-	53	-	53		
	CELKEM	-	73	559	109	668		
Rychnov n.Kn.	Dobruška	-	113	153	-	153	6,1	33,9
	Rychnov nad Kněžnou	9	187	51	40	91		
	Kostelec nad Orlicí	-	-	160	81	241		
	CELKEM	9	300	364	121	485		
Trutnov	Dvůr Králové nad Labem	-	29	103	10	113	5,8	31,1
	Trutnov	-	58	393	120	513		
	Vrchlabí	-	-	55	10	65		
	CELKEM	-	87	551	140	691		
Královéhradecký kraj		9	692	2422	772	3194	5,8	30,5

Obr. 6.46 Úmrtí v HK a ČR r. 2018 s ohledem na potenciální potřebu paliativní péče

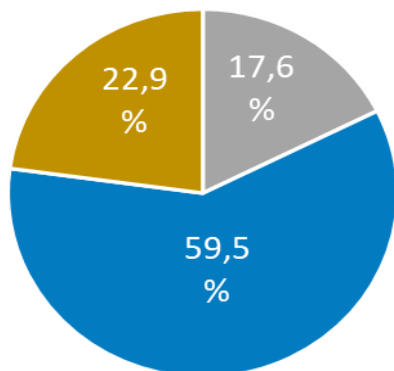
Zdroj: LPZ (2007-2018), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, tabulka adaptována dle prezentace 02A-38, 02A-39. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

MUŽI a ŽENY	KHK		ČR	
	Podíl zemřelých	Ročně N	Podíl zemřelých	Ročně N
Srdeční onemocnění, včetně cerebrovaskulárních onemocnění	44,53%	2 560	42,32%	45 723
Zhoubné novotvary	25,13%	1 445	25,32%	27 348
Respirační onemocnění	4,37%	251	4,28%	4 627
Diabetes mellitus	2,30%	132	2,75%	2 974
Onemocnění jater	1,55%	89	2,06%	2 227
Neurodegenerativní onemocnění	0,40%	23	0,41%	448
Onemocnění ledvin	0,33%	19	0,33%	355
Alzheimerova nemoc, demence a senilita	0,21%	12	0,25%	274
HIV / AIDS	0,00%	0	0,01%	8
Úrazy, otravy	5,13%	295	5,39%	5 827
Ostatní	16,05%	923	16,86%	18 218
Celkem	100,00%	5 749	100,00%	108 029

Obr. 6.47 Potřeba paliativní péče v ČR a počet úmrtí při hospitalizační péči v ČR

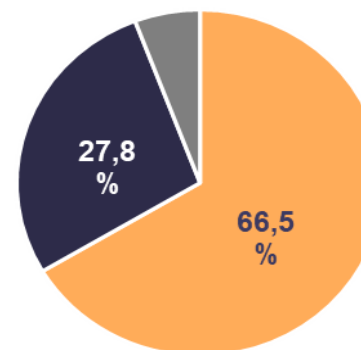
Zdroj: LPZ (2007-2018), Národní registr hospitalizovaných 2007–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-65, 05-71. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Očekávatelná úmrtí



- Akutní úmrtí
- Úmrtí chronického pacienta
- Ostatní

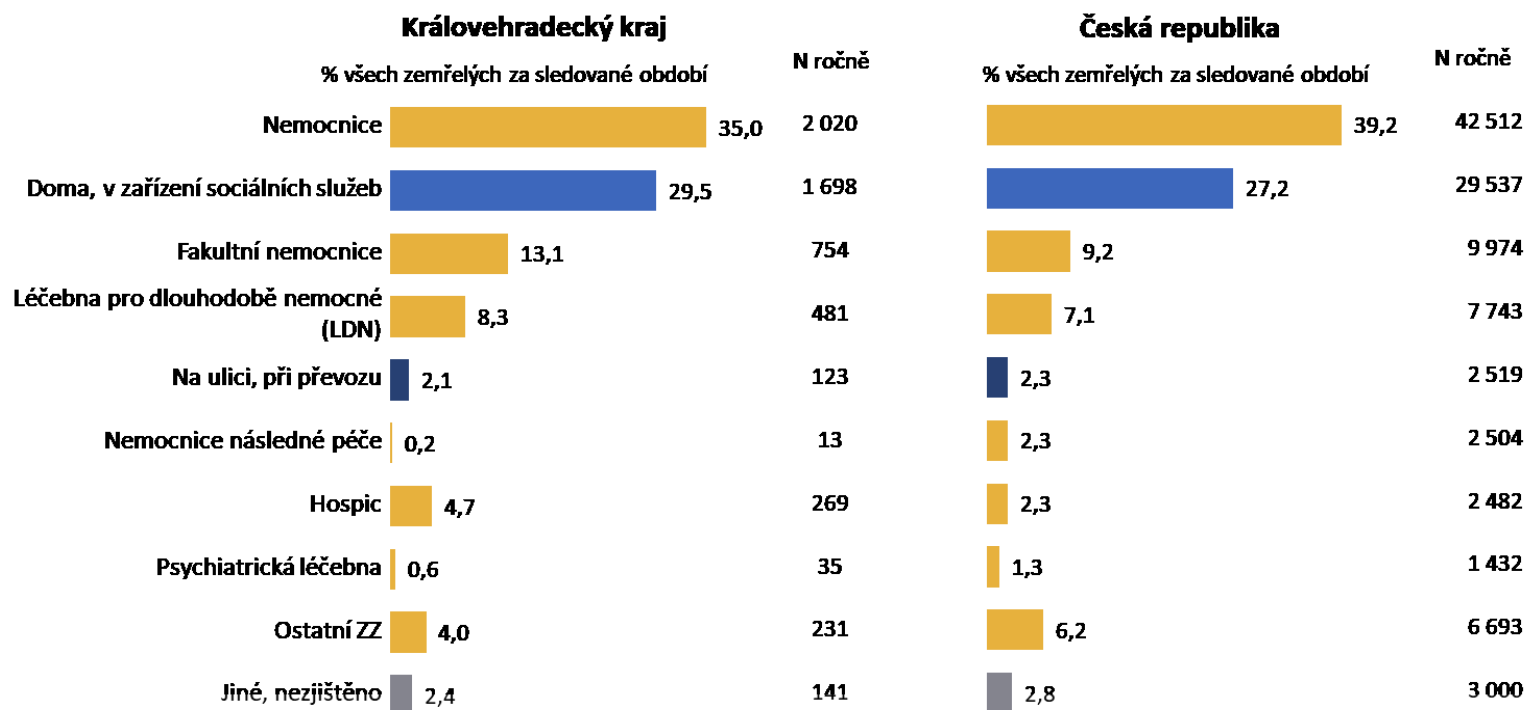
Typ lůžka na kterém došlo k úmrtí



- Akutní péče
- Následné péče
- Neznámo

Obr. 6.48 Místo úmrtí v KHK a v ČR

Zdroj: ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2007–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-77. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

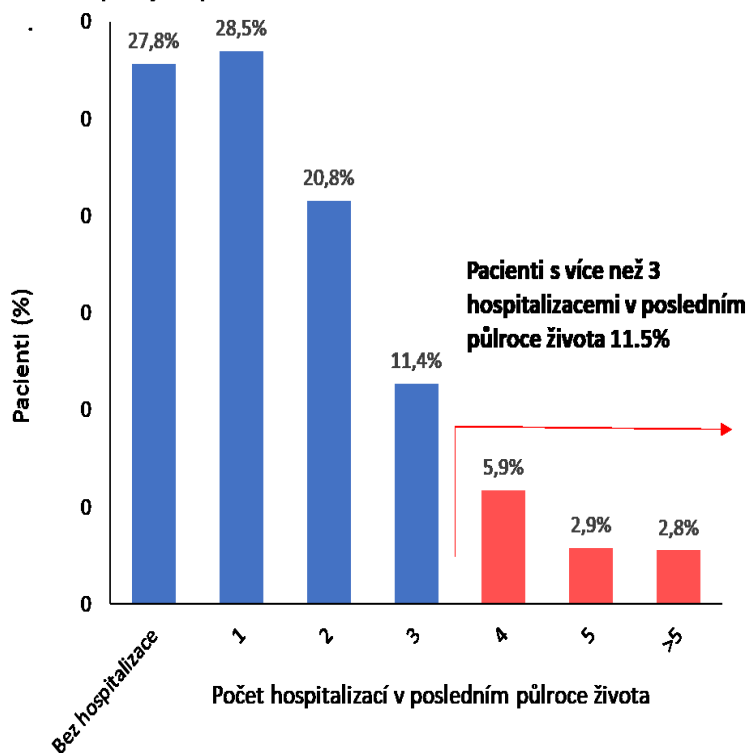


V Královéhradeckém kraji oproti celorepublikovému průměru více lidí umírá v hospicích či v LDN. Obdobně je také vyšší zastoupení těch, kteří dožívají ve fakultní nemocnici.

Obr. 6.49 Počet hospitalizací v posledním půlroce života celkem a v krajích (průměr za r. 2013-2018)

Zdroj: NRHOSP 2013–2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-72. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Zdroj: NRHOSP 2013 – 2018; hospitalizace v posledním půlroce života (posledních 5 let, bez hospitalizací pro „XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin“



Pacienti s více než 3 hospitalizacemi v posledním půlroce života (celkem 11.5%)

Ústecký kraj	14.2%
Karlovarský kraj	13.7%
Zlínský kraj	13.5%
Moravskoslezský kraj	12.7%
Středočeský kraj	12.3%
Olomoucký kraj	12.2%
ČR	11.5%
Pardubický kraj	11.4%
Jihočeský kraj	10.9%
Kraj Vysočina	10.8%
Jihomoravský kraj	10.6%
Královéhradecký kraj	10.0%
Plzeňský kraj	10.0%
hl. m. Praha	9.6%
Liberecký kraj	8.7%

Dostupná data Národního registru hospitalizací dokládají, že v posledním půlroce života absolvuje více než polovina pacientů opakované hospitalizace, a to téměř z 12% více než tři hospitalizační pobyty. Evidentně jsou v ČR velké rezervy v organizaci péče, neboť řadě těchto hospitalizací jde předejít efektivním managementem péče o umírající. Velmi četné hospitalizace u více než 15% pacientů v posledním půlroce života vykazuje celkem 6 krajů ČR.

Obr. 6.50 Model víceúrovňové paliativní péče

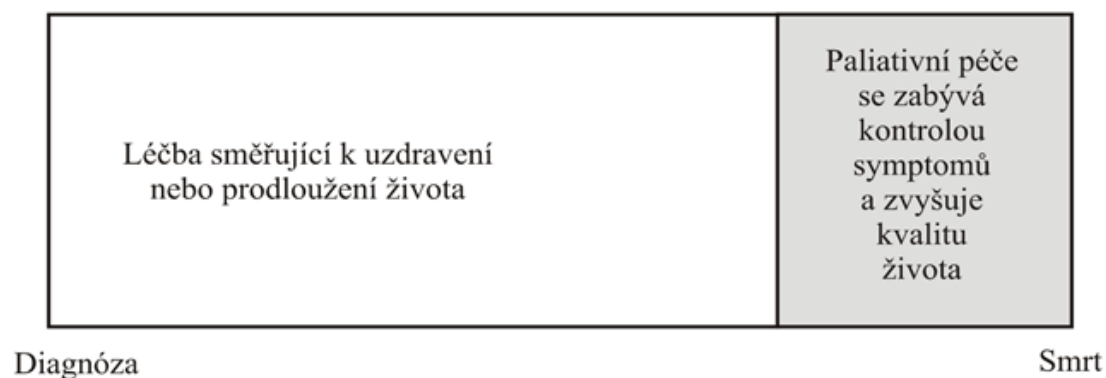
Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-67. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

	Typ paliativní péče		
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí	
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (výškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR dosud neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče		Mobilní specializovaná paliativní péče
			Mobilní specializovaná paliativní péče, stacionáře

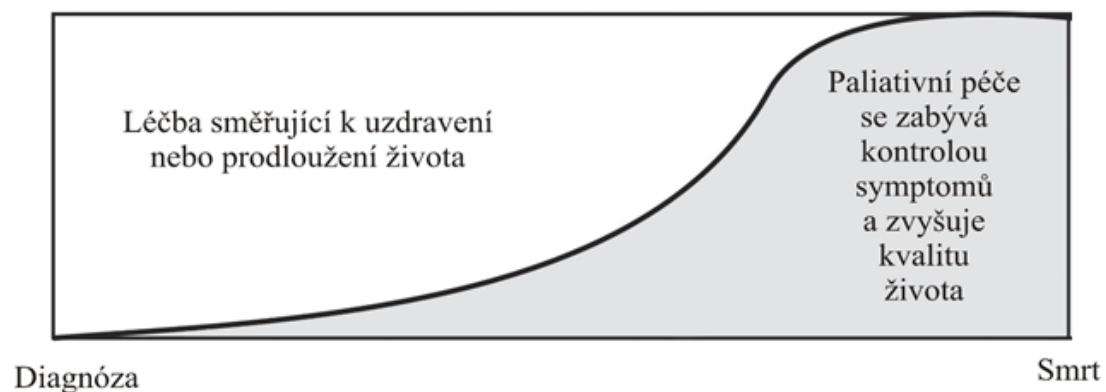
Obr. 6.51 Model časné integrace paliativní péče u dlouhodobých onemocnění

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-68. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí



Model časné integrace paliativní péče



Obr. 6.52 Ambulantní (mobilní) paliativní péče v krajích ČR

Zdroj: NRHYS 2015-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-69. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

REGION	Počet pacientů jimž byla vykázána zdravotní péče na odbornost 926				2018: pacientů na 100tis.obyvatel
	2015	2016	2017	2018	
Hlavní město Praha	86	121	128	196	15,0
Středočeský kraj	12	12	19	61	4,5
Jihočeský kraj	1	3		8	1,2
Plzeňský kraj		1	2	5	0,9
Karlovarský kraj				15	5,1
Ústecký kraj	1		17	43	5,2
Liberecký kraj	1			4	0,9
Královéhradecký kraj	20	34	70	95	17,2
Pardubický kraj	1	2	37	63	12,1
Kraj Vysočina	36	62	90	155	30,4
Jihomoravský kraj	42	75	98	128	10,8
Olomoucký kraj		1	10	57	9,0
Zlínský kraj	35	64	21	104	17,8
Moravskoslezský kraj	21	24	31	169	14,0

Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy

Obr. 2.1 Základní údaje krajů

Základní údaje za ČR a jejích 14 krajů v tabulce ukazují, že KHK měl k 31.12.2017

- 550 804 obyvatel (5,2 % obyvatel ČR, 10. místo mezi kraji - r. 2017)
- rozlohu 4759 km² (6 % rozlohy ČR, 9. místo mezi kraji)
- hustota obyvatelstva 116 obyvatel / km² (9. místo mezi kraji)

Obr. 2.11 Podíl osob ve věku 65-79 let v evropských zemích

Graf, zobrazující podíl starších osob v evropských zemích v r. 2017, znovu dokumentuje vysoký podíl starší populace v ČR a potvrzuje dominanci KHK v tomto ohledu.

Obr. 2.12 Základní údaje okresů KHK k 31.12.2017

Tabulka ukazuje základní údaje okresů k 31.12.2017. Největší rozlohu má okres Trutnov, nejvíce obyvatel okres Hradec Králové, nejnižší hustota obyvatel je v okrese Rychnov n. Kněžnou. Nejvyšší zastoupení obyvatel věku 65+ má okres Hradec Králové, nejnižší okres Rychnov n. K. Výrazné rozdíly ve věkovém spektru obyvatel však nejsou.

Obr. 2.1 Základní údaje krajů (k 31.12.2017)

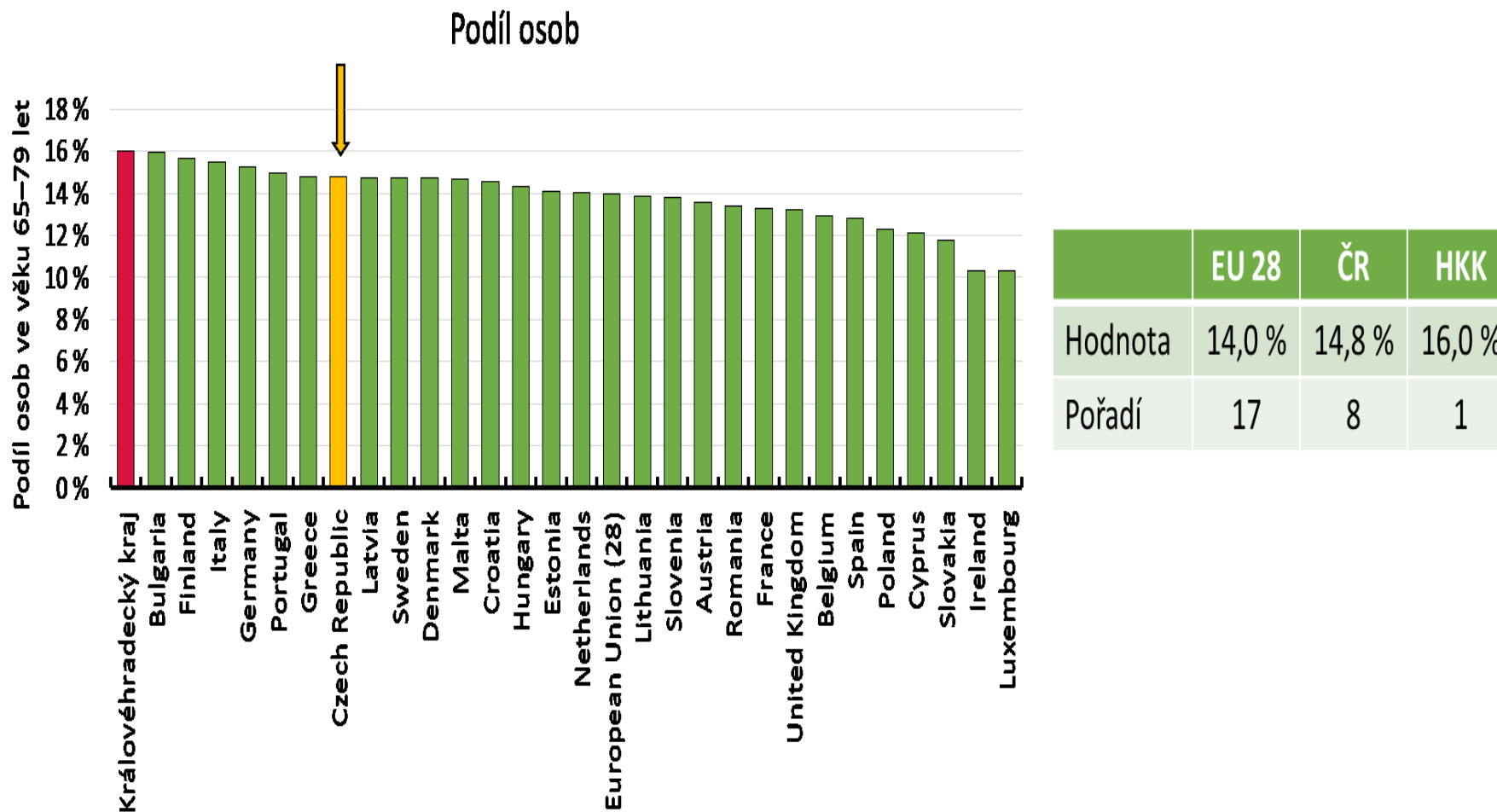
Zdroj: ČSÚ 2019 - Populační vývoj v krajích, citováno dle HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*, str. 2, tab.1. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/projekty/analyticky-podklad-pro-koncepci-zdravotnictvi-kralovehradeckeho-kraje-pro-obdobi-let-2021-2025-325361/>

ČR, kraje	Rozloha (km ²)	Počet obyvatel	v tom		Průměrný věk	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Počet obcí
			muži	ženy			
Středočeský kraj	10 929	1 338 982	660 919	678 063	40,98	123	1 144
Hlavní město Praha	496	1 280 508	621 565	658 943	41,95	2 581	1
Moravskoslezský kraj	5 430	1 209 879	593 064	616 815	42,24	223	300
Jihomoravský kraj	7 188	1 178 812	577 723	601 089	42,16	164	673
Ústecký kraj	5 339	821 377	407 372	414 005	41,62	154	354
Jihočeský kraj	10 058	638 782	315 113	323 669	42,28	64	624
Olomoucký kraj	5 271	633 925	309 999	323 926	42,40	120	402
Zlínský kraj	3 963	583 698	285 855	297 843	42,69	147	307
Plzeňský kraj	7 649	578 629	286 667	291 962	42,47	76	501
Královéhradecký kraj	4 759	550 804	270 981	279 823	42,71	116	448
Pardubický kraj	4 519	517 087	255 691	261 396	42,11	114	451
Kraj Vysočina	6 796	508 952	252 695	256 257	42,35	75	704
Liberecký kraj	3 163	440 636	216 556	224 080	41,76	139	215
Karlovarský kraj	3 310	296 749	146 487	150 262	42,42	90	134
Česká republika	78 870	10 578 820	5 200 687	5 378 133	42,05	134	6 258

Obr. 2.11 Podíl osob ve věku 65-79 let v evropských zemích

Zdroj: ECHI 2017, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 07-13.

Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Obr. 2.12 Základní údaje okresů KHK k 31.12.2017

Zdroj: ČSÚ, veřejná databáze, citováno dle *Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje 2018*. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje ve spolupráci s Centrem investic, rozvoje a inovací KHK, Materiál pro 23. ZASEDÁNÍ ZASTUPITELSTVA 14. 10. 2019, bod č. 13, usnesení č. 23/10, str. 5, tab. 2. Dostupné z: http://www.khskk.cz/khsdata/zp/zdravotni_stav_obyvatel_2019.pdf

Základní údaje okresů Královéhradeckého kraje (k datu 31. 12. 2017)

Území, kraj, okres	Rozloha (km ²)	Počet obyvatel	v tom		Podíl obyvatel (%) ve věku		Průměrný věk obyvatel	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Počet obcí
			muži	ženy	0-14	65+			
Hradec Králové	892	163 520	79 776	83 744	15,4	21,1	43,1	183	104
Jičín	887	79 632	39 550	40 082	15,4	20,3	42,9	90	111
Náchod	852	110 420	54 399	56 021	15,4	21,0	43,0	130	78
Rychnov nad Kněžnou	982	78 979	39 204	39 775	15,9	19,8	42,3	80	80
Trutnov	1 146	118 538	58 501	60 037	15,2	20,8	42,9	103	75
Královéhradecký kraj	4 759	551 089	271 430	279 659	15,4	20,7	42,9	116	448