

Analýza – Kapitola VII.

Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK

Obsah

Obsah.....	2
Analýza – Kapitola VII. (Textová část)	6
Úvod.....	7
Uspořádání kapitoly VII.	7
Metodický postup	7
Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům.....	9
Shrnutí celokrajských problémů medicínských oborů a způsoby jejich řešení	13
Obecný pohled.....	13
Personální problémy ve zdravotnictví	15
Problematika specializačního vzdělávání.....	16
Problematika spolupráce nemocnic a dalších zdravotnických subjektů v kraji	19
Problematika spolupráce mezi medicínskými obory a segmenty péče	20
Problematika pacientů a kvality péče	20
101 Vnitřní lékařství.....	22
Úvod a specifika oboru.....	22
Personální stavy.....	23
Ambulantní péče.....	23
Akutní lůžková péče v KHK	25
Problematika dalších specializací blízkých vnitřnímu lékařství ve FN HK i v KHK..	31
Další dílčí problémy vnitřního lékařství a vazby na jiné obory	33
201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie	37
Úvod a specifika oboru.....	37
Personální stavy.....	39
Ambulantní péče.....	40
Akutní lůžková péče v KHK	41
Následná lůžková péče v KHK.....	41
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	43
209 Neurologie.....	44
Úvod a specifika oboru.....	44
Personální stavy.....	44
Ambulantní péče.....	44
Akutní lůžková péče v KHK	45
Další dílčí informace problémy oboru a vazby na jiné obory	45
301 Dětské lékařství a neonatologie.....	48
Úvod a specifika oboru.....	48
Personální stavy.....	50

Ambulantní péče.....	52
Akutní lůžková péče v KHK	53
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	55
305 Psychiatrie	57
Úvod a specifika oboru.....	57
Personální stavy.....	59
Ambulantní péče.....	59
Akutní lůžková péče v KHK	61
Následná lůžková péče v KHK.....	64
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	65
402 Onkologie	66
Úvod a specifika oboru.....	66
Personální stavy.....	67
Ambulantní péče.....	67
Akutní lůžková péče v KHK	68
Následná lůžková péče v KHK.....	70
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	71
501 Chirurgie.....	73
Úvod a specifika oboru.....	73
Personální stavy.....	74
Ambulantní péče.....	74
Akutní lůžková péče v KHK	76
Následná lůžková péče v KHK.....	80
Problematika některých specifických odborných činností a chirurgických specializací ve FN HK i v KHK.....	80
603 Gynekologie a porodnictví.....	85
Úvod a specifika oboru.....	85
Personální stavy.....	85
Ambulantní péče.....	85
Akutní lůžková péče – gynekologie	86
Akutní lůžková péče – porodnictví.....	87
606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí.....	91
Personální stavy.....	91
Ambulantní péče.....	91
Akutní lůžková péče v KHK	92
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	93
701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	95

Personální stavy.....	95
Ambulantní péče.....	95
Akutní lůžková péče v KHK	95
Shrnutí problémů oboru.....	97
706 Urologie.....	98
Personální stavy.....	98
Ambulantní péče.....	98
Akutní lůžková péče v KHK	99
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	100
708 Anesteziologie a intenzivní medicína (ARIM)	102
Úvod a specifika oboru.....	102
Personální stavy.....	102
Anesteziologické výkony	103
Ambulantní péče.....	104
Akutní lůžková intenzivní péče v KHK	105
Následná a dlouhodobá intenzivní péče v KHK.....	108
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	108
801 Laboratorní obory a patologická anatomie.....	110
Úvod a specifika oboru.....	110
Personální stavy.....	111
Vyšetření pro ambulantní pacienty.....	112
Dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	113
809 Radiodiagnostika a nukleární medicína	116
Úvod a specifika oboru, kromě personálního stavu je problematika oboru popsána zvlášť pro radiodiagnostiku a pro nukleární medicínu.....	116
Personální stavy.....	116
Radiodiagnostika	117
Nukleární medicína	119
Další dílčí problémy obou oborů a vazby na jiné obory	120
925 Domácí zdravotní péče.....	121
Úvod a specifika oboru.....	121
Personální stavy.....	121
Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory	123
Další oblasti (oftalmologie, specializovaná centra, lékárenská péče)	126
705 Oftalmologie.....	126
Specializovaná centra	127
Lékárenská péče	130

Seznam použité literatury a citací	132
Analýza - Kapitola VII. (Obrazová část)	136
Úvod.....	137
101 - VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ	143
201 – REHABILITAČNÍ A FYZIKÁLNÍ MEDICÍNA, FYZIOTERAPIE	159
209 - NEUROLOGIE	172
301 – DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ A NEONATOLOGIE.....	181
305 - PSYCHIATRIE	197
402 - ONKOLOGIE.....	216
501 - CHIRURGIE	234
603 – GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ.....	254
606 – ORTOPEDIE A TRAUMATOLOGIE POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ.....	266
701 – OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU	277
706 - UROLOGIE.....	289
708 – ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ MEDICÍNA (ARIM).....	299
80* – LABORATORNÍ OBORY A PATOLOGICKÁ ANATOMIE	316
809 – RADIODIAGNOSTIKA A NUKLEÁRNÍ MEDICÍNA	326
925 – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	338
Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy	345

Stručný uživatelský manuál

- V sekci [Analýza – Kapitola VII. \(Textová část\)](#) 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 VII. (Textová část)

**Problematika vybraných specializovaných oborů a
lékárenské péče v KHK**

Úvod

Uspořádání kapitoly VII.

Výběr oborů a zdravotnických oblastí, které jsou prezentované v této kapitole Analýzy, byl proveden po diskuzi přípravné skupiny Koncepce tak, aby pokrýval všechny základní obory a řadu dalších specializací, jejichž záběr je velmi široký. Protože dnes neexistuje jasná, legislativně podložená oborová hierarchie, nelze popřít, že výběr byl do jisté míry subjektivní. Jedním z kritérií byla snaha pokrýt všechny obory, které jsou zastoupené v nemocnicích vlastněných krajem, a další, úzce specializované obory podrobněji neřešit. Původně se uvažovalo, že se Koncepce nebude zabývat lůžkovými obory, které existují v kraji pouze u jednoho poskytovatele (převážně ve FN HK jako neurochirurgie, maxilofaciální chirurgie aj., reprodukční medicína v Prvním privátním chirurgickém centru HK nebo hyperbarická medicína v SOaL Trutnov, ev. další).

Během přípravných prací se však ukázalo, že uvedené pravidlo není možné striktně dodržet a tak nakonec nebyl výběr analyzovaných oborů úplně konzistentní. Např. v části vnitřní lékařství jsou některé obory zmíněné dohromady se základním všeobecným oborem (např. infekční lékařství nebo plicní lékařství) a obdobně je tomu i u chirurgie (např. cévní chirurgie). Ne vše také bylo možno v Koncepci pokrýt z důvodu rozsahu Koncepce a náročnosti jejího zpracování. Některé oblasti jsou proto zmíněné jen letmo a analýza jejich stavu v kraji je povrchnější než v jiných oblastech. Patří sem oční lékařství, specializovaná centra v kraji a lékárenská péče. Tyto oblasti jsou alespoň ve zjednodušené formě a bez zevrubných analýz probrány v poslední části této kapitoly. Neznamena to však, že by kraj takovéto obory neměl sledovat a jejich problémy řešit. Každá oblast zdravotnictví však má možnost žádat kraj o pomoc, pokud by to jejich činnost nebo pacienti v kraji ohrožovalo.

Některé medicínské obory, zejména obory praktického lékařství, byly zařazené do kapitoly V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK, paliativní medicína a geriatricie do obecnější kapitoly VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatricie v KHK. Urgentní medicína jako svébytná složka v gesci KHK byla zařazena do samostatné kapitoly IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby. Protože témata jednotlivých kapitol Analýzy nejsou úplně ohraničená a překrývají se, jsou některá fakta z oborů v této kapitole VII. zmíněná i v jiných kapitolách, aby byla zachována kontinuita jejich obsahu a duplicitám se tak někdy nebylo možné vyhnout.

Metodický postup

Kapitola VII. je sestavena převážně ze zkušeností z materiálů a diskuzí oborových skupin, které probíhaly v období květen 2019 – únor 2020. Analýza je zde oproti ostatním kapitolám postavena méně na exaktních statistikách a více dominují všeobecně známé zkušenosti a expertní názory poskytovatelů zdravotní péče, manažerů nemocnic a ZH KHK, zástupců České lékařské komory, zdravotních pojišťoven, ale i Zdravotního výboru KHK a pracovníků odboru zdravotnictví KÚ KHK. Část údajů vychází i z koncepcí jednotlivých oborů, pokud

jsou dostupné, jako např. u všeobecného praktického lékařství¹ nebo u psychiatrie^{2,3,4,5}, popřípadě ve speciálních výstupech ÚZIS ČR.^{6,7,8}

Kapitola VII. je vedle tohoto úvodu a obecného shrnutí celokrajských problémů rozdělena na části popisující situaci jednotlivých specializovaných oborů, jejichž objem se liší. Výběr závisel na rozsahu a plošné významnosti oboru a velikosti jeho problémů, ale také na dostupnosti dat a dalších informací, která se mezi obory poměrně výrazně odlišovala. Velkou roli sehrálo i množství podkladů a referovaných problémů, které byly získávány před a během každého projednávání a důkladnosti jejich doplňování v rámci oponentury zápisu. Výsledky specifické pro každý obor jsou prezentovány přímo u oborů, ale tam, kde se stejné problémy objevovaly opakovaně, jsou shrnuty do společného bloku za tímto úvodem.

Pro rychlejší orientaci v situaci jednotlivých oborů v kapitole VII. byla snaha jednotlivé obory popisovat, pokud možno v jednotné struktuře:

- úvod a specifika oboru,
- personální stavy,
- ambulantní problematika,
- hospitalizační problematika a
- různé,

vždy se zdůrazněním lokálních charakteristik a celkové situace v kraji.

Poslední část kapitoly VII., s názvem Další oblasti (oftalmologie, specializovaná centra, lékárenská péče) již jen zmiňuje oblasti, které se již nepodařilo detailněji zpracovat a jsou zmíněny jen pro určitou komplexnost.

¹ BÝMA S., ŠONKA P., SEIFERT B., ŠTOLFA J. *Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018*. Dostupné z: <https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>

² *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

³ *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojeve-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK- 2 .pdf>

⁴ *Psychiatrická péče 2017 Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-178-6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>

⁵ *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část*. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

⁶ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r, 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817)*. Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

⁷ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817)*. Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

⁸ *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 online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům

Snahou autorů analýzy bylo co nejvíce využít statistické podklady, které byly k dispozici jako zdroj informací, které popisují stav systému a umožňují posoudit, zda se např. počet pracovníků v čase snižuje nebo zvyšuje a nebo zda ve srovnání s jinými kraji či jinými zeměmi jsou počty ve srovnatelné podobě, vyšší nebo nižší. Samotná primární data (v uvedeném příkladu počty pracovníků v daném místě a čase) jsou podstatně méně vypovídající a byla snaha se jim vyhnout, protože slouží především jen jako podklady pro složitější výstupy, které jsou produkovány jako důležité informace, určené pro rozhodování.

V této kapitole se to však úplně nepodařilo, protože spolehlivá data pro přípravu těchto informací, ani informace, samotné často nebyly k dispozici, neboť pro nižší úroveň systému (v tomto případě jednotlivé obory nebo jejich části nebo úrovně okresů) nejsou zdaleka tak detailně prezentované jako úroveň vyšší (celá hospitalizační sféra nebo celá ČR). Proto je zde řada údajů jen v datové podobě, spíše jako ukázky toho, co a v jaké spolehlivosti je k dispozici, aby bylo možno na lepším zobrazení stavu alespoň v budoucnosti dále pracovat. Platí to zejména o personálních údajích, které mají někde podobu smluvních norem a jinde skutečných aktuálních stavů, o ambulantních datech, která se dosud systematicky příliš nesledovala a i o hospitalizačních datech tam, kde je potřeba jejich posouzení nejen z pohledu počtů pacientů, ale i prováděného spektra výkonů nebo spektra obtížnosti pacientů. V takovýchto případech prezentace převážně datových zdrojů jsou komentáře k nim omezené na minimum a zmiňují se jen fakta, která jsou pro analýzu zajímavá.

Údaje o počtu personálu

Všechny grafy jsou ze zdrojů VZP ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Základní čísla jsou prezentovaná jako smluvní počty nositelů výkonů a jsou ve čtveřicích grafů v jednom obraze uvedena vždy jen za jednu odbornost. Většinou jde o lékaře, pokud není uvedeno jinak. Smluvní počty se mohou lišit od skutečného naplnění úvazků. Všechny počty jsou vyjádřeny v přepočtených počtech úvazků („PPP“).

Pro všechny uvedené obrazy, které jsou v jednotném formátu, platí následující poznámky.

- Na čtveřici grafů, zobrazených na jednom obraze je
 - graf (A) vlevo nahoře reprezentuje úvazky všech poskytovatelů, které jsou členěné na úvazky v ambulantních zdravotnických zařízeních (dále jen „AZZ“) a v lůžkových zdravotnických zařízeních (dále jen „LZZ“). U LZZ jsou zvlášť úvazky v ambulancích a úvazky u lůžek. (tj. i poskytovatelů u lůžka) a v absolutních počtech
 - grafy (B-vpravo nahoře) a (C-vlevo dole) reprezentují jen úvazky ambulantních poskytovatelů (bez poskytovatelů u lůžka!) a jsou v přepočtených počtech na 100 tis. obyvatel
 - graf (D) ukazuje podíl všech ambulantních PPP ve srovnání s PPP ve věku 60+
- Údaje o počtech ambulantních lékařů jsou limitované faktem, že ne ve všech LZZ jsou údaje o počtu lékařů v nemocničních ambulancích a u lůžek spolehlivé.
- Vzhledem k tomu, že nemocnice Rychnov n. Kněžnou spadá pod Oblastní nemocnici Náchod, a.s., jsou v okrese Rychnov n. Kněžnou ambulantní lékaři nasmlouváni jen

v AZZ a všechny nemocniční úvazky z RK jsou započtené do okresu Náchod, protože nemocnice v RK je součástí Oblastní nemocnice Náchod, a.s. Obdobně to platí i pro okres Jičín, kde Oblastní nemocnice Jičín, a.s. zahrnuje i LZZ Nový Bydžov, které je fyzicky lokalizováno v okrese Hradec Králové, ale vykazováno v okrese Jičín.

- Poskytnutá data jsou v jednotlivých grafech barevně zobrazována nekonzistentně, takže i uvnitř jednoho obrazu nelze srovnávat jednotlivé segmenty sloupců v různých grafech.

Počty ambulantních pacientů u ambulantních specialistů v nemocničních ambulancích

Analýza u jednotlivých oborů vychází z přehledu ambulantní činnosti v KHK v ambulancích nemocnic a u ambulantních specialistů, jejíž část je prezentovaná v kapitole V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK. Zde se vychází ze stejné databáze jako na obr. 5.43-5.45 (počty amb. výkonů v nemocnicích a terénu) s tím rozdílem, že je sledován celkový počet pacientů v jednotlivých odbornostech, které jsou rozloženy do skupin ambulantních oborů následovně:

- neoperační obory bez dětských pacientů (jedna tabulka, kvůli své délce rozdělena na dvě části vedle sebe v jednom obrazu, viz **obr. 7.1 (úvod)**),
- operační obory bez dětských pacientů a dětské obory, viz 2 tabulky, **obr. 7.2 (úvod)**,
- nelékařské obory a obory komplementu, viz 2 tabulky, **obr. 7.3 (úvod)**.

Obr. 7.1 (úvod) Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK (neoperační obory bez dětských pacientů)

Obr. 7.2. (úvod) Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK (a. operační obory bez dětských pacientů, b. dětské obory)

Obr. 7.3 (úvod) Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK (a. nelékařské obory, b. komplement)

Údaje o počtu kontaktů pacientů za r. 2018 v KHK jsou ve zvýrazněném sloupci v pořadí počtu pacientů dané odbornosti, druhý (pravý) sloupec orientačně ukazuje jaké procento všech pacientů projde nemocničními ambulancemi. Rozdělení odborností do jednotlivých tabulek není v některých případech jednoznačné, např. v adiktologii, foniatrii a jinde působí jak lékaři, tak nelékaři. Účelem těchto obrazů bylo jen orientačně ukázat, jak se jednotlivé obory v jednotlivých sférách zhruba podílejí na objemu produkované ambulantní péče. U některých oborů jsou pod jedním specializačním oborem dospělí i dětské pacienti bez formálně vyčleněné dětské odbornosti, (např. oftalmologie, ortopedie, rehabilitace aj.).

Všechny uvedené soubory reprezentují jen počty návštěv pacienta. Statistiky všech produkovaných bodů sice také existují, ale není k dispozici sledování produkce konkrétních výkonů, které by bylo užitečné pro sledování ambulantních operací, popřípadě dalších výkonů, typických pro jednotlivé obory. Personální statistiky bohužel nedokážou přesně stanovit rozložení lékařských úvazků v nemocnicích na ambulantní a lůžkové lékaře, takže zatím není možno posuzovat efektivitu těchto dvou skupin.

K tabulkám se lze vracet při rozpravách o jednotlivých oborech, protože vedle počtu pracovníků a lůžek jsou i počty ambulantních pacientů dobrým indikátorem faktu, jak velký prostor v celé množině specializovaných oborů dotčený obor zaujímá.

Vedle zde uvedených tabulek na **obr. 7.1-7.3 (úvod)** jsou u analýz jednotlivých oborů i podrobnější tabulky o jednotlivých odbornostech na úrovni okresů. Počty klinických vyšetření

se v těchto dvou zobrazeních někde dost významně liší, protože jde o údaje ze dvou různých zdrojů ÚZIS ČR, kde se pravděpodobně pracuje se dvěma různými metodikami. Srovnáním informací uvnitř každé sady je však porovnávání jednotlivých údajů možné a bezproblémové.

Problematika počtu lůžek a prognózy jejich vývoje

Obr. 7.4 (úvod) Prognóza (střední odhad potřeby) celkového počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obr. 7.5 (úvod) Prognóza (střední odhad potřeby) celkového počtu akutních lůžek v KHK podle odborností, dle demografické předpovědi do r.2030

První obraz reprezentuje odhad potřeby počtu lůžek akutní péče v jednotlivých nemocnicích sumárně za všechny obory, sumarizované za celý kraj, včetně lůžek JIP. Na druhém obrazu jsou tabulky za jednotlivé obory. Tabulka vlevo je seřazena podle absolutního nárůstu/poklesu počtu lůžek. Tatáž data v tabulce vpravo jsou seřazena podle procentuálního nárůstu/poklesu počtu lůžek v každém oboru.

Prognóza byla provedena následovně.

- Podle publikace Prognózy vývoje obyvatelstva královéhradeckého kraje a jeho vybraných územních součástí na období 2018–2050 ⁹ byly vypočteny koeficienty změny populace v jednotlivých letech 2018–2030 ze střední varianty prognózy.
- Z hospitalizačních údajů byl pro každého poskytovatele, každou jeho lůžkovou odbornost, věk a pohlaví pacienta, zjištěn počet ošetrovacích dní, které v roce 2017 hospitalizovaní pacienti čerpali.
- Přes koeficient očekávané změny v populaci pro spádovou oblast dané nemocnice (v případě FNHK celého kraje) je spočten odhadovaný počet ošetrovacích dní, které budou třeba k léčení dle demografické prognózy.
- Přepočítání z ošetrovacích dní na teoreticky potřebný počet lůžek v celém zobrazeném období je přes nastavenou roční 80 % obložnost. Celkový počet lůžek je pak součtem ve všech odbornostech přes obě pohlaví a všechny věkové skupiny za rok.

Prognóza je virtuálním počtem lůžek kvůli přepočtu na standardní obložnost. Prognóza na podkladu demografického vývoje nebere v úvahu, že počet akutních lůžek byl v počátečním bodu časové osy někde zbytečně vysoký, protože ošetrovací doba je v KHK úplně nejvyšší v ČR, (viz kapitola VI. Lůžková péče obr. 6.7, 6.13 a 6.14) a v tomto ohledu je rezerva pro snižování lůžek. Někde ale bylo lůžek už na začátku kriticky málo např. u ORL primariátů, a tam se budou naopak muset lůžka přidávat. Dále, zcela jednoznačně od jednotlivých oborů, zejména operačních, zaznívá, že by mohly řadu pacientů přesouvat na lůžka následné péče, pokud by byla k dispozici, což by zase nárůst akutních lůžek brzdilo. Budoucí snižování počtu akutních lůžek v KHK má i své limity. Např. je to fakt, že i když je v ČR počet hospitalizací vyšší než ve vyspělých zemích (viz obr. 6.10), je KHK spíše pod průměrem ČR (viz obr. 6.11 a 6.12) a tak je prostor na šetření lůžek cestou redukce hospitalizací menší.

Jedná se o komplexní problém, ale demografie svůj vliv bude v prognózách mít. Z uvedeného přehledu hospitalizačních parametrů (zejména z dlouhé ošetrovací doby) však vyplývá, že tlak na snižování počtu akutních lůžek v KHK z pohledu přibližování se parametrům ve vyspělých

⁹ BURCIN Boris, KUČERA Tomáš a KURANDA Jan. *Prognózy vývoje obyvatelstva královéhradeckého kraje a jeho vybraných územních součástí na období 2018–2050*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta Katedra demografie a geodemografie, 2019. Prezentace východisek, předpokladů a výsledků prognóz, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 13. února 2019

zemích by mohl být úspěšnější než v ostatních krajích, protože rezerv je tu dost. Potřebné navýšení lůžek, hrozící z demografické prognózy, by se však mohlo bez většího napětí realizovat navyšováním počtu lůžek následných, po kterých je vysoká poptávka a jsou nedostatková již dnes (viz obr. 6.33).

Prognóza celkového počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK je dále uvedena u analýzy všech lůžkových oborů odděleně. Je však potřeba ještě jednou konstatovat, že se jedná o demografický konstrukt, které vůbec nebere v úvahu vývoj zdravotnického managementu a zejména medicíny jako takové. Přesto je ale tento pohled mimořádně zajímavý, protože odděleně od dalších faktorů předpovídá, jak se bude zátěž zdravotnického systému zvyšovat, jen díky stárnutí populace. Spojí-li se tato předpověď s očekáváním, jak by se měly vyvíjet hospitalizační parametry, lze tak s určitou nadsázkou konstatovat, že prognózovaný růst potřeby akutních lůžek vypovídá spíše o potřebě nárůstu lůžek následné péče, kterou je potřeba v KHK prioritně zajistit a de facto tak ulevit i současnému pocitu klinických pracovišť, že mají akutních lůžek nedostatek.

Shrnutí celokrajských problémů medicínských oborů a způsoby jejich řešení

Obecný pohled

Tato část kapitoly VII. reprezentuje hlavní shrnutí všech problémů, které byly při tvorbě Koncepce zaznamenány, postupně kategorizované a popřípadě zařazené do dalších kapitol k podrobnějším analýzám. Kapitola VII. je rozsáhlá, protože oblastí působení zdravotníků je mnoho a klíčové problémy zdravotnictví mají svůj původ sestaven z mnoha nejrůznějších drobnějších příčin, které se dotýkají základních činností jednotlivých oborů při řešení problémů pacientů.

Shrnutí této analytické kapitoly se snaží problémy všech oborů utřídit podle následujícího modelu. V bazální vrstvě zdravotnického systému vznikají překážky, které brání efektivnímu řešení neduhů pacientů a komplikují činnosti jednotlivců, poskytujících péči a potlačují spokojenost pacientů. Tyto drobné „kořeny“ problémů se kombinují s jinými příčinami a spojují se do komplexních problémů, které je potřeba řešit. Před tím je ale nutno jasně identifikovat jejich příčiny, kam je potřeba řešení cílit a uspořádat tato řešení do ucelené strategie. Tento obecný postup je možno popsat kaskádou:

- identifikace základních problémů,
- hledání jejich příčin,
- hledání problémů, které jsou společné pro větší celky systému a
- hledání řešení.

Tento základní řetězec reprezentuje právě kapitola VII.

Hledání základních problémů a jejich příčin je reprezentováno zkoumáním problémů jednotlivých specializovaných medicínských oborů, z nichž větší část je soustředěna zde. Celý metodický postup tvorby Koncepce je popsán v jejím Úvodu (v části Postup tvorby Koncepce) a velkou váhu při tvorbě analýz měla systematická projednávání stavu krajského zdravotnictví se zástupci všech významných medicínských oborů, segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zástupců sociální sféry, jejichž výsledky jsou prezentovány níže, podle popisovaných oborů. Celkem proběhlo 18 půldenních debat od května 2019 do konce února 2020, které byly uzavřeny těsně před začátkem epidemie COVID–19. Projednávání se zúčastňovalo podle širě tématu vždy okolo 20–30 odborníků a byl kladen důraz na přítomnost všech důležitých aktérů příslušné oblasti, tj. lékařských zástupců, zástupců České lékařské komory, manažerů větších i malých zdravotnických zařízení, zástupců VZP a dalších ZP, a vždy byli přítomni zástupci odboru zdravotnictví a případně odboru sociálních věcí KÚ KHK. Byla snaha, aby mezi zúčastněnými byli zástupci ambulantní i lůžkové sféry a zástupci FN HK, ZH KHK a zástupci privátního zdravotnictví.

Hledání společných problémů všech oborů vyplynulo z projednávání poměrně snadno a účastníci se v rámci svých individuálních problémů shodli především na uvedených oblastech, které jsou podrobněji sumarizované dále.

- Personální problémy a problémy specializačního vzdělávání lékařů.
- Problematika spolupráce nemocnic a dalších zdravotnických subjektů v kraji.

- Problematika spolupráce mezi jednotlivými medicínskými obory a segmenty péče.
- Problematika dostupnosti péče pro pacienty.
- Problematika počtu lůžek.

Hledání řešení. Hlavním úkolem při tvorbě Koncepce bylo stanovit, které problémy jsou prioritní a mají se řešit přednostně. Na druhou stranu je jasné, že všech problémů je daleko více a pokud by se mezi koncepční priority měly dostat úplně všechny, nebude Koncepce fungovat, protože lidské i finanční prostředky jsou omezené a musí se soustředit na problémy nejzávažnějšího charakteru. Ze všech provedených rozborů je celkem jasné, že zmíněné problémy jako personální stavy zdravotníků, problémy specializační výchovy lékařů nebo otázky spektra lůžkového fondu se konsenzuálně staly problémy, které pronásledují zdravotnictví nejvíce. Přesto však je na mnoha místech této Analýzy vyjmenováno množství dalších dennodenních problémů nižšího řádu, které nelze odsunout a je pro ně rovněž nutno řešení hledat.

Uvedené, zdánlivě neřešitelné dilema, však řešení má. Spočívá v rozdělení manažerských povinností na různé úrovně, kdy se připouští fakt, že nejen centrum a mocné politické a finanční prostředky dokážou věci posunovat kupředu, ale i nižší úrovně řízení mohou řešení nalázat. Bývají to věci viditelné oproti hlavním koncepčním prioritám méně, ale nelze na ně zapomínat, protože nejen „d’ábel“, ale i manažerský úspěch spočívá v detailech, které je potřeba kontinuálně v běžném provozu řešit.

Menší nebo dočasné problémy sice nepatří do spektra činnosti či přímé zodpovědnosti kraje, ale pokud to jsou problémy dlouhodobě neřešené, mělo by o nich zdravotnické vedení KHK přinejmenším vědět a snažit se v nich angažovat. Přinejmenším má možnost oslovovat všechny subjekty, které mohou věci ovlivnit. Může je kontaktovat, propojit a zprostředkovat dialog s ostatními důležitými aktéry. Obecným příkladem může být situace, kdy obor A indikuje vyšetření pacienta u oboru B a tento obor není dostatečně dostupný.

Ať je příčina kdekoliv, není obvykle ani jeden z aktérů (pacient i oba obory) problém schopen samostatně řešit a je potřeba, aby se řešení ujal výše postavený prostředník. Může jím být vedení kraje, vedení ZH KHK, FN HK, profesní svazy a management jednotlivých nemocnic, od vrcholového vedení až po primáře jednotlivých oborů. V neposlední řadě sem patří i Česká lékařská komora, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně nebo příslušné odborné společnosti, jakožto hlavní představitelé lékařské samosprávy a pozitivní roli mohou sehrát i zástupci organizací pacientů. Nejvýše postavení manažeři těchto vyjmenovaných institutů nejsou obvykle vybaveni potřebnými exekutivními pravomocemi, ale i bez nich se dá systém ovlivňovat v případě, že jsou jejich manažeři vstřícní, ohleduplní a schopní hledat vyvážené, oboustranně prospěšné (*win-win*) řešení, a to opakovaně, aby si postupně získali důvěru všech, které mohou ovlivnit. V tomto má náš systém velké rezervy a volání po direktivních centralistických řešeních nebývá příliš často úspěšné.

Totéž platí o vztahu vedení kraje se zdravotními pojišťovkami (dále jen „ZP“) v kraji, jejichž význam a zodpovědnost je potřeba na tomto místě připomenout. Zákon o veřejném zdravotním pojištění¹⁰, který v ust. §40, odst.7 uvádí, že zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost hrazených služeb. Tímto příkazem zákon sice zdravotním pojišťovnám nesvěřuje žádné konkrétní nástroje ani způsoby provádění, takže lze konstatovat, že operativní zajišťování např. PLLD do neobsazených

¹⁰ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?text=48%2F1997>

obvodů nebo zvyšování počtu lékařů v zemi mohou ZP těžko realizovat. Na druhou stranu však ZP disponují možností dlouhodobě upravovat smluvní politiku, úhradami zvýhodňovat potřebné segmenty péče a nebo motivovat lékaře tam, kde jich je nedostatek, pokud to považují za prospěšné. Z tohoto dlouhodobého pohledu by tak ZP za problémy v kraji měly zodpovídat též, a vzhledem k tomu, že disponují podstatně vyšším rozpočtem pro poskytování zdravotní péče ve srovnání s kraji, mělo by vedení KHK s nimi hledat řešení konkrétních problémů mnohem intenzivněji než dosud a snažit se o oboustranně výhodnou spolupráci při hledání jejich řešení.

Dále se již hovoří o konkrétních problémech většiny oborů v KHK a možnostech jejich řešení a potom následují analýzy jednotlivých konkrétních oborů.

Personální problémy ve zdravotnictví

Personální problémy tč. u většiny oborů nad ostatními problémy dominují. Situace byla sice již zevrubně analyzována v kapitole III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK, v dalších částech kapitoly VII. se pokračuje s konkretizací stavu v jednotlivých oborech. Znovu je nutno zdůraznit, že datových zdrojů, týkajících se počtu personálu, je k dispozici více, ale jsou založeny na různých metodikách a ne vždy jsou jejich údaje plně kompatibilní. K tomu přispívají i neustálé změny, vycházející z dlouhodobého a nerovnoměrného zhoršování personální situace. Je zde proto snahou u všech oborů konfrontovat statistiky i s aktuálním místním manažerským pohledem, který se rovněž dynamicky mění, zvláště u menších pracovišť či celků, které jsou vždy citlivější na pohyby lidí. Manažerské pohledy jsou sice často subjektivní, ale i tak je konfrontace manažerských pohledů se statistikami potřebná. Nicméně rostoucí personální problémy nevyvolávají žádné pochyby o tom, že personální krize ve zdravotnictví je aktuálně nejvyšším ohrožením zdravotnického systému jak v krajském, tak celostátním zdravotnictví.

Přestože zpracovatelé Koncepce neměli dostatek exaktních personálních údajů k dispozici, uvádí ZH KHK, že přehled o stavech lékařů, o věkové struktuře a o potřebách jejich doplňování v jednotlivých nemocnicích k dispozici má. Limitací pro rozsah poskytované akutní péče jsou dle holdingu zejména personální deficity (lékařů a zejména sester). Navíc nejsou mladí lékaři ochotni sloužit takové množství přesčasových hodin jako lékaři starší. Dle údajů VZP jsou deficity i v řadě dalších oborů, které jsou v jejich přehledech patrné zejména v tabulkách, srovnávajících průměrný stav lékařů s ostatními kraji. Podobně je stav hodnocen i klinickými manažery, kdy závažné personální nedostatky jsou potvrzovány u pediatrií, u lékařů v následné a dlouhodobé péči, u rehabilitace a fyzioterapie, (zde se to týká i fyzioterapeutů), u psychiatrů a dětských psychiatrů, u dětských neurologů, u lékařů ORL, porodníků, u rentgenologů (zde zejména u odborníků na MR) a stomatologů – maxilofaciálních chirurgů. Problematika praktických lékařů, která je kritická u PLD a zejména u PLDD, byla podrobněji probírána u kapitoly V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK, podobně jako u stomatologů. Relativně stabilizovaný stav je u oborů laboratorních (zde je z části kompenzováno vysokoškoláky nelékaři), ale obory se bez lékařů pro konzultace a klinické interpretace neobejdou. K oborům bez větších ohrožení patří neurologie, ortopedie, chirurgie (s výjimkou cévních a plicních chirurgů).

K názorovému sporu došlo v otázce vázacích dohod v souvislosti s rezidenturou, kde menší část diskutujících obhajovala nezbytnost jejich zavedení. V tomto směru panuje shoda u velké části chirurgů, ale oponentů z jiných oborů je více. Vycházejí z názorů mladých lékařů a ČLK, pro které je to naprosto prohibitivní podmínka a argumentují, že při nabídce takovéto dohody naprostá většina adeptů rezidenturu odmítne a odejde do jiných krajů. Tvůrci

Koncepce se domnívají, že tento požadavek nelze do legislativy v současné době v žádném případě prosadit, jak kvůli principu lidských práv, svobodné volbě zaměstnání a pohybu u ostatních vysokoškolských profesí, tak pro silný odpor ČLK a sekce mladých lékařů. Jakékoliv pokusy v tomto směru by zcela paralyzovaly příliv rezidentů do KHK, který je oproti ČR již tak nízký (viz kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK, obr. 3.26). K většinovému názoru se mj. přidává i předseda okresního sdružení ČLK Hradec Králové, MUDr. E. Havel a k tomu zdůrazňuje i problémy finančního ohodnocení a společenského postavení mladých lékařů a další možnosti motivací mladých lékařů zůstat v potřebných lokalitách (bydlení, styk s úřady, školka, škola, auto, telefon).

Problematika specializačního vzdělávání

První část řešení celkového nedostatku lékařů v kraji, motivace stávajících, již atestovaných lékařů, je závislá na vstřícnosti a na kultivaci pracovních podmínek u hlavních zaměstnavatelů v KHK (FN HK a jednotlivé nemocnice ZH KHK) a na lokálních pobídkách obcí, které mají možnost motivovat lékaře na místech praktických lékařů, popřípadě i ambulantních specialistů. Určitým řešením zajištění péče může být i posilování dopravní dostupnosti občanů do větších sídel, kde mají lékaři přirozenou tendenci zakládat své ambulance (viz kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK, obr. 5.5).

Řešení druhé části problému, jak zvýšit počet lékařů v KHK, je zlepšení specializačního vzdělávání lékařů, které se stává se zcela nezbytným. Úporné stížnosti se ozývají již příliš dlouho a lékaři se znovu a znovu dožadují změny legislativy, hovoří se oprávněně o tom, že problémy jsou ve financování systému vzdělávání, ale není ochota dostatečně využívat všechny možnosti, které zákon poskytuje, při vlastní realizaci výuky. Problém byl již popsán v kapitole III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK (viz část Shrnutí problematiky celé ČR a zkušenosti se specializačním vzděláváním lékařů) a zde jsou rozšířené některé možnosti, jak ho řešit. Základní pravidla včetně pravomocí MZ ČR jsou daná legislativou, a to zákonem č. 95/2004 Sb.¹¹ a vyhláškou č. 152/2018 Sb.¹² (kdy příloha č. 1 uvedené vyhlášky stanovuje Nástavbové obory, označení odbornosti lékaře a zubního lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí, minimální délka vzdělávání v nástavbovém oboru a příloha č. 2 obory specializačního vzdělávání, jejichž absolvování je předpokladem pro zařazení do vzdělávání v nástavbovém oboru. Zákon sám má v sobě několik prvků, které nebyly pro účely vzdělávání dostatečně využité a beze změny zákona nelze očekávat nějaká radikální řešení, která by situaci plošně vylepšila, zejména pokud nedojde k radikální změně využívání exekutivních pravomocí, které má k dispozici MZ ČR. Je proto potřeba intenzivně v oblasti ovlivnění počtu lékařů využít dvou oblastí, které má KHK ve sféře své působnosti, a to

- zkoušet všechna lokální řešení, která by motivovala lékaře po absolvování specializace v kraji zůstat,
- hledat v rámci stávající legislativy jakékoliv možnosti učinit vzdělávání mladých lékařů v KHK více atraktivním.

¹¹ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95?text=95%2F2004>

¹² Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152>

Z menších pracovišť musí nyní odcházet mladí lékaři na dlouhodobé stáže na externí pracoviště bez navázání nového zaměstnaneckého poměru, a tento systém se v našem prostředí absolutně neosvědčil. Mateřská pracoviště platí lékařům mzdy, musí hradit náklady jejich stáží a stážisté se na vyšších pracovištích často cítí zanedbávání. Školící pracoviště také nikdy nepřijala princip, že jsou určena jen pro dočasný pobyt rezidentů a že musí produkovat dostatek specialistů nejen pro potřeby vlastních nemocnic, ale i pro zbytek systému, zejména pro ambulantní terén a malé nemocnice, kde vzdělávání neprobíhá. Všechny tyto věci mají řešení, ale ta dosud nebyla konstruktivně využita v žádném kraji.

Možnost, jak problém razantně řešit, spočívá převážně v kroku, kdy by místo části provozních dotací do nemocnic (viz kapitola VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK) kraj podpořil mzdové prostředky pro lékaře absolventy tak, aby se jejich počet mohl razantně zvýšit v průměru alespoň na dvojnásobek současného stavu, diferencovaně podle potřeby oborů. Druhou podmínkou je vytvoření celokrajského vzdělávacího systému a během 4-5leté rezidentury nechat absolventy projít více menšími i většími nemocnicemi v kraji. Systém by, kromě výhod pro nemocnice, zajistil vyvážené vzdělávání tak, aby se mladý lékař naučil bazální rutinu i vysoce specializované části tam, kde je to nejefektivnější a ve svém oboru tak získal zkušenost s banálními i vzácnějšími diagnózami, s různě náročnými pacienty a setkal se s provozní rutinou malých i velkých pracovišť.

Systém by mohl vzniknout jako společné vzdělávací centrum ZH KHK a FN HK, kde by měli absolventi nabídku kvalitního vzdělávacího programu, v němž by postupně zvyšovali svoji erudici v jednotlivých částech oboru tak, aby mohli být pro svá momentální pracoviště užiteční i jako pracovní síla, která by nefungovala jen jako udřený lékař, kompenzující místní personální deficity a nebo jako překážející stážista na vyšších pracovištích, kde se nedostane k aktivnímu provádění výkonů, které se potřebuje naučit.

Je potřeba, aby lékař v jednotlivých etapách vzdělávání v daném oboru působil tam, kde je to pro něj i pro příslušné pracoviště nejefektivnější a zároveň od prvního do posledního ročníku rezidentury získával schopnosti poskytovat péči pacientům na postupně se zvyšující úrovni. Od začátečnické praxe („kolečko“ v základních oborech a části vzdělávacího kmene v menších akreditovaných nemocnicích) až po konečnou část na 1-2 výše akreditovaných odděleních by prošel celým oborem a získal tak široké spektrum vzdělání na rozmanitých pracovištích, jejichž variabilita by mu umožnila lepší výběr pracoviště, kde se bude ucházet o dlouhodobější zaměstnání po dokončené atestaci.

Bylo by takto možné začít budovat nové uspořádání vztahů mezi FN HK a ZH KHK a vytvořit smlouvy o vzdělávání lékařů, které by flexibilně umožnily v kraji zaměstnávat mladé lékaře na různých místech a nejen v jedné nemocnici a absolventům dávaly záruku, že mohou celou rezidenturu v kraji dokončit i s nejvyššími stupni předepsaného vzdělání, bude-li to jejich zájem. V anglosaském světě je absolvování specializačního období postupně na více pracovištích běžné a mladý lékař tak má šanci využít jak výhody menších i větších nemocnic ve vzdělávání, poznat svůj obor z více pohledů a vybrat si v něm v budoucnosti pro sebe to nejvýhodnější místo. V uvedených zemích je efektivita vzdělávání mnohem vyšší než u nás a odborný růst lékařů je velmi strmý. Navíc šance, že by lékař zůstal i po atestaci v KHK, je vysoká, protože bude mít o celém systému široký přehled a pracoviště si bude podle svých zájmů vybrat daleko kvalifikovaněji. Navíc by systém poskytl i velkou výhodu pro kvalitu budoucí spolupráce mezi jednotlivými pracovišti, kterou je rovněž, v rámci hladkého průchodu pacienta celým systémem, potřeba posilovat.

Projekt vyžaduje splnění řady podmínek. Především spolupráci a důvěru mezi vedením ZH KHK a FN HK (tu během projednávání otázek Koncepce obě strany opakovaně deklarovaly). Druhou podmínkou je již zmíněné financování minimálně dvojnásobku vzdělávacích rezidenčních míst v akreditovaných nemocnicích v kraji a rozdělení vzdělávacího kurikula tak, aby se finance dostaly férově do všech nemocnic, které budou v kraji vzdělávání poskytovat. Umožnilo by to vzdělávat dostatek lékařů nejen pro své potřeby, větší počet lékařů pro budoucnost potřebují akreditované nemocnice. To by pomohlo malým neakreditovaným oddělením a ambulantní sféře. Dalším základní předpokladem úspěšnosti uvedeného modelu je však i ochota primářů a přednostů oddělení přijmout myšlenku, že jejich pracoviště nejen dostanou potřebné mzdové prostředky, ale za to také budou vychovávat absolventy nejen pro sebe, ale pro celý zdravotnický systém. Nemusí to být přijatelné pro všechny, ale může se znovu nastolit otázka, kdo vlastně chce být pro vzdělávání akreditován a kdo ne.

Nový systém by dále vyžadoval pracovně právní garance ze strany FN HK a ZH KHK a splnění mnoha dalších podmínek, jako

- přijetí opatření na postupný náběh systému,
- vytvoření motivačních podmínek pro absolventy i pro pracoviště, dobrovolně vstupující do systému,
- ochota jednotlivých oborů k vytvoření rozpisu plánu vzdělávání v celém kraji,
- zajištění férových podmínek života rezidentů během této profesní periody jejich života (zejména dočasné ubytování, možnost volby dvanáctihodinového pracovního režimu, podpora dopravy apod.),
- důkladné vysvětlení a propagace nového systému.

Atraktivita pro absolventy by byla samozřejmě závislá na tom, jak by se mladým lékařům všechna zainteresovaná pracoviště věnovala, protože pohoda na pracovišti i kvalita vzdělávacího procesu, je dle zkušeností pro mladou generaci lékařů minimálně stejně důležitá jako výše mzdy.

Vedení FN HK podporuje řešení palčivého problému školení lékařů a je připraveno k jednáním. Rovněž vedení ZH KHK na řadě projednávání Koncepce se specializačními obory s myšlenkou společného postupu souhlasilo. Celý projekt, který zde byl popsán, není samozřejmě jediným možným řešením tíživé personální situace mladých lékařů a je ho nutno považovat spíše jen za jeden z možných modelů řešení a postupným jednáním s obory, které projeví zájem hledat definitivní verzi, která by se ukázala jako životaschopná. Určení definitivních kvót rezidentů pro každý obor musí rovněž vycházet z konsenzu vedení ZH KHK a FN HK a zástupců/primářů dotčených oborů.

Kritický nedostatek sester je samozřejmě též vysokou prioritou, pravděpodobně ještě vyšší než u lékařů. Současnou situaci lze zlepšovat jedině řadou provázaných opatření, která by zajistila posilování atraktivity této profese, posílení školských základů pro výuku sester, snížení pracovních nároků prostřednictvím zapojení praktických sester, kde již je tento krok legislativně podpořen, posílení dalšího pomocného personálu a podstatně vyšším mzdovým zvýhodněním trojsměnného provozu. Situace je tak závažnou, že by vyžadovala založení expertní pracovní skupiny pod patronací kraje, která by v tomto směru hledala konkrétní praktické možnosti řešení.

Problematika spolupráce nemocnic a dalších zdravotnických subjektů v kraji

Spolupráce v kraji mezi FN HK a dalšími nemocnicemi v KHK je potřebná, jak v odborné oblasti péče o pacienty, tak v postgraduálním vzdělávání lékařů.

- Vytvoření celokrajského systému informování o plánovaných omezeních lůžkového fondu či ambulancí z provozních či technických důvodů pro potřebu vzájemné výpomoci. Z části funguje tento systém pro obsazenost lůžek pro Zdravotnickou záchrannou službu KHK.
- Vytvoření spolehlivě fungujícího kontaktního telefonního spojení ve všech typech nemocnic pro konzultaci ohledně přijetí nebo přeložení pacienta či provedení konkrétního výkonu. U větších nemocnic by měla být potřeba spolehlivých kontaktních telefonních čísel, včetně urgentních, fungujících v režimu 24/7, definována na základě požadavků spádového terénu.
- Lůžkové kapacity a případné investiční záměry, týkající se počtu lůžek jednotlivých nemocnic a jednotlivých oborů v kraji, je nutno koordinovat.
 - V medicínské oblasti se jedná zejména o kapacity lůžek, které jsou nedostatečné. Postupně sílí centralizace některých těžkých pacientů (např. onkologických chirurgických operací, intervenčních katetrizačních výkonů nebo narůstající resuscitační péče pro urgentní příjmy) a obecně dalších vysoce specializovaných výkonů do FN HK, musí být kompenzovány přesunem běžných pacientů, kteří nepotřebují centralizovanou léčbu, do okresních nemocnic. Mohou to být chroničtí pacienti, vyžadující občasné zásahy na akutních lůžkách nebo pacienti potřebující doléčení na následných lůžkách, popřípadě v oblasti operačních oborů i pacienti s běžnými operacemi tak, aby si tyto nemocnice byly schopné udržovat dostatečný objem péče pro parametry kvality nebo pro akreditaci pro specializační vzdělávání. Je to především otázka vnitřních dohod v rámci vztahů nemocnic a ambulancí v kraji, ale vedení kraje by mělo vztahy sledovat a intervenovat tam, kde nejsou optimální.
 - Ve většině klinických oborů převažuje názor, že mají nedostatek lůžek pro akutní pacienty (ať lůžek intenzivních nebo standardních), ale tento nedostatek je vedle zavřených oddělení z důvodů nedostatku personálu způsoben zejména nedostatečnou kapacitou následných doléčovacích lůžek, kde by příslušní pacienti v případě solidního zabezpečení rehabilitační péče, nutriční péče a ošetrovací péče mohli být zajištěni racionálněji nežli na akutních lůžkách se specializovaným personálem a technickým vybavením.
- V technické sféře je významný požadavek na posilování výkonnosti a bezpečí informačních systémů a na možnost výměny textové a obrazové dokumentace mezi ošetřujícími lékaři. Konzultace jsou dnes bez obrazové dokumentace obtížné, zdouhavé a nedostatek potřebné dokumentace vede ke zbytečně duplicitním vyšetřením.

Pokud jde o možnosti podpory kooperace mezi zdravotnickými subjekty v kraji, mohou být libovolně voleny nástroje z rozsáhlého manažerského arsenálu podle aktuální situace, míry

ochoty hlavních aktérů a reálné síly vedení kraje ovlivňovat dění ve zdravotnictví. V úvahu připadají mj. například:

- podpora celokrajských zdravotnických akcí oborového typu a dalších forem posilování osobních vazeb,
- výměnné publikování provozních zajímavostí ve firemním časopisu FN HK (společným s LF UK HK) a časopisu ZH KHK,
- oceňování spolupráce v duchu vstřícného vyhovění požadavkům ostatních ze strany silnějších aktérů v rámci posilování pověsti instituce,
- dobrovolně domluvy oborů či managementů nemocnic,
- formální smlouvy FN HK, ZH KHK a dalších nemocnic,
- prohloubení oborových, mnohde dlouho existujících krajských klinických indikačních a jiných seminářů, nebo i ve světě praktikovaných morbidity/mortality konferencí,
- zřízení příslušných operativních komisí pod hlavičkou kraje či jakéhokoli významného zdravotnického subjektu s účastí příslušných odborných expertů, praktických organizátorů a zástupců zdravotnických samospráv.

K organizátorům Koncepce došla při zahájení debat s jednotlivými obory žádost OS ČLK Hradec Králové o zvážení možnosti vytvořit v KHK pro každý obor institut Krajského odborníka v duchu, jak byl ustaven v předrevolučních dobách. Přestože nostalgici na tuto funkci vzpomínají pozitivně, prakticky na všech oborových projednáváních se ukázalo, že ani dobrovolné zřízení takovéto funkce se pro současnou dobu nejeví jako vhodné. Po vznesení otázek ze strany zástupců oborů, které obvykle zněly „Kdo ho bude platit“, „Jaké bude mít pravomoci“ nebo „Jak se budou vymáhat případná doporučení“ se naznačované pozitivní postoje vesměs obracely k postojům negativním. Legislativní podpora ze strany MZ ČR se evidentně v tomto směru nepřipravuje, a tak lze tuto věc označit za možnost, která by musela vzniknout pravděpodobně jako kolektivní orgán na bázi lékařské samosprávy a na základě souhlasu oborů, které by o ni měly zájem.

Problematika spolupráce mezi medicínskými obory a segmenty péče

Internisté, ale i další lékaři specializovaných oborů, se domnívají, že lepší spolupráce lze docílit provázáním vzdělávání, jak specializačního, tak celoživotního. Rezidenti v praktickém lékařství se mohou i nad rámec ambulantní praxe školit v regionálních nemocnicích, ale i atestovaní lékaři se mohou účastnit v nemocnicích v rámci profesního vzdělávání pravidelných seminářů, zaměřených na styčné oblasti, ale též se účastnit i na lékařských pohotovostních službách, které by mohly zdravotní pojišťovny podpořit i v rámci smluvní a úhradové politiky.

Pokud jde o nejednotná stanoviska v rolích jednotlivých oborů, mohou určitou roli sehrát i multioborové expertní komise, které může organizovat kraj ve spolupráci s okresními sdruženími ČLK, vybranými odborníky či manažery zdravotnických zařízení, které mohou nejen hledat potřebná pozitivní kompromisní řešení, ale mohou i v tomto případě podporovat mezilidskou komunikaci a lepší spolupráci napříč obory a segmenty péče.

Problematika pacientů a kvality péče

V současné době neexistuje dostatek jednoduchých nástrojů na hodnocení kvality poskytované péče. Pokud některé ZP nástroje na měření kvality a výsledků péče mají a sledují je, dělají tak výlučně pro své interní potřeby a nedávají je k dispozici veřejnosti. Kvalitu tak

systematicky zobrazují převážně jen stížnosti pacientů a ty převládají v kategorii mezilidské komunikace a nesympatie. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen v souladu s ustanovením §93, odst. 3, písm. c) zákona č. 372/2011 Sb.¹³, vést evidenci o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení, avšak nikde již není podrobněji specifikováno, jak by měla tato evidence vypadat, aby bylo objektivně možno ji dále využívat. Je nutno uznat, že názory na otevřenost jsou na úrovni celé republiky velmi kontroverzní a jakékoliv návrhy vyvolávají spory jak mezi lékaři, tak mezi zdravotnictvím a veřejností reprezentovanou především sdělovacími prostředky.

Pokud jde o dostupnost zdravotních služeb, dostává se do zájmu politiků zejména tam, kde dochází ke kolapsům péče, jako např. v případě PLDD na Náchodsku nebo v případě uzavření porodnice v nemocnici Trutnov. Občasné stížnosti na nedostatečnou dostupnost péče zdravotní pojišťovny negují s odkazem na dodržování Nařízení vlády o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb. Nesvědčí to tolik o jejich neochotě, ale spíše o faktu, že Nařízení vlády o konkrétní dostupnosti péče je dnes již zcela zastaralé a potřebuje inovovat v oblastech, kde reálné problémy jsou (např. akutní psychiatrické hospitalizace, následné hospitalizace, dlouhé čekací doby na MR vyšetření apod.). Ani Česká lékařská komora nemá dostatek nástrojů a kompetencí, aby kvalitu péče mohla objektivně posuzovat a soustředí se hlavně na nedostatek personálu, který však zatím není nikdo schopen řešit. Oproti moderním systémům zdravotní péče, kde se kvalita měří systematicky, a nejen ve špičkových oborech, jako u nás např. v kardiouchirurgii nebo onkologii, je naše zdravotnictví již pozadu. Je k úvaze, zda by kraj neměl v tomto směru zřídit informační systém, který by všechny aspekty kvality zdravotnictví v kraji hodnotil a o který by se mohl opřít při některých rozhodováních.

Bohužel při projednávání jednotlivých oborů nikdo z odborníků nezmínil situaci pacientů, kterým chybí průvodce po systému, který by pomáhal pacientům zlepšovat šanci dostat se včas na špatně dostupné vyšetření, do dlouhodobé péče nebo zavádět řád do plynulého pohybu pacienta v systému nebo referování pacientů do center. Pacientům v tomto směru běžně dostatečně nepomáhají ani praktičtí lékaři a jedinými institutem, který hraje v tomto směru pozitivní roli, jsou sociální oddělení v nemocnicích, která se snaží zajistit domácí péči nebo lůžko ve zdravotnické či sociální péči. V tomto směru mají kraje velký, nevyužitý prostor.

¹³ 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>

101 Vnitřní lékařství

Úvod a specifika oboru

Analýzu vnitřního lékařství ztěžuje problematika dílčích specializací celého oboru. I velké dílčí specializace do r. 2004 (rok vzniku nového zákona o vzdělávání lékařů) spadaly pod mateřský obor všeobecné vnitřní lékařství, který je však i dnes obvykle v menších a středně velkých nemocnicích provozován jakožto celek, zatímco ve velkých referenčních nemocnicích jsou z interny vyčleňované dílčí specializace v rámci jednotlivých podoborů a jsou povyšované na samostatné primariáty nebo kliniky. Nejčastěji to jsou největší podobory interny, tj. kardiologie a gastroenterologie, popřípadě i hematologie, pokud je provozovaná společně s onkohematologií.

Snahy specializovaných odborníků vytvářet samostatná oddělení jsou však v nemocnicích s menším spádem pacientů provozně rizikové z hlediska drobení lůžkového fondu i personální zastupitelnosti. Vyšší specializace pro ambulantní péči a konzilia v oblasti nejsilnějších podoborů interny (gastroenterologie, kardiologie, nefrologie a dialýza aj.) nebo oborů z ní historicky vyňatých (plicní lékařství, infekční lékařství) je ve větších okresních nemocnicích samozřejmě nutná, ale většina lékařů zde musí být vzdělána ve všeobecné interně, která zde bývá jako organizační celek a musí zvládat širokou paletu pacientů s běžnými diagnózami, kteří nejsou v mimořádně komplikovaném stavu nebo nepotřebují speciální vyšetření nebo léčbu. Pokud nemá nemocnice takový spád, aby mohla zřídít v některém z podoborů samostatný lůžkový primariát, který by byl ekonomicky i odborně udržitelný, musí spolupracovat s referenčním centrem, které má dostatečný spád pro složité či jinak specifické pacienty.

Je obecně známo, že lůžka pro akutní péči ve vnitřním lékařství v menších nemocnicích jsou obsazena pacienty s běžnými interními diagnózami všeho druhu, tj. i kardiologickými, metabolickými, revmatologickými apod., které však v době aktuální hospitalizace nevyžadují speciální prostředky či zkušenosti, kvůli kterým by pacient vyžadoval péči či součinnost vyššího centra (v kardiologii, např. koronarografii nebo arytmiologickou intervenci). Někdy na takovýchto internách „okresního typu“ dokonce leží i pacienti s diagnózami z jiných oborů (plicní lékařství, neurologie, infekční lékařství, onkologie apod.), pokud není specializované oddělení v nemocnici k dispozici a pacienti mohou být konzultováni s místními ambulantními specialisty a nebo specializovanými ordináři přímo v dané nebo vyšší spádové nemocnici. Zde je proto prioritní popis problémů všeobecné interny, který je však doplněn i informacemi z výše popsaných specializovaných oblastí.

Protože se v periodě cca 10 let moderní medicína obvykle výrazně proměňuje, vyžaduje provoz širokých oborů jako interna racionální úpravu kapacity a míry specializovanosti, jak na úrovni základních všeobecných pracovišť, tak na úrovni pracovišť referenčních. Tímto způsobem se např. centralizovala léčba některých typů pacientů s cévními mozkovými příhodami nebo se srdečními infarkty. Tyto trendy však musejí být doprovázeny i opačným procesem, tj. přesouváním náročnějších technologií i těžších pacientů do menších nemocnic, samozřejmě s podmínkou stejných úhrad těchto pacientů jako ve stávajících centrech a s jejich odbornou pomocí menším pracovištím.

Personální stavy

Obr. 7.1 (INT) Vnitřní lékařství (odbornost 101) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Grafy ukazují relativně nižší počet ambulantních internistů v okresech RK a TR (graf B). Vysoký podíl lékařů věku 60+ je v okresech HK a NA.

Obr. 7.2 (INT) Diabetologie (odbornost 103) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Vyšší počty ambulantních diabetologů v AZZ (zde náhodně vybraná odbornost) naopak v okresech RK a TR kompenzují počty všeobecných internistů. Počty ambulantních internistů i diabetologů jsou v KHK pod celostátním průměrem (graf C). Vysoký podíl lékařů věku 60+ je v okresech HK a TR.

Ambulantní péče

Obr. 7.3 (INT) Vnitřní lékařství a blízké obory a odbornosti. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Počet vyšetřených pacientů u praktických lékařů pro dospělé je 1 020 329/rok (viz obr. 5.44). U všeobecných internistů je to 234 411/rok a ambulantní internisté i ostatní úžeji specializované interní obory (č. odborností 102 až 881) reprezentují dalších 679 966 vyšetření/rok. Tato oblast tak zaujímá absolutně první místo v počtu kontaktů pacientů v ambulancích všech neoperačních oborů, pokud se nepočítají praktičtí lékaři.

Obr.7.4 (INT)Vnitřní lékařství (odbornost 101) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr.7.5 (INT) Odbornosti 102-109 – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr. 7.6 (INT) Revmatologie (odbornost 109) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr. 7.7 (INT) Geriatrie (odbornost 106) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

První dvě tabulky ukazují počet kontaktů pacientů v oblasti všeobecné interny a v oblasti úžeji specializovaných interních oborů. Nejnižší počet ambulancí i úvazků u všeobecné interny je v okrese RK, což je nejlépe patrné v počtech přepočtených na 100 000 obyvatel, kde nižší počet internistů není kompenzován ani příbuznými obory v druhé tabulce. Navíc v součtu obou tabulek, kde ve sledovaném období 5 let přibylo 6 ambulancí v kraji, v RK 3 ubyly. Velmi podobný stav je i v počtu ošetřených pacientů, kde relativní počet pacientů v KHK celkově stagnoval, zatímco v RK zřetelně poklesl. Uvedené deficity v okrese RK jsou o to významnější, že v RK je oproti zbytku kraje i výrazný deficit interních lůžek. Ten je způsoben uzavřením jedné lůžkové stanice z důvodu nedostatku sester, deficit ambulantně vyšetřených pacientů však ukazuje i na snižování kapacity lékařů internistů.

Z úžeji specializovaných oborů zobrazuje třetí tabulka stav v revmatologických ambulancích, na jejichž nízkou kapacitu poukazují ortopedi. Ve srovnání s údaji v ortopedické tabulce (viz **obr. 7.2 (ORT) a 7.3 (ORT)**) je patrné, že ortopedie a ortopedická protetika v KHK provedla 181 141 klinických vyšetření /rok, takže téměř 4x více nežli revmatologie (48 243/rok, viz **obr. 7.3 (INT)**) K zahlcení revmatologů může při této převaze dojít velmi snadno. Čtvrtá

tabulka ukazuje stav v geriatрии, kde existuje pouze jediná ambulance a ze strany geriatrů je velký tlak na posílení této činnosti.

Není pochyb o tom, že uvnitř jednotlivých odborností jsou velké přesahy a podobně ani hranice mezi činnostmi praktických lékařů a vnitřním lékařstvím není ostrá natolik, aby bylo možno proporce jednotlivých odborností exaktně hodnotit. Diskuze, v rámci projednávání ohledně počtu a činnosti ambulancí, kromě personálních hrozeb, neukázala výraznější problémy v této oblasti a stížnosti byly zaznamenány jen v následujících detailech:

- *Gerontologie* by si přála, aby bylo ambulancí více. Z tabulky je patrný minimální rozsah činnosti a kromě ambulance ve FN HK se tato specializace v KHK nevyskytuje. Specializovaní lékaři jsou mimo FN HK soustředěni do lůžkových zařízení následné a dlouhodobé péče a pro ambulantní činnost nemají prostory, ani čas. Navíc mezi gerontology a internisty nepanuje ani shoda na tom, nakolik by se měl při množství seniorů obor gerontologie jako specializace vyčleňovat a nakolik zůstat součástí hlubšího vzdělávání nejen v interně, ale i v praktickém lékařství. Pacienti gerontologii velmi potřebují a způsob, jak by měla být posílena, musí vyjít z konsenzu odborných společností.
- Minimální počty pacientů jsou v oblasti *klinické osteologie* (č. odb. 110), která je ve FN HK spojena s ambulancí klinické biochemie (č. odb. 881). Celkem v těchto dvou odbornostech je v KHK vyšetřeno 2249 pac. /rok, viz obr. 7.1 (úvod). Faktem je, že osteoporóza může masivně invalidizovat starší pacienty, protože riziko fraktur krčku stehenní kosti je u nich vysoké. Časná diagnostika osteoporózy byla dlouho odsouvána kvůli vysokým nákladům na její léčbu. Dnes se situace změnila a odborníci formou pilotních programů se snaží situaci změnit.
- Od ortopedů zazněla stížnost na velké množství pacientů v ambulancích, kteří potřebují spíše *revmatologické posouzení*, které není plně dostupné, viz obr.7.6 (INT). Protože i u této výtky se podobně jako obou předchozích jedná o problematiku, která se týká velkého počtu pacientů, trpících postižením pohybového aparátu a bolestmi, musí jejímu řešení předcházet posouzení skupinou odborníků nejen z oblasti ortopedie a revmatologie, ale musí se zapojit i praktičtí lékaři, odborníci v rehabilitaci, gerontologové a popřípadě i tělovýchovní lékaři.

V debatách zazněla i potřeba posílit ambulantní péči jako nástroj, jak omezit počty hospitalizací. Zmiňovaný model je tč. pro extrémní nedostatek lůžek využíván v nemocnici Rychnov n. K. a spočívá v tom, že část akutních pacientů s nízkým rizikem je ošetřována formou častých ambulantních kontrol (v případě potřeby i každý den), ideálně v součinnosti se stacionářem. Toto uspořádání může výrazně ušetřit nároky na provoz lůžek a zejména střední zdravotnický personál.

Význam ambulantní činnosti v oblasti interních chorob je zde zmiňován nejen v souvislosti s ohrožením interní péče v RK. Je nutno opakovat, že potřeba lůžek je sice v řadě případů nezpochybnitelná, ale způsob využívání akutní lůžkové péče jako celku není v ČR úplně efektivní a vede v mezinárodním srovnání, k dnes již neobvykle vysoké potřebě lůžek a hospitalizací. Tato problematika, týkající se všech lůžkových oborů, je v této analýze zpracována v kapitole VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatрии v KHK.

Stacionáře

Stacionáře jsou využívány pro pacienty s onkologickým postižením, ale při interních primáriátech jen tam, kde nejsou onkologická lůžka. V Náchodě je pro internu stacionář se 3 lůžky. V Jičíně probíhá postupná transformace příjmové ambulance na segment urgentního příjmu celé nemocnice. Aktuálně disponuje stacionář 4 monitorovanými observačními lůžky s možností oxygenoterapie a s 24 hodinovým sesterským servisem, takže lůžka umožňují prodlouženou observaci pacientů.

Stacionáře se obecně pokládají spíše za nástroj pro řešení napětí v případě nedostatku volných lůžek na interně a mají spíše charakter observačních lůžek, ať v rámci emergency, popřípadě jako speciální stacionář v rámci příjmové ambulance. Po podobném režimu volají i chirurgové a všude, kde byla observační lůžka zřízena, se pokládají za přínos. Dle vyjádření ZH KHK se další stacionáře na interních odděleních neplánují. V této oblasti je však v plánu vybudovat v nemocnicích kraje ucelený systém urgentních příjmů, kde budou kromě komplementárního zázemí také expektační lůžka, která zajistí možnost observace, došetření a léčby pacientů také pro potřeby vnitřního lékařství.¹⁴

Akutní lůžková péče v KHK

Základní hospitalizační statistiky

Obr. 7.8 (INT) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách vnitřního lékařství a jeho širších podoborů v KHK r. 2018 (Základní hospitalizační statistika)

Obr. 7.9 (INT) Vývoj počtu a délky hospitalizací v KHK v rámci odbornosti Vnitřní lékařství

Obr. 7.10 (INT) Vývoj počtu a délky hospitalizací v rámci příslušných odborností ve FN HK

V tabulce jsou přehledněji zobrazeny údaje i za všechna interní oddělení v kraji, vedle FN HK, tj. v nemocnici v nemocnicích Jičín, Nový Bydžov, Náchod, Broumov, Rychnov n. Kn., Trutnov, Dvůr Králové n. L. a Vrchlabí. V tabulce jsou i počty lůžek JIP, která mají jednotlivá oddělení / kliniky k dispozici. Hospitalizační případy a jejich přiřazení k jednotlivým oborům jsou určeny podle DRG klasifikace. Ošetrovací doby (průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu) jsou různé a podobně hodnoty CMI, které přibližně určují náročnost pacientů.

Statistiky dle charakteru hospitalizace podle DRG¹⁴

Obr. 7.11 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.12 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí bez chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.13 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí s chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Všechny tři tabulky ukazují hospitalizační případy, klasifikované podle DRG, ukončené na jedné ze jmenovaných odborností. Jedná se o tabulky, které se v hospitalizačních statistikách zatím obecně nepublikují a spíše se hledá jejich výpovědní hodnota. U první tabulky je

¹⁴ 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/>

klasifikace podle hlavního diagnostického zařazení (MDC – hlavní diagnostická kategorie), u druhé tabulky podle přesnější diagnostické skupiny (DRG base). V tomto případě oba pohledy ukazují, že v menších i větších nemocnicích leží přibližně stejné diagnostické spektrum pacientů a rozdíly mezi jejich obtížností jsou vyjádřeny spíše indexem CMI (viz předchozí klasické hospitalizační statistiky).

V obou tabulkách na **obr. 7.11 (INT)** a **7.12 (INT)** je velmi markantně, ve skupinách diagnóz pro infekční a plicní choroby, patrné, že pacienti s těmito diagnózami (např. MDC 18-Infekční a parazitická onemocnění, MDC 04-Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí, DRG 1834-Jiné infekční a parazitární nemoci, DRG 0437-Chronická obstruktivní nemoc, ...) jsou na interních odděleních hospitalizováni bez ohledu na fakt, že kromě FN HK specializovaná infekční ani plicní lůžka jinde nejsou a interní primariáty de facto fungují jako virtuální společný lůžkový fond pro pacienty interního charakteru. DRG klasifikace v tomto směru přináší jiný klasifikační pohled na typy onemocnění, které se liší od tradiční klasifikace lůžek, což statistiky pacientů jednotlivých oborů poněkud komplikuje a nejsou tč. jednotně ustálené. Zde prezentované tabulky jsou trochu experimentální, aby se uvedený pohled ujasnil a u dalších specializovaných oborů bude používán jen v případě, že nese nějakou významnější popisnou hodnotu.

Třetí tabulka přináší přes DRG báze s významnými výkony výraznější pohled na rozdílné spektrum pacientů na interních odděleních kraje v okresech mimo HK, a na okres HK, který je zde reprezentován výlučně FN HK. Na prvních pěti pozicích nejčastěji prováděných výkonů v kraji a i na řadě dalších jsou výkony, prováděné výlučně ve FN HK. (pozn.: interní lůžka v Novém Bydžově jsou započtena do okresu Jičín, kam organizačně spadají pod ON Jičín, a.s.). Určité rozdíly mezi počtem těžších výkonů jsou patrné i mezi nemocnicemi v centrech okresů, které korelují i s indexem CMI (viz standardní hospitalizační tabulky výše.)

Obr. 7.14 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je na začátku této kapitoly VII., viz **obr. 7.1 (úvod) - 7.3 (úvod)**. Potřeba lůžek interního charakteru z demografických důvodů v tomto případě poroste, oproti jiným oborům výrazně, lze však předpokládat, že by ji bylo možno kompenzovat růstem počtu lůžek následné péče, která jsou v KHK velmi nedostatková.

Lůžka a výkony akutní interní péče – další poznatky

Všechny akutní nemocnice v KHK mají interní oddělení. Interna patří k základním oborům a až na určité formální nesrovnalosti v počtu lůžek a v lokálních případech se zdá, že počet interních lůžek kraje jako celku je přiměřený. V nemocnicích KHK převládá názor primářů, že by se žádné z existujících oddělení nemělo uzavírat.

ZH KHK očekává v období do roku 2025 u požadavků na akutní lůžkovou interní péči nárůst, ale v současnosti je situace velmi ovlivněná nedostatkem lékařů a nelékařského zdravotnického personálu, který plné využití současné lůžkové kapacity na interních odděleních limituje. Vzhledem k tomu, že problém personálu zatím spíše poroste, neplánuje ZH KHK navýšení počtu interních lůžek. Požadavky a výkyvy v potřebě interních lůžek se bude snažit řešit sdíleným lůžkovým fondem v nemocnicích. Zlepšení kapacity lůžek pro

interny vidí i v posilování kapacity lůžek následné péče a zajištění lepší rehabilitace, jak v zařízeních typu LDN, tak ve větší kapacitě lůžek pro následnou rehabilitaci a v rozvoji hospicových a sociálních lůžek, včetně lepšího využití domácí péče v této oblasti.

FN HK si stěžuje spíše na omezenost svého lůžkového fondu intenzivní péče pro interní pacienty, kde spolupracuje se všemi okresy v KHK (rozsah intenzivní péče je probírán i v analýze oboru Anestezie, resuscitace a intenzivní medicína). Přesné potřeby interních lůžek nejsou v jednotlivých okresech jednoduše určitelné, protože členění okresů ne vždy odpovídá zvykovým spádům nemocnic. Ze všech oborů, které si stěžují na absenci následných lůžek, má široké interní vzdělání také nejvyšší šanci zajišťovat doléčovací, dlouhodobou, gerontologickou a paliativní péči, a podílet se tak na optimalizaci akutního lůžkového fondu. Z těchto všech důvodů interna patří mezi obory s vysokými požadavky na personální nárůst lékařů i zdravotních sester.

Konkrétní interní oddělení v nemocnicích ZH KHK a Nemocnice Vrchlabí

Oblastní nemocnice Jičín, a.s. (dále jen „ON Jičín“) má v kraji pověst nemocnice, která má dobře vybalancovanou kapacitu a podle které by mohlo být možné ustavit určité referenční hranice. Kromě vlastního primariátu v areálu nemocnice v Jičíně, s vlastními 12 lůžky JIP nižšího typu, má k dispozici i interní oddělení v areálu bývalé samostatné nemocnice v Novém Bydžově, která byla k nemocnici Jičín připojena po vzniku krajů v r. 2002, přestože územně patřila do okresu Hradec Králové. Až na oblast Chlumce n. Cidlinou, který má přirozený dopravní spád spíše do Hradce Králové než do Jičína, funguje komplex ON Jičín a areál bývalé nemocnice v Novém Bydžově dobře.

Jičínská nemocnice je jednou z mála v kraji, která právě díky Novobydžovskému areálu nemá problémy s nedostatkem akutních, následných a rehabilitačních lůžek pro své pacienty. Historicky se vyřešilo i zrušení interních oddělení v Nové Pace a v Hořicích. V areálu nemocnice Jičín je připravena přestavba pavilonu, kde bude vyřešena problematika dialýzy a onkologického oddělení a nového stacionáře, které jsou v kritickém stavu. Současný interní primariát Jičín však nemá prakticky žádné rezervy, nemůže pracovat s plánovanými příjmy a na 80 lůžkách vykazuje 3500 příjmů ročně (tj. v průměru denně cca 10 příjmů). Pro víkend si musí držet až 25 uvolnitelných lůžek pro urgentní pacienty.

Oblastní nemocnice Náchod, a.s. (dále jen „ON Náchod“). V Náchodském areálu je již zprovožňována dostavba nemocnice za cca 1,5 mld. Kč, která přes svůj rozsah bohužel zatím nenaplnila očekávané řešení významného problému oddělení interny v detašovaném areálu, který se bude řešit v rámci rozbíhající se navazující 2. etapy modernizace náchodské nemocnice. V rámci 1. etapy se podařilo do hlavního areálu přesunout pouze provoz dialýzy a zbytek interního oddělení zůstává v krajně nevyhovujícím stavu mimo hlavní areál a bez operativní (pěší) dostupnosti obou areálů. Samostatně (organizačně mimo interní primariát) je ambulantní Gastroenterologické centrum, které se není ochotno účastnit na ústavních pohotovostních službách interního oddělení. Ty pak musejí být substituovány výpomocí náchodských praktických lékařů. Umístění interního oddělení mimo hlavní areál vytváří problémy i pro další obory (zejména chirurgii). Tento nedostatek bude řešen v rámci 2. etapy modernizace ON Náchod a.s.

Interní primariát v Náchodě má k dispozici 6 lůžek JIP vyššího typu pro ventilované pacienty. JIP je zahrnuta v systému neodkladné resuscitační péče a 2x denně hlásí, zda mají volná lůžka (ZZS KHK vozí pacienty z Rychnovska, Náchodska, Trutnovska). 10 lůžek má charakter

intermediární péče (pro pojišťovny vykazováno jako standardní lůžko). Tato část je sestersky lépe vybavená než standardní oddělení, ale jako IP není hrazena. K interním lůžkům v ON Náchod / pracoviště Broumov je k dispozici 5 lůžek JIP nižšího typu.

ON Náchod má jako svoji součást kromě nemocnice v Náchodě i areál bývalé městské nemocnice Jaroměř, kde jsou dnes již jen následná lůžka, nemocnici Broumov, kde je část interních lůžek a část dlouhodobých lůžek včetně NIP a DIOP. Kromě toho spadá pod ON Náchod i celý areál nemocnice Rychnov n. Kněžnou, který kromě kdysi zprivatizovaného rentgenového oddělení a zdravotní dopravní služby obsahuje všechny potřebné součásti okresní nemocnice. Napjaté vztahy s nemocnicí Náchod vyvolávají občasně debaty o tom, zda by se neměla rychnovská nemocnice osamostatnit jako plně samostatná součást ZH KHK.

V nemocnici Rychnov nad Kněžnou je již několik let je provozováno pouze 33 interních lůžek z nasmlouvaných 65 lůžek, a to z důvodu nedostatku středního zdravotnického personálu. Rovněž počet lékařů je hraniční. Od ledna 2019 jsou vyčleněné 2 pokoje (6 lůžek) na gynekologickém oddělení, kam se dávají jednodušší chodící interní pacienti k monitoringu. Celkem chybí minimálně 20 lůžek a interna by potřebovala zázemí v rozsáhlejší následné péči či přímo v areálu. Aktuálně se nemocnice snaží domluvit s klinikami FN HK na výpomoci a na snížení příjmových kritérií na specializovaná lůžka ve FN HK. I když výhledově by se měla uzavřená lůžka znovu otevřít, není zcela jisté, zda i využití celkové kapacity bude postačovat. Oddělení supluje péči i u onkologických a neurologických pacientů, jejichž stav vyžaduje hospitalizaci. JIP interního oddělení má 6 lůžek JIP nižšího typu, kde nelze provádět plicní ventilaci, ale nemocnice má 5 lůžkové ARO a 6 lůžek nižší chirurgické JIP, ale chybí cca 6 lůžek vyšší intenzivní péče, protože někdy, zejména v období chřipek, není dostatečná ventilační kapacita.

V RK se plánuje výstavba multioborového pavilonu, jehož součástí bude oddělení urgentního příjmu (emergency), s cca 8 observačními lůžky. Realizace této komplexní stavební studie je závislá na tom, zda bude Rychnov n. Kn. jako jiná okresní města zařazen do vládní představy, že ve všech okresech bude svébytná všeobecná akutní nemocnice se všemi základními odděleními (interna, chirurgie, porodnictví a gynekologie, ARO a centrum urgentní medicíny (emergency)¹⁴ a zda bude podle původního vládního slibu dodržena dotace na rozvoj zdravotnictví v souvislosti s rozšiřováním průmyslového automobilového komplexu Kvasiny. Druhou možností je, že do technické revitalizace nemocnice bude muset KHK investovat sám, což byla představa bývalého ministra Vojtěcha, avšak plány MZ ČR vybudovat ve všech okresech jednu funkční akutní nemocnici zatím zrušené nebyly. Vzhledem k tomu, že kraj již zadal pro revitalizaci nemocnice projekt, který s jinými variantami nepočítá, měl by ZH KHK celou situaci ještě vyhodnotit v době, kdy se plně rozběhne velká novostavba v Náchodě a stoupne její produkce zdravotních služeb.

V každém případě je současný nechtěný experiment s vynuceným uzavřením poloviny interny v RK velkým varováním před dalšími restrikcemi jejího provozu, protože problémy s tím spojené, kdy zredukovaná interna, která musí navíc zajistit alespoň část neurologických a onkologických pacientů, komplikují běžný provoz. Mj. stav ohrožuje i udržení akreditace pro specializační vzdělávání. Interní oddělení v RK musí cca 1x týdně odmítnout nebo aspoň odsunout překlada pacienta z vyššího pracoviště nebo z jiné nemocnice pro úplné obsazení lůžkové kapacity. Prakticky denně jsou ambulantně léčeni pacienti, kteří by jinak byli

¹⁴ 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/>

indikování ke krátké hospitalizaci. Zároveň na lůžkách čekají pacienti 2-3 pracovní dny na překlad do LDN (obvykle do Opočna nebo Jaroměře) a průměrně cca týden na překlad na následnou rehabilitační péči. Pokud jde o přístrojové vybavení, má nemocnice šanci dostat kompletní nové vybavení gastroenterologie-endoskopie (endoskopy, pračky, sušičky, argon) a UZ přístroj společně využívaný s kardiologií z programu IROP (v roce 2019 přesunuto).

Oblastní nemocnice Trutnov, a.s. (dále jen „ON Trutnov“). V debatách o interních odděleních nezazněla žádná výrazná kladná ani záporná fakta ohledně interních oddělení v ON Trutnov (připravuje se plán na rekonstrukci celého oddělení a ZH KHK s rekonstrukcí počítá). V ON Trutnov je 6 lůžek JIP vyššího typu a 6 lůžek ARO a 2x4 lůžka JIP nižšího typu pro neurologii a chirurgii.

Městská nemocnice Dvůr Králové n. L., a.s. má oddělení interny v dobrém technickém stavu a úzce spolupracuje s LDN v areálu. V nedávné době zde bylo vystavěno kompletní laboratorní zázemí. JIP má 4 lůžka pro internu a 3 pro chirurgii nižšího typu. Většinou jejich kapacita postačuje, ale vznikají situace, kdy je kapacita nedostatečná. Do MN DK přicházejí pacienti z Vrchlabska, kde JIP často nefunguje, přestože má smlouvu se ZP. Při potřebě ventilace spolupracuje interní oddělení s ARO Trutnov nebo FN HK.

Privátní Nemocnice Vrchlabí má k dispozici od r. 2020 5 lůžek JIP nižšího typu, o jejichž využití nejsou bližší údaje.

Interní lůžková péče ve FN HK

Pracoviště vnitřního lékařství (obor č. 101 podle číselníku lůžkové péče VZP) má ve FN HK (viz obr. 6.1b) smluvních 187 standardních lůžek, což přibližně odpovídá 190 standardním interním lůžkům v základní hospitalizační tabulce, viz obr. 7.8 (INT). Tato lůžka jsou součástí virtuálního společného lůžkového fondu 236 lůžek, do kterého je započteno i 46 lůžek JIP včetně nejvyšších resuscitačních lůžek pro I. kardioangiologickou interní kliniku, II. interní gastroenterologickou kliniku a III. gerontometabolickou kliniku, kde jsou i specializovaná lůžka pro interní podobory jako kardiologie, gastroenterologie, revmatologie a geriatricie aj. Další interní lůžka jsou na IV. interní hematologické klinice, 65 lůžek (obor hematologie č. 2_2), včetně 13 lůžek JIP (z části sdílení s Klinikou onkologie a radioterapie). Na Klinice plicního lékařství je 31 lůžek (obor TRN a pneumologie, č. 2_5), včetně 6 lůžek JIP a na Klinice infekčních nemocí 47 lůžek (obor infekce č. 2_3), včetně 5 lůžek JIP. Zmiňovaná lůžka JIP jsou na příslušných klinikách a jsou různé obtížnosti a různého zaměření, pod shrnujícím názvem oborové JIP. Podrobnější debata o struktuře lůžek oborových JIP a ARO je v části Anesteziologie a intenzivní medicína, viz obr. 7.10 (ARIM) až 7.12 (ARIM).

Z pohledu FN HK je na lůžka interního typu významný tlak, který se týká zejména lůžek JIP, a naprosto vyhrocená je situace na plicním oddělení, jehož kapacita nestačí. Do budoucna se jako optimální jeví navýšení kapacity stávajících interních klinik, spíše než výstavba paralelní městské nemocnice. V rámci všech interních klinik je však potřeba řešit možnosti izolace infekcí vč. nozokomiálních. Všem těmto prioritám akutní lůžkové péče by pomohlo zvýšení dostupnosti i péče následné, která je speciálně ve městě Hradec Králové dle mezinárodních i mezikrajských srovnání nedostatečná, a to na rozdíl od statistického nadbytku akutních lůžek v ČR i v KHK (též dle mezinárodního srovnání) (více viz kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatricie v KHK).

FN HK současně plní roli městské (regionální) nemocnice a univerzitní nemocnice s povinností poskytovat výše specializovanou a náročnou péči, včetně péče v centrech pro potřeby Královéhradeckého, ale v mnoha případech i pro potřeby dalších sousedních krajů. Nemocnice tak musí mít zachovanou dostatečnou kapacitu, jak pro pacienty tohoto vyššího typu, tak pro péči o "rutinní" pacienty ze svého městského / okresního spádu. Při projednávání jednotlivých oborů přislíbila FN HK snahu vytvořit statistickou metodiku, jak uvedené dvě skupiny od sebe oddělit. Pokud by se to podařilo, dokladovalo by se tak, že její vyšší vybavení technologiemi i finančními prostředky pro potřeby složitějších a náročnějších pacientů z jiných okresů bez nemocnice vyššího typu je férově a ekválně dostupné alespoň ze všech mimohradeckých okresů KHK. Tato problematika není obecně v ČR vyřešena, a tak stesky některých krajů, kde fakultní nemocnice není (např. Kraj Vysočina, sdělení hejtmána J. Běhounka, 2016), se poměrně těžko exaktně dokladují. Jediný nástroj, který je v tomto směru pro analýzu k dispozici, je výroční zpráva FN HK (viz kapitola VI. Lůžková péče, modifikovaný obr. 6.27).

Obr. 7.15 (INT) Spektrum pacientů na klinikách FN HK (bez pacientů z jiných krajů) s internisticky orientovanými pacienty, r. 2018

Tabulka zobrazuje vytiženost nechirurgicky orientovaných pracovišť pacienty z okresů KHK s bydlištěm mimo okres HK. Je obdobou pohledu z oblasti operačních oborů (viz obr. 7.1 (chir) a pokusem mapovat dostupnost referenčních pracovišť ve FN HK, férově pro všechny pacienty z celého kraje, kteří potřebují náročnější neoperační léčbu. Nejedná se o ideální statistický nástroj pro rozlišení těžkých pacientů, kteří patří na referenční pracoviště vyššího řádu, od pacientů, pro které je adekvátní léčba v městských/okresních nemocnicích adekvátní, ale zatím nebyl pro hodnocení referenčních nemocnic nalezen jednoznačný parametr, který by popsal, jak se chovají ke svým spádovým nemocničním partnerům. U specializovaných pracovišť, která jsou v kraji pouze ve FN HK (např. IV. interní hematologická klinika má 61,7 % pacientů mimo okres HK), je všeobecných interních pacientů z HK a okolí poměrně málo, takže pacienti z kraje jsou sem *de facto* centralizováni. S ohledem na skutečnost, že ostatní obory většinou musí vyhovět i potřebě místních pacientů, je % pacientů z mimohradeckého spádu nad 40 % dobrým indikátorem, že servis pro kraj je na dobré úrovni. O náročnosti pacientů na klinikách může informovat i CMI index, viz obr. 7.8 (INT), který se zvyšuje u nákladných pacientů. Mimořádně vysoký je např. u I. interní kardiologické kliniky, která poskytuje léčbu velkému množství pacientů, kteří jsou indikováni k intervenční léčbě infarktů myokardu. Další význam pro posouzení široké spádovosti klinik má i procento pacientů, kteří přicházejí z jiných krajů (viz obr.6.27), (např. Dětská klinika 28 % nebo II. interní gastroenterologická klinika 25 %, které též svědčí o tom, že má příslušné pracoviště dostatečný spád potřebných pacientů, kteří potřebují náročnější péči).

Klinika infekčních nemocí je přes svoji jedinečnost v kraji klinikou bez velkého počtu pacientů z jiných okresů než HK. U infekční problematiky je to dáno faktem, že klinika má vyšší rezervu lůžek a nízkou obloženost, což je u všech oddělení infekčních chorob nezbytné jako lůžková rezerva pro případné epidemie. Infekční oddělení tak může v klidové době přijímat méně rizikové pacienty, kteří v okresních nemocnicích bez specializovaného oddělení musejí být na interních či dětských odděleních a vytváří tak určitou rezervu pro lůžkový fond FN HK. S hospitalizací vážnějších pacientů z celého kraje zde však problémem není. U Plicní kliniky je spádovost téměř 40 % pro krajské pacienty významným číslem z toho důvodu, že klinika trpí výrazným nedostatkem lůžek a řešení tohoto deficitu, které FN HK připravuje, bude mít pro KHK a interní obory v kraji velký význam.

Problematika dalších specializací blízkých vnitřnímu lékařství ve FN HK i v KHK

Pneumologie

Pneumologie je v kraji reprezentována Plicní klinikou FN HK. Práh přijetí k hospitalizaci je výrazně vyšší než na plicních klinikách v jiných fakultních nemocnicích. FN HK prozatím neměla možnost počet pneumologických lůžek navýšit a stav bude řešit až po otevření 3 x 20 následných lůžek ve Staré nemocnici, z nichž 20 bude charakteru LDN. Potřeby plicních pacientů, kterým není plně dostupný standard specializované péče na úrovni ČR, bude nutno řešit prioritně. Jednou z možností je, že stávající stanice doléčovací péče v hlavním areálu by mohla být transformována na plicní lůžka, ale bylo by to řešení, které půjde proti trendu posilovat následnou péči v městě i okrese Hradec Králové. Aktuální varianta (březen 2021) rozšíření lůžek Plicní kliniky je (dle vedení FN HK) nástavba na budově Hemodialyzačního střediska.

Geriatric a související následná péče

Obory gerontologie a geriatric jsou ve FN HK reprezentovány III. interní gerontometabolickou klinikou, která však nemá kapacitu na pokrytí veškeré geriatrické problematiky v kraji. Důležitost neakutní zdravotní (následné a dlouhodobé) i sociální péče pro uvolnění akutní lůžkové péče v oblasti vnitřního lékařství i v dalších oborech byly již několikrát zdůrazněny (zejména viz kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK). Obor postupně získal statut zvláštní specializace, ale není pravděpodobně dostatečně doceněn jako obor, který zasahuje do všech medicínských oborů, které se zabývají celým věkovým spektrem dospělého obyvatelstva. Samotná geriatric si však těžko vybuduje takové specializované kapacity, aby byla sama schopná se o veškeré potřebné pacienty postarat. Model, který preferuje, spočívá v dostatečných lůžkových kapacitách pro akutní péči v podobě krátkých hospitalizací, které dovolují rychle a intenzivně pacienta stabilizovat a vrátit ho do domácí nebo dlouhodobé lůžkové péče a v mezidobí ho sledovat ambulantně a preventivně upravovat pacientův režim. Zvláštní pozornost v péči o pacienty vyššího věku by proto měla být věnována nejen specializaci v geriatrici, ale též úpravě specializační výuky ve všech dalších oborech, které se ve svém oboru se starší populací běžně setkávají.

Týká se to mj. i praktického lékařství pro dospělé, kde si geriatrická společnost stěžuje, že péče o staré lidi není u některých PLD optimální, co do frekvence návštěvní služby, zajištění domácí zdravotní péče, rehabilitace a prevence nejčastějších komplikací. Rovněž dohled nad pacienty v dlouhodobé sociální péči není ze strany PL adekvátně zajištěn. Gerontologové proto propagují vznik samostatných ambulancí, které by sledovaly pacienty, vytvářely komplexní dlouhodobé plány zdravotní péče a brzdily nutnost časných hospitalizací. Jediná takováto ambulance v kraji funguje ve FN HK. Souhlas se vznikem těchto ambulancí ze strany ZH KHK, ani pracovníků v LDN, však není jednoznačný, což souvisí s nedostatkem lékařů a zdravotnického personálu, který nedokáže ústavní péči v neakutní oblasti optimalizovat tak, jak by to obor potřeboval.

Výsledky této Analýzy jednoznačně směřují též k prioritní podpoře celého segmentu následné, dlouhodobé, paliativní a sociální péče. Postavení geriatric a její vztahy k dalším oborům jako PLD, domácí péče a vnitřní lékařství však musí být dále diskutováno a konsenzuálně nastaveno v rámci odborníků všech jmenovaných sfér, včetně účasti ČLK na těchto diskuzích.

Klinika infekčních nemocí FN HK (dále jen „KIN“) je jediným lůžkovým zařízením v KHK a její kapacita, počty hospitalizací a obložnost lůžek je v tabulce na **obr. 7.8. (INT)**. Infekční oddělení nemocnice Náchod bylo zrušeno před deseti lety a v současnosti zde funguje infekční ordinariát s jednou ambulancí, lékařkou a sestrou.

Komentáře z Jičína, Náchoda, Trutnova a Dvora Králové n. L. shodně konstatují, že interní oddělení se standardně starají o erysipel, spondylodiscitidy, infekční myokarditidy a event. i salmonelózy. Infekce, které jsou odkazované na referenční pracoviště ve FN HK jsou především TBC a neuroinfekce. V případě neuroinfekcí vyžaduje KIN vstupní diagnostiku, tj. CT a lumbální punkci, a v případě pozitivitu pacienta převezme. Všechny zmíněná interní oddělení rovněž konstatují, že infekční pacienti, kteří zůstávají u nich na oddělení, vyžadují izolaci, což komplikuje ošetrovatelskou péči a pro standardně koncipované oddělení s vícelůžkovými pokoji podstatně snižuje využitelnost lůžek (obložnost). Obtížnější postižení pacientů a případné epidemie (salmonelóza, chřipka) též lůžka interen výrazně blokují. Rozproštění spektra infekčních pacientů v kraji bylo již demonstrováno v rámci **obr. 7.11 (INT) a 7.12 (INT)**.

Klinika infekčních nemocí FN HK (KIN) zajišťuje komplexní nepřetržitou nemocniční i ambulantní péči o nemocné s infekčními chorobami včetně intenzivní péče. Vzhledem k redukci infekčních oddělení v ČR i v KHK, je KIN v současnosti jediné lůžkové infekční pracoviště v regionu Královéhradeckého kraje a v případě potřeby pracoviště poskytuje péči na JIP navíc i pro pacienty z Pardubického kraje. Klinika v současnosti disponuje 47 lůžky, z nichž 5 je vyčleněno pro intenzivní péči nižšího stupně.

KIN je v rámci celého regionu KHK povinna zajistit hospitalizaci nemocných s přenosnými chorobami, u kterých je izolace na tomto oddělení nařízena zákonem. Klinika dále zajišťuje dle svých kapacitních možností hospitalizaci pacientů daného regionu i s ostatními infekčními nemocemi, s výjimkou vysoce nebezpečných nákaz (např. Ebola...), které jsou centralizovány v Praze v Nemocnici Na Bulovce.

Na jednotce intenzivní péče KIN jsou hospitalizované děti a dospělí, jejichž zdravotní stav tento typ péče vyžaduje. Nemocné s přenosnými nákazami, které vyžadují speciální režim (např. TBC, chřipka, COVID-19), je možné umístit ve dvou pokojích s filtroventilačním zařízením. Péče je poskytována jedincům ve všech věkových kategoriích od kojenců po geriatrické pacienty. Novorozenci jsou hospitalizováni jen výjimečně (např. s planými neštovicemi). Nejčastější hospitalizace pacientů se týkají následujících diagnóz: průjmová onemocnění, neuroinfekce, virové záněty jater, respirační infekty, streptokoková onemocnění, lymeská borrelióza, infekce HIV, ale také tropické nemoci jako malárie. Dále je poskytována diagnostická a léčebná péče nemocným s mykobakteriálními nákazami, a to ve spolupráci s Plicní klinikou FN HK v případech, kdy nemocní vyžadují intenzivní péči a není možný překlad na specializované oddělení nebo v případech, kdy ze závažných důvodů není možný překlad do plicní léčebny.

Akutní ambulantní péče je zajišťována formou nepřetržitého ambulantního provozu. Ve specializovaných poradnách pro neuroinfekce, zoonózy, tropické a parazitární choroby a poradně hepatální jsou sledováni pacienti příslušnými odbornými lékaři. V rámci kliniky jsou dvě specializovaná centra. V HIV centru je poskytována péče osobám s infekcí HIV, a to jak z kraje Královéhradeckého, tak i Pardubického. Centrum očkování a cestovní medicíny

provádí vakcinaci a poradenskou činnost před cestami do zahraničí a očkování rizikových jedinců.

FN HK připravuje pro kliniku infekčních nemocí, pro kožní a pro praktické lékařství výstavbu nového objektu. Její kapacita byla navržena na aktuální (tj. předcovidový) objem a dělbu péče v kraji a nepočítá s navýšením kapacity, což vychází ze zkušenosti FN HK, že současná kapacita KIN je dostatečná.

Komentář prim MUDr. Hankové z Náchoda, kde bylo lůžkové oddělení zrušeno, přináší další pohled, který lze tlumočit následovně. Spolupráce Kliniky infekčních nemocí s krajem je považována za dobrou, pro další rozvoj infekčního lékařství je však potřeba vzít v úvahu i funkci izolace nemocných, a to podle kategorií BSL 1-4. Léta je diskutovaná otázka kapacity lůžkových zařízení pro jednotlivé kategorie. V současnosti je lůžková kapacita jediného zařízení v kraji KIN FN HK nedostatečná, pacienti jsou hospitalizováni opakovaně na lůžkách jiných oddělení nebo v jiných krajích (Pardubice, Liberec). Řešení lze vidět jednak v navýšení lůžkové kapacity v kraji (vedení KIN FN HK by mělo ze svého pohledu říci, zda je výhodnější jedno velké zařízení, tj. klinika) nebo zda by bylo lepší mít oddělené další zařízení mimo FN HK (více než jedno další lůžkové zařízení nemá opodstatnění, taková potřeba běžně není). Pro potřeby ostatních nemocnic v kraji by byla výhodná existence konziliáře, který by dojížděl na různá pracoviště podle potřeby (podle vzoru Velké Británie) - (zatím nebylo s FN HK projednáno). Ani s nedostatkem infekčních lůžek FN HK nesouhlasí, ale pro případy epidemií považuje za rozumné zřizovat v nemocnicích lůžka s možností přeměny na izolační a s možností oddělení „čisté a špinavé“ části pro personál včetně šaten s filtrem (tak jako nyní v ON Náchod a.s., kde mohl být velmi rychle zřízen COVID stacionář na bývalém infekčním odd.).

Angiologie

Rostou potřeby endovaskulárních intervencí (cévní mozkové příhody i endovaskulární intervence v dalších lokalitách). Problém, který byl dobře vyřešen v kardiologii a kardiochirurgii, se léta nedaří ve FN HK uspokojivě řešit pro angiologii a angiochirurgii. FN HK hledá dlouho diskutovaný model spolupráce cévní chirurgie, angiologie a rentgenologických neinvazivních výkonů v souvislosti s plánovaným rozšířením chirurgických kapacit. Řadu endovaskulárních intervencí lze provést u pacientů, dovezených z externího oddělení, kde je pacient hospitalizován, ale komplikují to problémy úhrad, personální náročnost dohledu na pacienta během transportu i určitá postintervenční rizika při převozu. Očekává se, že po rozšíření a centralizaci lůžkového fondu chirurgických oborů ve FN HK vznikne pro dotčené pacienty několik lůžek tak, aby výkony mohly proběhnout jako součást krátké hospitalizace na místě. Výhled na výstavbu nového pavilonu však zatím nemá stanovený pevný termín. (Viz též *Cévní chirurgie* v části Chirurgické obory této kapitoly).

Další dílčí problémy vnitřního lékařství a vazby na jiné obory

Kolonoskopie

FN HK avizuje limitovanou dostupnost pro screeningovou kolonoskopii. Za příčinu je pokládáno, že bez kapacitní kalkulace došlo ke snížení věku pro screeningové vyšetření z 55 let na 50 let, a to aniž by byla ověřena kapacita pracovišť. O počtu preventivních a diagnostických kolonoskopií a jejich časovém vývoji v nemocnicích a terénních ambulancích

celého KHK nejsou k dispozici snadno dostupné statistické údaje, podobně jako tomu je u řady dalších medicínských výkonů.

V Jičíně, díky rozšíření provozu podpořeného z evropských finančních zdrojů, mají krátké čekací lhůty a mohou teoreticky kapacity nabídnout. Z Náchoda zprávy nejsou.

Dialýza

Obecně. Situace na dialýzách je napjata, pacientů přibývá, včetně např. pacientů přechodného rázu, kteří přijíždějí dočasně z místa trvalého bydliště. Komplexní přehledná zpráva o potřebě dialyzovaných pacientů v celém kraji tč. není k dispozici (počet lůžek, kontaktů, chronických pacientů v pravidelné dialyzační léčbě, počet dočasně přicházejících pacientů /turistů peritoneální dialýza, akutní dialýza). Chybí i informace o dojezdových vzdálenostech, které výrazně ovlivňují životní standard chronických pacientů.

FN HK. V dlouhodobém dialyzačním programu je cca 120 pacientů, zbývajících 68 jsou další typy dialýz. Nejpozději po 3 letech bude nutno uvažovat o navýšení počtu lůžek hemodialyzačního střediska, které již nyní otevírá sobotní večerní směnu, což je jedna z posledních rezerv. Ve FN HK je v současné době kapacita hraniční a nemocnice plánuje rozšíření kapacity dialýzy stavební investicí.

Jičín. Dialyzováno 56 chronických pacientů, 8 000 dialýz ročně. Středisko je umístěno mimo nemocniční areál. Bylo původně koncipováno na 6 lůžkových pozic a expandovalo na 9. Hrozí nutnost otevřít 4. směnu (v 2. polovině noci jako 2. noční směna). V plánu je výstavba nového multifunkčního pavilonu v nemocničním areálu, kde bude nové dialyzační středisko. V plánu je 20 dialyzačních pozic ve dvousměnném provozu s možností vytvoření případného prostoru pro třetí směnu v některých dnech. Dialýza je dobře personálně zabezpečená (2 atestovaní nefrologové, třetí v přípravě).

Náchod. V současnosti je dialyzováno 55 pacientů 2x, někdo 3 x týdně. Provozují 3 směny, bez nočních směn v sobotu. Přístrojová a časová rezerva ve směně teoreticky je, ale k dispozici je pouze jeden nefrolog, takže pro případné navýšení by chyběla lékařská kapacita.

Rychnov n. Kn. Dialýza v nemocnici chybí. K dispozici je pouze soukromé zařízení v místě, které dialyzuje pouze chronické pacienty. Objevují se časté komplikace, kdy pacient zkolabuje, skončí na ARO. Případů komplikací je za poslední období několik. Momentálně má nemocnice 2 dialyzační přístroje na ARO, aby byla pokryta alespoň péče v nemocnici. Vedení nemocnice by si vlastní dialýzu přálo, dle vyjádření ZH KHK však není pravděpodobné, že by bylo možno soukromou dialýzu odkoupit, protože prioritou ZH KHK je vybudování a rozšíření dialýzy v Jičíně.

Trutnov. Dialýza je mimo interní oddělení. Má 9 lůžek, pracuje na 2 plné směny, občas provozuje i noční směnu. O dialýzu se stará jeden nefrolog.

Rehabilitace a nutriční

Rehabilitace a nutriční přinášejí nové pohledy na oblast dlouhodobé péče, a to i u pacientů na interním lůžku. Mezi internisty, kteří se účastnili debat o koncepci zdravotnictví, panuje obecná shoda, že rehabilitace je jedním ze základních pilířů péče. Měla by být podstatně intenzivnější a komplexnější, než to dovolují stávající prostorové a zejména personální podmínky. Zejména u geriatrických polymorbidních pacientů by nová koncepce znamenala

převratnou změnu. Souvisí to i s tvrzením tělovýchovných lékařů, že i u seniorů a nemocných hrají pohybové aktivity výraznou preventivní roli a snižují potřebu léčiv (ústní sdělení: doc. MUDr. Matoulek, předseda společnosti TV lékařství, Všeobecná fakultní nemocnice Praha). Intenzivní rehabilitaci nelze z kapacitních důvodů požadovat od zdravotních seser na interních odděleních. Zejména u geriatrických pacientů musí probíhat 2x denně, se zapojením rodiny. Klíčové by bylo výrazné navýšení nižšího zdravotnického personálu a jeho využití k rehabilitaci, která zamezí ztrátě soběstačnosti.

S problematikou rehabilitace souvisí i otázky nutriční, protože pacienti, zejména geriatrici, vstupují do akutního onemocnění často již s handicapem svalové hmoty a během krátké doby ji dále ztrácejí. Pokud se neprovádí vedle intenzivní rehabilitace již od začátku jejich nemoci i cílevědomá nutriční podpora, pak se pacienti dostávají za bod zvratu, kdy již nejsou rehabilitovatelní a umírají. Aktuální stav je takový, že centrum, které nutriční zajišťuje (IV. interní gerontometabolická klinika ve FN HK), není schopno vyhovět požadavkům celé nemocnice, konkrétně zejména chirurgických a onkologických oborů. Má-li být ohrožený pacient úspěšně operován nebo prodělat chemoterapii, musí být nutričně připraven a čekací doby na příslušnou poradnu se přitom počítají v měsících.

Nutriční péče výrazně zvyšuje preskripční náklady, které jsou na úrovni milionů, podobně jako u direktních antikoagulancií. Novou nutriční poradnu se podařilo otevřít při interním oddělení nemocnice Jičín. Další poradny jsou v nemocnici Náchod (MUDr. Papík, pouze pro gastroenterologické pacienty) a na Poliklinice II. v Hradci Králové¹⁵.

Hospitalizace na lůžkách vnitřního lékařství vs. hospitalizace na chirurgii

V části Chirurgické obory této kapitoly VII. je od řady chirurgů slyšet apel na přesun části pacientů s chronickými onemocněními typu diabetická noha, střevní záněty, akutní pankreatitis, apod. na interní lůžko, pokud tito pacienti nejsou aktuálně zvažováni nebo indikováni k chirurgické léčbě. V řadě chirurgických oddělení jsou nyní tito pacienti skutečně hospitalizováni na chirurgických lůžkách (viz zejména chirurgické oddělení Rychnov n. K.), protože část lůžkového fondu vnitřního lékařství je uzavřena kvůli nedostatku zdravotnického personálu. Z hlediska chirurgů, kteří rovněž zápasí s hraničním počtem lůžek, která mají k dispozici, je to celkem legitimní požadavek, ale samozřejmě je potřeba respektovat i stanovisko internistů, kteří nemohou rozhodovat o postupu u pacientů, kteří jsou v akutním stavu na hraně, zda operovat či postupovat konzervativně. Další diskusi na toto téma viz též pasáž *Profil chirurgických pacientů* v části Chirurgické obory.

Vztah onkologie a vnitřního lékařství

Onkologové by potřebovali, aby v případě, že u pacienta vznikne komplikace léčby, jako např. myokardiální toxicita po chemoterapii, aby se ho ujali internisté, zejména tam, kde není onkologické lůžkové oddělení (Náchod, Rychnov n. Kn.). Stávající potřeby takovýchto pacientů se odhadují v podobě navýšení o cca 5 virtuálních lůžek v okresu. Z pohledu Komplexního onkologického centra ve FN HK není důležité, zda by se navýšení kapacity odehrálo na interních nebo onkologických lůžkách. Odborně nejsou proti této potřebě výhrady. Při relativním nadbytku všech akutních lůžek v KHK proti jiným krajům (viz obr. 6. 7) a z pohledu struktury celého lůžkového fondu v KHK je však potřeba hledat rezervy spíše v navyšování následných a dlouhodobých lůžek, která by odlehčila lůžkům akutním.

¹⁵ *Nutriční ambulance v krajích*. Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče. Dostupné z: <http://www.skvimp.cz/nutricni-ambulance/kralovehradecky-kraj/>

Problematika paliativní péče

Oblast paliativní péče má tč. velký rozvojový potenciál a patří do všech oborů, které se zabývají dlouhodobými pacienty s infaustní prognózou. Protože interní obory mají široký přesah do celé medicíny, počítaje do toho i dlouhodobou péči a okolnosti spojené s koncem života, je zde toto téma, pokrývající velké množství pacientů z oblasti širší interny, připomenuto jako významná součást klinických postupů. Je zevrubně probráno v rámci kapitoly VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK (viz obr. 6.46-6.52).

Závěrečná poznámka k oboru interní lékařství

Interní lékařství je jeden z nejširších oborů, který více či méně zasahuje do celé medicíny a je formálně i neformálně výrazně strukturováno. To je důvod, proč mu byla věnována nejdelší část z kapitoly VII. Specializované obory, byla zde probrána řada obecných poznatků z klinické medicíny i z oblasti organizace zdravotnictví. Další obory již budou probrány z popisného hlediska rychleji, i když shrnutí významných problémů u nich zůstane.

201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie

Úvod a specifika oboru

Obory rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie a ergoterapie (dále jen „rehabilitace“, popřípadě „RFM“) jsou ve zdravotní péči reprezentovány z pohledu personálního třemi specializovanými profesemi, rehabilitačními lékaři, fyzioterapeuty a ergoterapeuty, kteří mohou svůj obor vykonávat samostatně a z hlediska veřejného zdravotního pojištění (dále jen „v.z.p.“) jsou považováni za tzv. nositele výkonů s tím omezením, že k indikacím výkonů mají kompetence přidělené jen lékařům. Vzdělávání nelékařských profesí dnes dosahuje magisterské úrovně a vývoj postupně došel až do stádia, které bylo běžné již dříve u laboratorních oborů. Nejvyšší řídicí funkce mohou zastávat nejen lékaři, ale i nelékaři v pozici jiných zdravotnických odborných vysokoškolských pracovníků, a to až na úrovni přednosta kliniky.

Obor pracuje převážně s pacienty, kteří jsou odesíláni do rehabilitační péče lékaři z jiných klinických oborů, a to v celém rozsahu spektra pacientů - od urgentní až po dlouhodobou péči. Rehabilitace přitom může být, zejména u chronických pacientů, velmi významnou součástí léčby, která přispívá ke zlepšování nebo alespoň udržování stavu pacienta, ať se jedná o pacienta v procesu léčby kauzální, ale i paliativní, jak již bylo uváděno v kapitole VI. - Lůžková péče nebo i v této kapitole VII/sekce Vnitřní lékařství.

Otázky indikace výkonů z hlediska potřeb pacienta a úhrad péče z v.z.p. jsou předmětem dlouhodobých rozsáhlých debat a regulací, protože spektrum potřebných výkonů se pohybuje v mimořádně širokém koridoru, od absolutně nezbytné a časově neomezené péče, přes méně závažné stavy, až po stavy na hranici potřebnosti hrazené zdravotní péče.

- Typické *těžké případy* jsou závažná polytraumata, ikty, dětské mozkové obrny či pohybová zdravotní omezení jiných příčin.
- *Lehčí stavy*, např. doléčování po menších úrazech či operacích, vyžadují kratší rehabilitační či lázeňskou péči, zácvik k sebeděči a doléčení již ve vlastní režii pacienta.
- Obě situace mají mezi sebou plynulý přechod a objem rehabilitace musí být vždy individuální. Neexistuje však ani ostrá hranice směrem k *nejlehčím případům*, kde k úlevě potíží, např. u nekomplikovaných bolestí zad, aj. může stačit jen lehká rehabilitace nebo wellness techniky, které mohou vést k úlevě. U takovýchto stavů ale může stejnou úlevu přinést změna způsobu života, pohyb, sportování, masáže nebo strečink, a takový pacient pak potřebuje spíše radu a na své straně určitou disciplínu, která může jeho stav zlepšit.

Obr. 7.1 (REH) Rehabilitace (201) - Fázový model rehabilitace

V rámci dlouhodobých debat o koncepci rehabilitace ve zdravotnictví navrhla Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny (dále jen „SRFM“) v r. 2019 Fázový model rehabilitace, který popisuje jednotlivé fáze rehabilitace z pohledu stavu pacienta a zdravotnická zařízení, která se o pacienta starají¹⁶

Na levé straně prezentovaného schématu jsou stavy, vyžadující rehabilitační péči na lůžku.

¹⁶Osobní sdělení, doc. MUDr. Ivan Vařeka Ph.D., Rehabilitační klinika FN HK

- V první akutní fázi je to rehabilitace probíhající ještě na lůžku pacienta, které patří oboru, jenž poskytuje prvotní specializovanou péči, kterou pacient pro své léčení potřebuje (např. chirurgická léčba po úrazu). Rehabilitační personál přichází k pacientovi a poskytuje mu jen takovou péči, která pomáhá k jeho rychlé mobilizaci, ale jen do té míry, kterou je oslabený pacient schopen tolerovat.
- Druhá fáze, včasná rehabilitace, se pak organizuje na specializovaných rehabilitačních lůžkách. Dle klasifikace VZP jsou to standardní lůžka akutní péče typu 301 rehabilitace. viz další obr. 7.2 (REH), která jsou většinou vázána na akutní nemocnice.
- Třetí fáze, následná rehabilitace, může být i dlouhodobější nebo opakovaná a odehrává se v Rehabilitačních ústavech (dále jen „RÚ“), v jiných Odborných léčebných ústavech (dále jen „OLÚ“) popřípadě i v Léčebnách lázeňské péče, kde je tento typ péče nasmlouván (dle VZP 2U1 OLÚ-rehabilitační péče nebo 3U1 OLÚ- pediatrická péče). Tento typ péče může probíhat dle SRFM i ve stacionáři. V klinické praxi však není přechod mezi druhou a třetí fází rehabilitace striktně oddělen a pacienti jsou v některých případech překládáni z lůžek, kde byli léčení (neurologie, ortopedie) přímo do RÚ či OLÚ.

Na schématu vpravo jsou další fáze rehabilitace již mimo nemocniční péči.

- Fáze 4. (komunitní fáze), probíhající v ambulantních zařízeních, popřípadě i v rámci domácí zdravotní péče.
- Fáze 5., tj. fáze dlouhodobé rehabilitace, je realizována u dlouhodobých pacientů v domácí péči či jako regulární součást pobytu v dlouhodobých zdravotnických či sociálních pobytových zařízeních.

Jak bude ještě řešeno dále, právě na mimonemocniční fázi č. 4. a 5. zaznívají stížnosti ze strany nemocničních rehabilitačních odborníků. Ti se shodují na faktu, že těžké pacienty, kteří mají ještě stále dobrou šanci z pokračující rehabilitace profitovat, nechce ambulantní terén přebírat. Čekací doby jsou pro ně proto dlouhé, pacient např. po iktu potřebuje pokračovat v důsledné rehabilitaci ihned po dokončení nemocniční léčby. Jedná se o pacienty, kteří jsou pracní a odborně složití, zatímco ambulantní zařízení naopak profitují z lehčích typů onemocnění.

Stížnosti na fázi č. 5, dlouhodobou rehabilitaci, se naopak unisono ozývají nejen od nemocničních odborníků, ale i od zástupců ze všech ostatních oborů, které potřebují své pacienty převádět na následnou doléčovací péči nebo na dlouhodobé až trvalé pobyty na zdravotním nebo sociálním lůžku. Tyto obory upozorňují zejména na nedostatečnou rehabilitační péči ve zdravotnických zařízeních, která nemají dostatečný finanční rozpočet na personál rehabilitačního zaměření a podobně trpí některá sociální zařízení, která nemají prostředky ani na odpovídající péči zdravotních sester (blíže viz kapitola VI. /část dlouhodobá a sociální péče nebo v této kapitole VII. / část **Vnitřní lékařství**).

Stížnosti ze strany rehabilitačních odborníků upozorňují dále na fakt, že následná péče nemá dostatečnou kapacitu na to, aby fungovala i pro pacienty, kteří potřebují naopak v klidu doléčit svůj problém natolik, aby se teprve poté mohl zatížit intenzivnější rehabilitací na rehabilitačním lůžku. Např. starší pacient se zlomenými žebry, může nejprve potřebovat jen mírně udržovací prozatímní rehabilitaci, protože ve fázi prvotního hojení fraktury nemá dostatek rezerv na to, aby mohl vydržet intenzivnější rehabilitaci, která je nutná až po mobilizaci a částečném zhojení. Teprve potom může přijít druhotná fáze, která je pro aktivizaci pacienta zcela nezbytná, ale je ji možno plně realizovat až po doléčení úrazu.

Obr. 7.2 (REH) Počty a nomenklatura lůžek oboru rehabilitace podle zdravotních pojišťoven, r. 2019

Obraz ukazuje počty lůžek rehabilitačního charakteru podle nomenklatury VZP. V první, akutní fázi rehabilitace dle SFRM zůstávají pacienti na lůžkách oboru, který léčí jejich onemocnění jako první (interna, chirurgie, neurologie, ...), kde jsou již rehabilitováni. Teprve v druhé, včasné rehabilitační fázi přecházejí pacienti na akutní rehabilitační lůžka (první řádek tabulky). Ve třetí, následné fázi přecházejí pacienti na následná rehabilitační lůžka v Odborných léčebných ústavech (OLÚ), respektive v Rehabilitačních ústavech (RÚ popřípadě i na OLÚ lůžkách v Lázeňských léčebnách - 2. řádek tabulky). Mezi fázemi následné a komunitní (ambulantní) rehabilitace se mohou účastnit i lázeňské péče (lůžka na 3. řádku tabulky). Akutní lůžka a lůžka následné rehabilitace v KHK jsou blíže specifikovaná podle jednotlivých poskytovatelů péče v **obr. 7.8 (REH)**, respektive **7.11 (REH)**. Dlouhodobá rehabilitace se v případě potřeby aplikuje i v zařízeních následné, dlouhodobé nebo sociální péče na jejich lůžkách, (viz obr. 6.37 a 6.38), opět mimo specializovaná lůžka rehabilitační.

Ještě jednou je potřeba upozornit, že pod termínem „Lázeňská péče“ 2L1 nejsou zahrnuta rehabilitační lůžka odbornosti 2U1 typu OLÚ, viz **obr. 7.11 (REH)**. Tato nuance v sobě skrývá fakt, že celkový počet lůžek zdravotnického zařízení typu „Lázeňská léčebna“ může dnes mít se zdravotní pojišťovnou smlouvu na oba zmíněné typy lůžek. Lze uvést příklad Státní lázeňské léčebny Janské Lázně, kde je struktura lůžek následující.

- Lázeňská lůžka (2L1) **230**, z toho
 - 130 děti
 - 100 dospělí
- OLÚ – následná rehabilitační péče (2U1) **140**, z toho
 - 40 děti
 - 100 dospělí
- Lázeňská léčebna tedy má **370** smluvních léčebných lůžek pro zdravotní pojišťovny a k tomu navíc **150** lůžek pro doprovod klientů. Další lůžka jsou k dispozici již mimo v.z.p. pro komerční klienty.

K tomuto modelovému příkladu lze pro celkovou orientaci uvést, že v r. 2018 byl v Janských Lázních převis žádostí 1200 (pro OLÚ i pro lázně, dohromady pro děti i dospělé). Pro uspokojení těchto klientů by bylo potřeba dalších 80-90 smluvních lůžek. Čtyřicet dětských rehabilitačních lůžek typu OLÚ je vzhledem k celostátní spádovosti lázeňských léčen, obsazováno z podstatné části pacienty z jiných krajů a v KHK to jsou jediná dětská rehabilitační lůžka a je jich výrazný nedostatek. (Pozn.: podle jiné informace jsou dětská lůžka i v Lázních Bělohrad.)

Personální stavy

Obr. 7.3 (REH) Rehabilitace (odbornost 201, lékaři) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů, r. 2019/09

Obr. 7.4 (REH) Fyzioterapeuti (odbornost 902) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. U lékařů působících v ambulancích jsou relativní počty nižší, než je průměr ČR (graf C). Vyšší stav v okrese TR (graf B) je zde dán soustředěním dvou velkých rehabilitačních zařízení (Státních léčebných lázní Janské Lázně a RÚ v Hostinném). Vyšší stav oproti průměru KHK je i v okrese RK, který je vzhledem k omezené kapacitě interních a následných lůžek výhodný (viz obr. 6.34 a **kap. VII. /vnitřní lékařství**). Podíl starších lékařů je v celém kraji vysoký (graf D). U fyzioterapeutů je počet

v kraji ve srovnání s ČR nad průměrem a jejich věkový profil je příznivý. Nižší podíl fyzioterapeutů v okrese Jičín (graf B) souvisí s konstatováním internistů i rehabilitačních lékařů, že zajištění pacientů v lůžkové péči je v okrese uspokojivé díky dobré organizaci práce.

Ambulantní péče

Obr. 7.5 (REH) Rehabilitace (lékaři a nelékařské odbornosti). Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Oproti jiným specializovaným medicínským oborům, kde je objem ambulantní péče v nemocnicích okolo 40 % (viz. obr. 5.43-5.46), se pohybuje tento objem v oblasti rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů (RFM) okolo 23-28 %, viz obr. 7.1 (úvod) a 7.3. (úvod), takže v samostatných ambulancích je objem rehabilitačních a fyzioterapeutických výkonů okolo $\frac{3}{4}$ výkonů celého oboru. Přitom celkové počty ambulantních výkonů se ve všech ambulancích v obou odbornostech dohromady blíží hodnotě 200 tis. ošetření v KHK za rok a tvoří vysoký podíl ve veškeré zdravotní ambulantní péči. Pouze ergoterapeutické výkony se odehrávají výlučně v nemocnicích, viz obr. 7.3. (úvod), ale je to méně než 0,5 % všech ambulantních výkonů RFM. Při takovémto rozložení kapacit a výkonů je o to závažnější konstatování řady nemocničních lékařů, že systém ambulantních zdravotnických zařízení pro řadu těžších pacientů uspokojivě nefunguje.

Obr. 7.6 (REH) Rehabilitace (odbornost 201 – lékaři). Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.7 (REH) Rehabilitace (odbornosti 902 a 917 – nelékaři). Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Pro nelékaře nejsou v této statistice počty vyšetření, ale pouze počty UOP (unikátních ošetřených pojištěnců). Ty v pětiletém období (r. 2013-2018) v celém kraji u lékařů lehce poklesly a u nelékařů výrazně stouply a ve stejném trendu se měnily i celkové produkované body. Mezi okresy je u nelékařů počet ošetřených pacientů v relativních počtech poměrně vyrovnaný, u lékařů je výrazně vyšší v okresu Náchod a výrazně nižší v okrese RK, což pravděpodobně reprezentuje stav, kdy v RK není akutní rehabilitační oddělení, které je v NA.

Je nutno konstatovat, že mezi nemocniční a mimonemocniční rehabilitací nepanují dobré vztahy, což charakterizuje výrok vznesený při projednávání problematiky rehabilitace: „Rehabilitace nefunguje také díky tomu, že ambulantní sféra je zprivatizována. Pro ni je nejjednodušší mít v péči vertebropata, 2 x za rok ho systémem protočit a naopak člověk po těžkém úrazu ruky, který má parézu a potřebuje rehabilitaci hned, je oddalován 2 měsíce, což už je pro takového pacienta na včasnou rehabilitaci pozdě.“

Zdravotní pojišťovny se k uvedené situaci během přípravných projednávání nevyjádřily a bylo by proto vhodné, aby dotčení neurologové, traumatologové a ortopedi ve spojení s rehabilitačními primáři tuto situaci, spolu se zástupci nemocnic, se ZP projednali a hledali nápravu i s pomocí zástupců kraje. Zazněl i názor, že by odborná společnost pro RFM měla vytvořit seznam situací, kde je rehabilitace v definovaném čase nedoložitelná, a kde by měl pacient dostat přednost.

Uvedený příklad je zde konstatován nejen jako jeden ze stovek problémů, který musí operativně řešit zdravotnický systém, ale též i jako příklad problému, ke kterému by měla zaujmout jasné stanovisko lékařská samospráva, reprezentovaná ČLK.

Akutní lůžková péče v KHK

Obr. 7.8 (REH) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách rehabilitace v KHK, r.2018. Základní hospitalizační statistika a časový vývoj 2012-2018.

Lůžkové rehabilitační primariáty jsou ve všech akutních nemocnicích v sídlech okresů s výjimkou Rychnova n. Kn. Podle tabulky hospitalizací v čase přibývá a jejich obložnost je vysoká.

Stav akutních lůžek v nemocnicích KHK je následující.

- *FN HK* (stávajících 44 akutních lůžek vč. protetiky). Názor FN HK je, že síť 133 stávajících akutních rehabilitačních lůžek v Královéhradeckém kraji je dostatečná, jak z pohledu kapacity, tak geografického rozložení. Problémy jsou spíše v nedostatečné kapacitě pro pacienty, vyžadující delší nebo opakovanou rehabilitaci následnou.
- *Nemocnice Jičín* – počet 35 akutních lůžek v Novém Bydžově je dostačující, vzhledem k tomu, že spolupráce mezi nemocnicí Jičín a doléčovacemi a dlouhodobými lůžky s velkou kapacitou v Novém Bydžově dobře funguje a pro pacienta lze najít správné místo, kam ve svém stavu patří. Jediným problémem je 5 chybějících fyzioterapeutů.
- *Nemocnice Náchod* (34 akutních lůžek) - stávající počet akutních rehabilitačních lůžek by byl dostačující pouze v případě, že by měli navíc 20 lůžek následné péče, která zprůchodní lůžka akutní.
- V nemocnici v *Rychnově n. Kn.* akutní rehabilitační lůžka nejsou, potřebný počet nebyl specifikován.
- *Nemocnice Trutnov* (20 akutních lůžek). Jsou schopni vlastními kapacitami zabezpečit 5 - 10 akutních lůžek navíc, pokud by je nasmlouvaly ZP. Na následujících 5 – 10 let by tak byla zajištěna předpokládaná potřeba v okrese.

V nemocnicích je obecně nedostatek fyzioterapeutů, ale scházejí i ergoterapeuti. Rehabilitace v akutních nemocnicích je však potřeba nejen na vyčleněných rehabilitačních lůžkách, ale i v první akutní fázi. Těžcí pacienti na akutních lůžkách oborů jako traumatologie, ortopedie, neurologie apod. musejí být rehabilitováni i před tím, než jsou případně přeloženi na akutní či následné rehabilitační lůžko, proto je potřeba počet příslušných pracovníků posílit. Není na to však dostatek personálu ani finančních zdrojů. FN HK plánuje 20 nových akutních lůžek a rehabilitační zázemí v rámci plánované výstavby druhého chirurgického pavilonu ve FN HK. Podobné problémy platí pro počty rehabilitačních pracovníků a finanční zdroje i v oblasti domácí zdravotní péče a dlouhodobé péče na zdravotních i sociálních lůžkách.

Obr. 7.9 (REH) Rehabilitace (odbornost 201) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních akutní lůžkové péče KHK

Obr. 7.10 (REH) Fyzioterapie (odbornost 902) – Počet provedených výkonů ambulantně a při hospitalizacích v zařízeních KHK v roce 2018 v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích pro případně další analýzy.

Následná lůžková péče v KHK

Je nutno předeslat, že hranice mezi akutní a následnou rehabilitací není příliš ostrá. Praktická zkušenost (minimálně ve FN HK) je taková, že pacient po traumatologické či ortopedické operaci nebo po iktu a akutní neurologické léčbě je přeložen, buď na Rehabilitační kliniku (tj. na jiné akutní lůžko) nebo do lázní či do rehabilitačního ústavu (tj. na lůžko následné), podle

toho, kde je nějaké lůžko k dispozici. Oddělené statistiky pro akutní a následnou rehabilitaci na lůžku, v takovém případě problémy okolo nedostatečné kapacity spíše zamlžují a transparentní analýzy kraje jako celku by měly být k dispozici ve společném bloku, včetně migračních toků pacientů. Jako příklad lze uvést situaci po totální náhradě kyčelního kloubu, kdy obecně mohou nastat tři rozdílné varianty pooperační rehabilitace, z nichž alespoň medicínsky a z ortopedického hlediska jsou první dvě ekvivalentní:

- přeložení z ortopedického či chirurgického oddělení z lůžka na lůžko
 - na akutní rehabilitační lůžko (např. na Klinikou rehabilitace FN HK),
 - na následné lůžko,
- oddálená rehabilitační léčba v Rehabilitačním ústavu nebo na lůžkách stejného typu v Lázeňské léčebně

První dva případy jsou optimální pro pacienta, pokud je z hlediska operačního, dostatečně doléčen a nemá nějakou komorbiditu, která by omezovala intenzivní rehabilitaci. V takových případech je provedena indikovaná odložená rehabilitace podle třetího schématu, ale bohužel k ní kvůli nedostatečné kapacitě rehabilitačních lůžek dochází i v případech, kdy pacient žádné komplikace nebo omezení nemá.

Nutno dodat, že prezentované schéma je uváděno jen na základě kazuistických zkušeností, ale exaktní statistické údaje o počtech pacientů v popsanych režimech a o čekacích dobách nejsou k dispozici.

Obr. 7. 11 (REH) Lůžka neakutní rehabilitační a lázeňská péče v KHK, r. 2018

(S následnou rehabilitační péčí souvisí i **obr. 7.2 (REH)** a **obr. 6.38.**) Z výše uvedeného je jasno, že z medicínského pohledu je dělení lůžek na akutní a následná do určité míry formální, ale protože je běžně v praxi používáno, jsou statistiky akutních a následných lůžek prezentované i zde. Jsou však k dispozici pouze počty lůžek. Kompletní hospitalizační parametry OLÚ (hospitalizací, ošetrovacích dnů, ošetrovací doba apod.) byly k dispozici jen pro Rehabilitační ústav Hostinné. (SOaL Trutnov) z r. 2014 a jsou uvedené v dolní tabulce. Z rehabilitačních lůžek typu OLÚ v Lázeňských léčebnách nejsou údaje veřejně dostupné.

Tč. není v KHK akutní dětská rehabilitace a její úlohu do jisté míry suplují Janské Lázně (Dětská léčebna Vesna, 40 lůžek dětské rehabilitační péče). Údajně je ještě větší rozsah dětské rehabilitační péče v Lázních Bělohrad a.s.

Naproti převažujícímu stanovisku, že akutních rehabilitačních lůžek je spíše dostatek, výrazně vážne dostupnost těžších neurologických či traumatologických pacientů, směrem k následné lůžkové rehabilitaci, protože je u nich potřeba rehabilitace dlouhodobější (viz též Kapitola VII. (Neurologie/ Další dílčí informace problémy oboru a vazby na jiné obory/ **Rehabilitace pacientů a dlouhodobá péče, zejména po iktech**).

Ze strany rehabilitačních odborníků panuje názor, že obecně v lůžkových zařízeních je rehabilitaci potřeba posílit, a to jak v počtu zdravotnických následných rehabilitačních lůžek typu OLÚ (tj. v Rehabilitačních ústavech i v lůžka typu OLÚ v Lázeňských léčebnách), ale také posílením rehabilitační kapacity v rámci zdravotnických lůžek obecné následné a dlouhodobé péče, tak posílením rehabilitace v sociálních pobytových službách. Převládá názor, že ve větších LDN, zaměřených na následnou (doléčovací) péči by měla být vyčleněna stanice s větším rozsahem rehabilitace, než je dosud. Vedení léčeben však tento požadavek z hlediska prostorového, personálního a finančního není schopno zajistit. Všechny tyto sféry jsou limitované zejména objemy plateb zdravotních pojišťoven a je proto potřeba platby

posílit. Podobné platí i pro domácí zdravotní péči. V novém programovacím období se o uvedené pokusí LDN HK.

Obr. 7.12 (REH) Rehabilitace (odbornost 201) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz **obr. 7.4 (úvod)** a **obr. 7.5 (úvod)**. Potřeba akutních rehabilitačních lůžek z demografických důvodů, tak jak je zde zobrazena, neporoste oproti jiným oborům příliš výrazně. Lze však odhadovat, že vzhledem k velkému průniku akutních a následných rehabilitačních lůžek poroste jejich potřeba v neakutní sféře, pravděpodobně podstatně výrazněji. Tento segment je zatížený stárnoucí populací, ale protože se prognóza věnuje jen akutním lůžkům, není do ní tento fenomén promítnut.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Popisované problémy rehabilitace v KHK i v celé ČR jsou podporovány všemi projednávanými specializačními klinickým obory a úzce souvisí s dalšími formami následné a dlouhodobé péče. Mezi RFM a dalšími obory panuje konsenzuální odborná shoda, že rehabilitace (zejména u starší populace) je již nyní nedostatečná, a že její léčebný potenciál pro udržení mobility a aktivizování starší generace je výrazně podceněn.

Do dalších problémů patří pravidla, kdo může indikovat rehabilitaci a v jakém rozsahu. Ozývají se názory, že chybí indikační možnosti pro praktické lékaře a další odbornosti, včetně nelékařských. Jedná se o celostátní a vysoce odbornou problematiku, která je nad rámec této Koncepce a musí být řešena na úrovni MZ ČR ve spolupráci s odbornými společnostmi, oborovými zaměstnaneckými svazy, ČLK a zdravotními pojišťovnami. Lze však konstatovat, že rozsah rehabilitace v rámci úhrad z v.z.p. se bez regulací neobejde a její rozsah musí podporovat zejména nejzávažnější postakutní stavy, chronická onemocnění a těžká zdravotní postižení.

209 Neurologie

Úvod a specifika oboru

Personální stavy

Obr. 7.1 (NEU) Neurologie (odbornost 209) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Počty ambulantních neurologů v kraji jsou oproti stavu v ČR mírně nadprůměrné (graf C). Nejméně lékařů je v okresech Náchod a Jičín (graf B), věkové rozložení je méně příznivé v okresech Náchod a Trutnov (graf D).

Ambulantní péče

Obr. 7.2 (NEU) Neurologie (odbornosti 209 a 409). Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních

Rozložení počtu ambulantních pacientů je mezi terénními a nemocničními ambulancemi téměř rovnoměrné.

Obr. 7.3 (NEU) Neurologie (odbornosti 209 – n. pro dospělé). Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Počty úvazků v neurologii pro dospělé jsou v souladu s personálním grafem na obr. 7.1 (NEU), kde je nejnižší relativní počet lékařů v Náchodě a v Jičíně. V pětiletém období se v Jičíně snížil počet ambulantů z 6 na 5. Počty vyšetření v pětiletém období se lehce zvýšily. Počet vyšetřených pacientů neodpovídá personálním kapacitám a v mimohradeckých okresech je nejnižší v RK, nejvyšší v TR, kde došlo k nárůstu v čase o 30 %. Druhý největší nárůst je v okresu Jičín, ale nekoreluje to s počtem lékařů a poklesem výkonů v čase. FN HK si stěžuje na nedostatečnou kapacitu spádových ambulantů v HK, ale počty jsou téměř dvojnásobné než v druhém nejsilnějším okresu Trutnov. V HK přitom došlo k nárůstu výkonů o 10 %. Z uvedených údajů o výkonech a pracovnících žádné jasné závěry, zejména pokud jde o okres HK, nelze udělat. V takovémto případě by byla nutná analýza spektra pacientů, jak medicínská, tak migrační ohledně spektra pacientů dle bydliště v kraji. Situace je jistě ovlivněna i přítomností dvou vysoce specializovaných center pro náhlé cévní mozkové příhody a pro léčbu roztroušené sklerózy.

Obr. 7.4 (NEU) Dětská neurologie (odbornost 40) Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Ambulantních dětských neurologů je dlouhodobě málo a jejich kapacita nestačí. Počet ambulantů v KHK je dlouhodobě 8, celkový úvazek je však jen 3,8 a z toho je v okrese HK 2,2 úvazku; v okrese JI a NA po 0,3; v TR 1,0 a v RK nula úvazků. Počet vyšetření v kraji za 5 let poklesl o 18 % a objem vyšetřených v okresech odpovídá nízké úvazkové kapacitě lékařů.

Lůžka na stacionářích

Ve FN HK je k dispozici 16 lůžek, v Trutnově 3. V Jičíně, v Náchodě, ani v Rychnově n. Kn. lůžka nejsou a neplánují je. Vysoký objem lůžek stacionáře ve FN HK souvisí s centrem léčby roztroušené sklerózy na Neurologické klinice.

Akutní lůžková péče v KHK

Obr. 7.5 (NEU) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách neurologie v KHK, r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

V kraji jsou čtyři lůžková oddělení, z okresů chybí pouze RK, kde jsou neurologičtí pacienti hospitalizováni na interně, která však má i pro vlastní interní pacienty velmi nízkou kapacitu vzhledem k nedostatku zdravotních sester a dlouhodobě zavřená jedné ze dvou lůžkových stanic. Kvalitní dohled nad neurologickými pacienty je však zajištěn ordinářem z ambulantního zdravotnického zařízení.

Dospělá část Neurologické kliniky FN HK má násobně vyšší CMI oproti okresním oddělením, a to vzhledem k náročnějšímu spektru pacientů. Spádovost pacientů z mimohradeckých okresů KHK je vysoká, téměř 43 %, viz obr. 7.15 (INT). V Trutnově je velmi nízká obloženost lůžek a výrazně klesající počet hospitalizovaných od r. 2015. Ve stejném období poklesly hospitalizace i ve FN HK a naopak výrazně vzrostly v Náchodě. Fungování dětského oddělení v rámci Neurologické kliniky je zmíněno dále.

Dle zpráv z jednotlivých okresních primariátů je v Jičíně, Náchodě i v Trutnově stabilizovaný stav. Statistická data v Trutnově to však do r. 2018 nereflektovala, i když iktové centrum zde funguje, ale situace bude vyžadovat další sledování. Zřízení lůžkového neurologického oddělení v Rychnově n. Kněžnou se neplánuje, ale v rámci rekonstrukce a dostavby nemocnice se zde počítá se zřízením kapacity pro následnou rehabilitační péči.

Obr. 7.6 (NEU) Neurologie a dětská neurologie (odbornosti 209, 409) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.7 (NEU) Neurologie a dětská neurologie (odbornosti 209,409) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích pro případné další analýzy.

Spektrum diagnóz neurologických onemocnění se výrazněji neliší až na cévní mozkové příhody, kterých je nejvíce ve FN HK a potom v Náchodě a Trutnově, kde jsou též ustavena iktová centra (v Náchodě je též centrum pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy). Ve FN HK je prováděno cca 100 endovaskulárních výkonů při mozkových infarktech i při jiných onemocněních nervového systému.

Obr. 7.8(NEU) Neurologie a dětská neurologie (odbornost 209 + 409) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz obr. 7.4 a 7.5 (úvod). Potřeba neurologických lůžek z demografických důvodů v tomto případě poroste oproti jiným oborům středně a podobně jako u lůžek interního charakteru lze předpokládat, že by ji bylo možno kompenzovat růstem počtu lůžek následné péče, která jsou v KHK velmi nedostatečná.

Další dílčí informace problémy oboru a vazby na jiné obory

Dětská neurologie

Ve zdravotnictví ČR existuje dlouhodobý nedostatek dětských neurologů a výhledově se bude ještě horšit. Důvodem je podle neurologů komplikovaný systém vzdělávání a fakt, že se jde o

malou a zranitelnou množinu odborníků. V kraji ani ve FN HK se nedaří tento stav zlepšit a dětské neurologové již dosluhují kvůli věku, a to v celém kraji i v okolí.

Přestože je dětská neurologická ambulantní péče v kritickém stavu a špatně dostupná, je však dětská lůžková kapacita neurologie zatím relativně vyhovující, i když z části supluje absencí lůžek dětské psychiatrie. Cca třetina hospitalizací jsou neuropsychiatrickí pacienti (dětské autistické, pacienti s opožděným psychomotorickým vývojem, atd.). Nejbližší lůžková dětská psychiatrie je v Havlíčkově Brodě a do budoucna se nepočítá, že by v Královéhradeckém kraji v nejbližších letech dětská psychiatrická lůžka vznikla.

Centralizovaná péče

V KHK jsou pro sféru neurologie tři cerebrovaskulární centra, zřizovaná MZ ČR pro pacienty s náhlými mozkovými příhodami, dvě nižší v nemocnicích Trutnov a Náchod a vyšší centrum s neurochirurgickým zázemím ve FN HK. Dále je smluvně, prostřednictvím zdravotních pojišťoven, zřízeno centrum pro léčbu roztroušené sklerózy. Všechna tato centra fungují dobře, ale v delším časovém horizontu (dle zkušeností FN HK) jsou registrovány výpadky v provozování Iktového centra v Trutnově. Některé další detaily jsou v této kapitole VII. /část **Centra vysoce specializované péče.**

V souvislosti s centralizovanou péčí a cerebrovaskulárními centry proběhla odborná diskuse mezi FN HK a neurology v nemocnici Rychnov n. Kněžnou, kteří by rádi poskytovali trombolytickou léčbu, tak jak to fungovalo před centralizací. Jsou si však vědomi, že aplikace trombolýzy je vyhláškou vázána na iktová centra, ale domnívají se, že pro pacienty by zahájení léčby v RK bylo časově výhodnější a jsou si vědomi, že jde o věc odborné společnosti a MZ ČR. Otázkou zůstává, zda by nemocnice Rychnov n. K. byla schopná splnit podmínky pro zřízení centra a popřípadě byla schopna atrahovat pacienty z Pardubického kraje, kde byly zatím neúspěšné pokusy přesunout cerebrovaskulární centrum z Litomyšle do Ústí n. Orlicí. Ze strany FN HK zazněl názor, že pokud by se počet center měl rozšířit, je nutno zvážit i možnost centra v Jičíně. Další debatu by měl organizovat ZH KHK ve spolupráci s neurologickou klinikou a vedením FN HK.

Ze strany FN HK se uvažuje ještě o vytvoření Centra specializované péče pro Parkinsonovu chorobu, protože regionálně a kapacitně již pouhá 3 centra v ČR nestačí. Naopak se decentralizovala léčba intravenózními imunoglobuliny (jedná se o pacienty se syndromem Guillain-Barré). Dříve byla tato léčba pro finanční nákladnost centralizována do FN HK a některá okresní pracoviště ještě opakovaně tlačí na Neurologickou kliniku FN HK k převzetí pacientů k podání této léčby. Tč. k tomu není medicínský důvod a problém financí vyřešily ZP tak, že hradí veškerou nadprodukcí v rámci této drahé neurologické léčby. Jedná se zhruba o 1 pacienta za měsíc za celý kraj. Je zbytečné, aby tuto léčbu pacient absolvoval ve FN HK, i když nezbytnou plazmaferézu FN HK automaticky poskytuje.

Problém je zde zjednodušeně uveden jen jako zástupce typických, průběžně se objevujících dvoustranných diskursů mezi FN HK a dalšími nemocnicemi v KHK a není věcí, kterou by mělo řešit vedení kraje, natož aby byla součástí koncepce krajského zdravotnictví. Je zde prezentován jako příklad toho, že mezi pracovišti v kraji musí být nastavené vstřícné komunikační kanály, a pokud v některých případech na úrovni primariátů nefungují, musí se řešení problémů ujmout prostředník, tj. vedení FN HK a ZH KHK. Pokud ani to nestačí, měly by mít jmenovaní vysocí aktéři k dispozici odbornou pracovní skupinu, která by se snažila nalézat oboustranně prospěšná, nebo alespoň rozumná kompromisní řešení. Jestli do

Koncepce něco z uvedeného modelového příkladu patří, tak je to právě permanentní potřeba vytváření takové atmosféry mezi KHK a FN HK, ale i mezi jednotlivými zástupci oborů tak, aby by umožňovala operativní věci řešit bezkonfliktně.

Rehabilitace pacientů a dlouhodobá péče, zejména po iktech

Pokud je pacient po interní stránce zdravý a má přetrvávající neurologické defekty, je pro něj po ukončení neurologické léčby ideální intenzivní rehabilitace nebo lázeňská péče (viz kapitola VII. /**Rehabilitační a fyzikální medicína a fyzioterapie**). Pokud není prognóza příznivá, jsou vhodná lůžka dlouhodobé péče nebo následné péče s rehabilitační kapacitou, popřípadě i lůžka dlouhodobé intenzivní péče, pro kterou zatím kraj kapacitu nemá a často není kam pacienta přeložit (viz. obecněji kapitola VI. / Následná a dlouhodobá zdravotní lůžková péče a Sociální péče. Problematika kapacity dlouhodobých intenzivních lůžek je zmíněna v této kapitole VII. v části Anesteziologie a intenzivní medicína/ **Následná a dlouhodobá intenzivní péče v KHK, obr. 7.16 (ARIM)** a lůžka jsou zmiňována i v obr. 6.1b., 6.35, 6.38 a obecněji v kapitole VI. Lůžková péče.

Problém s rehabilitací a fyzioterapií pro neurologické pacienty je v lůžkových zařízeních dlouhodobý. Mají nedostatek personálu a pacienti, kteří vyžadují rehabilitaci okamžitě po ukončení neurologické léčby, čekají průměrně 2 až 3 měsíce. Těžší pacienti mají problém i později jako lidé se zdravotním postižením, kdy je lázeňská rehabilitační léčba limitována na 1 epizodu ročně. Rovněž jsou problémy s ambulantními rehabilitačními zařízeními, která odmítají náročnější pacienty. Všichni v terénu si vybírají lehké pacienty (neurologičtí pacienti často nejsou jednorázoví, ale obvykle bývají často chroničtí). Stejně problémy udávají i rehabilitační lůžková oddělení – viz příslušná pasáž v této kapitole. Neurologická klinika FN HK odhaduje problémy s dostupností rehabilitace u 10-20 % propouštěných pacientů. V Trutnově je přijímáno na rehabilitační lůžka z neurologických lůžek cca 1-2 pacientů týdně, potřeba je 4-5 pacientů.

Spolupráce s praktickými lékaři

Často se do neurologických ambulancí dostávají pacienti, kteří nemají žádné neurologické symptomy, a přesto jsou praktikem indikováni k neurologickému vyšetření, což zbytečně zatěžuje provoz již tak nedostatkových ambulancí. Praktičtí lékaři tento problém nepřipouštějí.

301 Dětské lékařství a neonatologie

Úvod a specifika oboru

Obor dětské lékařství je specializačním oborem, který má podobně široký záběr jako vnitřní lékařství a podobně uvnitř potřebuje i určité vyšší specializace. Okruh potenciálních pacientů, tj. populace od 1. do 18. roku věku je však přirozeně okolo cca 1/5 celé populace. Aby se v této situaci některé méně objemné podobory dětské medicíny udržely v odborné nebo ekonomické kondici, musejí se centralizovat. Osvědčuje se to u oborů, které potřebují větší týmy (např. dětská kardiologie, nebo péče o vzácné vrozené choroby), protože pacientů je málo a jsou motivováni za péčí cestovat i dost daleko. Vážně to však v případech běžných nemocničních oddělení, kdy po větším množství pacientů nelze požadovat, aby všichni cestovali např. až do krajského města. Pokud je však situace napůl cesty mezi oběma možnostmi a oddělení jsou relativně malá, ztrácí svoji efektivitu, pracovní týmy jsou malé, nemohou si dovolit hlubší specializaci a jsou citlivější na náhodné výpadky pracovníků. Z uvedených důvodů jsou obory s menším množstvím pacientů rizikovější a personální krize je pro ně větším rizikem než pro obory velké, zvláště pak v případě, kdy se specializační vzdělávání v oboru nepodaří nastavit nekonzfliktně.

Specializační obor pediatrie (dětské lékařství) v posledních letech splynul se specializačním vzděláváním PLDD. Již před tím počet zájemců o PLDD z administrativních důvodů ubýval a změnu se nepodařilo nastavit tak, aby zájem znovu vzrostl. Ve sféře medicínské péče o děti existují i další samostatné specializační obory jako dětská chirurgie, která je tradičně samostatná desítky let. Nověji, však ve snaze zvýšit počet příslušných lékařů, vznikly i dva samostatné obory, odvíjející se od dříve základních oborů (dětská neurologie od r. 2004 a dětská a dorostová psychiatrie, produkt posledních cca sedmi let) a tato snaha nevyšla, protože jde o specializace s relativně malým okruhem pacientů a tím i neatraktivní pro určitá existenční rizika takovýchto velmi úzce zaměřených odborníků, kdy lékaři již samostatně neurologii, resp. psychiatrii praktikovat nemohou.¹¹

Větší část dětských podoborů však stále patří do specializačního oboru Pediatrie nebo někde i PLDD ve formě nastavbových oborů, jako jsou např. dětská neonatologie, dětská kardiologie, dětská pneumologie, dětská revmatologie nebo dětská onkologie a hematologie).¹² Na druhou stranu vedle těchto nastavbových oborů vycházejí některé jiné dětské nastavbové obory výlučně z jiných „mateřských“ specializačních oborů, než je Pediatrie, resp. PLDD. Jsou jimi dětská urologie, dětská dermatovenerologie a dětské ORL. Některé nastavbové obory lze však absolvovat jak ve specializaci Pediatrie nebo PLDD, tak i jiného než dětského oboru (např. dětská gastroenterologie či gynekologie dětí a dospívajících). Pro některé specializační obory nejsou dětské podobory jako nastavbové obory deklarovány ve vyhlášce vůbec, přestože jsou poměrně tradiční (dětská ortopedie, dětská neurochirurgie aj.).

¹¹ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1. Specializační obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95?text=95%2F2004>

¹² Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1. Nastavbové obory, označení odbornosti lékaře a zubního lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí, minimální délka vzdělávání v nastavbovém oboru a příloha č. 2 obory specializačního vzdělávání, jejichž absolvování je předpokladem pro zařazení do vzdělávání v nastavbovém oboru. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152>

Jak bylo řečeno, obecně platí, že jakákoliv úzká specializace či nastavbový obor se stává rizikovým, a je na to potřeba preventivně myslet a zavádět úzké základní specializace jen v opravdu medicínsky nezbytných případech a dát takovýmto úzce specializovaným odborníkům šanci být připraven na návrat do celého oboru, v případě, že by v úzké specializaci nebyl dostatek pacientů, protože tato hrozba v dnešním dynamickém prostředí může mnoho lékařů od studia úzkého oboru odrazovat.

Vedle prosazování širšího vzdělávacího záběru specializačních oborů lze flexibilitu trhu práce teoreticky zvyšovat i flexibilnější věkovou hranicí, která je v ČR relativně tvrdě stanovena pro dětské pacienty na věk 0-18 let a pediatrii jsou na její zachování velmi citliví. Dobrým příkladem z minulosti byla praxe gynekologů, kteří měli nastavenou hranici pro specialisty na dětskou gynekologii jen pro velmi nízké věkové kategorie dětské populace a tam, kde to bylo medicínsky rozumné, přebírali dětské pacienty z přechodných dětských věkových kategorií mezi malými dětmi a dospělými praktičtí gynekologové, znající dětskou problematiku ze základního specializačního gynekologického vzdělání. O starší dívky tak mohl pečovat všeobecný gynekolog. Druhým příkladem flexibility základního oborového vzdělání mohou být i stomatologové, kterým se před 30 lety rozpadl obor dětské stomatologie. Ten je po určité krizi ve stomatologické péči o děti dnes již celkem úspěšně nahrazen praktickými stomatology, kteří se o malé děti starat umějí a z některých se stávají reální rodinní lékaři ve stomatologii. Je jen otázkou finančních motivací, aby jejich práce s dětmi, které samozřejmě vyžadují více času, byla reálně zohledněna v jejich úhradách. Podobná kladná zkušenost je v dětské ortopedii, která nemá svůj samostatný obor, a přesto, i přes relativně rozsáhlé medicínské aktivity svoji vyšší specializaci též nemá.

Další příčinou nedostatku dětských lékařů je i medicínský vývoj pediatrie, který výrazně omezil hospitalizace dětí. Počty hospitalizovaných jsou dnes oproti minulosti výrazně nižší, ale spektrum těchto pacientů je mnohem těžší. Rovněž spektrum činností v ambulantní sféře se výrazně liší od pacientů dospělých a role dětských praktických lékařů (PLDD) je zde mimořádná. Ambulantních kontaktů pacientů s PLDD je o řád více než kontaktů s pediatrickými ambulantními specialisty, což se promítá i do nízkého počtu lékařů v dětských nemocničních ambulancích, viz **obr. 7.1 (PED)**. Alespoň částečné vzdělávání PLDD v nemocnicích pominout nelze a míst pro vzdělávání tak není dostatek, a to ani u lůžek, ani v nemocničních ambulancích a nemocnice na financování většího počtu mladých lékařů tak nemají finanční zdroje.

Záležitosti, související s dětskou medicínou, jsou v této Analýze probírané i v jiných kapitolách než jen zde. Kapitola II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK se zabývá reprodukčním zdravím (viz **obr. 2.29-2.46**), Kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK demonstruje věkové profily v jednotlivých odbornostech (**obr. 3.11 a 3.33**) a Kapitola IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby shrnuje obecně i problematiku LPS u dětí. Velká část problematiky dětského lékařství je též v Kapitole V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK, kde je detailně popsán vývoj pediatrie v posledních 30 letech, výrazný úbytek lůžek a hospitalizací (**obr. 5.31**) a též objem péče oboru PLDD včetně zabezpečování prevence (**obr. 5.25, 5.33-5.34, 5.47, 5.48, 5.55, a 5.56**). Dostupnost péče a personální problematika je podrobně analyzována v části V. kapitoly, která se věnuje praktické medicíně a jejím potřebám (**obr. 5.2, 5.3, 5.7, 5.10, 5.15, 5.16, 5.19, 5.21, 5.23, 5.25, 5.32**).

Personální stavy

V debatách o pediatrii dominoval jako hlavní problém nedostatek lékařů i sester, který se objevuje ve všech sférách péče o děti. Důvody jsou zde oproti jiným oborům komentované podrobněji, protože stavy v oborech Pediatrie a PLDD se postupně zhoršují a mezi ostatními obory vytvářejí jedno z největších rizik v celém systému. Projevy nedostatku zdravotnického personálu jsou následující (z pohledu Dětské kliniky FN HK):

- obtížné zajišťování současného rozsahu péče a obtížné dodržování zákonných požadavků (dodržování norem personálního vybavení, dohled, dozor,...),
- obtížné zajištění ÚPS a nepopulárního trojsměnného provozu sester,
- neplánované odchody lékařů, zejména zkušených,
- plánované odchody (důchodový věk) bez možnosti náhrady,
- ve FN HK jsou, díky péči o nejzávažnější pacienty, nezbytné výuky, tlak na publikační aktivitu, zajišťování ÚPS a zkušenosti lékařů jsou přetížení bez dostatečné časové kapacity a motivace ke školení mladších kolegů z jiných pracovišť (odměna školitele je naprosto směšná); podle vedení kliniky představuje další zvyšování zátěže rizikový faktor pro odchod lékařů do privátní sféry s méně povinnostmi a vyšším finančním ohodnocením.

K uvedenému je potřeba i zde upozornit na velmi dramatickou redukci lůžkového fondu po změnách zdravotnictví v 90. letech (viz kapitola V, **obr. 5.31**), které vedlo ke snížení počtu dětských lůžkových oddělení i snižování počtu pediatriů, které způsobuje problémy výuky většího počtu rezidentů, kteří by umožnili doplňovat stavy lékařů jak v nemocnicích, tak v ambulantním sektoru.

Obr. 7.1 (PED) Pediatrie a PLDD. Úvazky lékařů v KHK, srovnání s průměrem ČR, r. 2019

Tato tabulka pracuje se stávajícím rozdělením dětských lékařů na specializace dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD) tak, jak to bylo zavedeno v posledních desetiletích a zrušeno v r. 2016, kdy byly obě specializace znovu spojené. Tabulka s počty lékařů souhrnně ukazuje proporce obou zmíněných segmentů lékařů v péči o děti. Vlevo je to v absolutních počtech, v pravých sloupcích (červeně) potom v přepočtu na 100 000 obyvatel stav v KHK a v ČR. Nejvíce lékařů pracuje v ambulancích PLDD a druhá nejsilnější skupina jsou lékaři u lůžka. Ambulance specializovaných pediatriů tvoří nejmenší skupinu a obvykle to jsou pediatrii, zaměřené na určitá onemocnění (dětská kardiologie, nefrologie, atd). Nemocničních lékařů je zřetelně méně než lékařů praktických. Srovnání KHK s ČR též ukazuje, že přes všeobecně vnímanou těžkou personální krizi v oblasti dětského lékařství je personální stav v KHK mírně lepší nebo u PLDD srovnatelný s průměrem ČR. Díky problémům se získáváním vstupních dat je tento údaj z jiného zdroje potvrzován i na obr. 5.10. Tabulka však v žádném případě nemá zpochybňovat velkou personální krizi v péči o děti i v KHK.

Technická informace k prezentované tabulce obr. 7.1 (PED). Personální data jsou omezeně dostupná a tato tabulka musela být vytvořena ze dvou zdrojů. Jednak to jsou údaje z VZP HK (stejný, jako u následujících tří obrazů). Ty uvádějí smluvní počty lékařů, a není úplně jisté, jak jsou tyto úvazky aktuálně naplněné. Druhý zdroj (pro celkové číslo nemocničních pediatriů u lůžka, v tabulce označené *) je ze stejného roku, ale z ÚZIS ČR (viz Kapitola III.- obr. 3.11). Vychází z celkového počtu 1154 pediatriů v akutních nemocnicích ČR, což je cca 11,0 úvazků na 100 000 obyvatel. Po odečtení 1,5 ambulantního nemocničního pediatra na 100 000 obyvatel ČR bylo získáno číslo(*), tj. 9,5 pediatra (včetně rezidentů) u lůžka. Vzhledem k rozsahu personální krize v pediatrii a uvedené složitosti analýzy jsou další tři zdrojové grafy okomentovány šířeji.

Obr. 7.2 (PED) Pediatrie (odbornost 301) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Obraz ukazuje rozložení všech 83,34 úvazků dětských lékařů (bez PLDD) v ambulantní a nemocniční sféře v okresech KHK. Z toho je 81,49 pediatriů v nemocnicích (i s lékaři bez specializace, graf A) a v samostatných ambulancích mimo nemocnice 1,85 pediatrických úvazků. V počtech pediatriů tak výrazně dominují počty lékařů u lůžek, zejména v okrese Hradec Králové, a to díky vysoké centralizaci dětských hospitalizací do FN HK. Kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. Kn. je započtena v okrese Náchod, protože Oblastní nemocnice Náchod a.s. ji organizačně zahrnuje). V nemocnici Jičín nejsou ambulantní úvazky oddělené od úvazků lékařů u lůžka. Není jasné, zda zde žádné pediatrické ambulance nejsou nebo zda jen nejsou nasmlouvané ze zdravotním pojišťovny.

Na grafu B jsou pouze úvazky ambulantních pediatriů. Součet úvazků těchto specializovaných lékařů-pediatriů (bez PLDD) v nemocnicích i v ambulantním terénu je v souladu s předchozím grafem v KHK, na úrovni cca 2 lékařů na 100 000 obyvatel. Je to o 0,5 pediatra na 100 000 obyv. více, než je průměr všech krajů ČR (2,0/100 000). Bohužel podobná statistika není k dispozici pro úvazky pediatriů v nemocnicích u lůžka, ale z údajů na grafu A jich je v KHK u lůžka více než šestinásobek oproti specialistům v ambulancích, což je dáno faktem, že většina ambulantní práce v dětském lékařství se odehraje v ordinacích PLDD (19,13 úvazku na 100 000 obyvatel v KHK, viz **graf C na obr. 7.3 (PED)** a specializovaní pediatrii řeší v ambulancích převážně složitější stavy. Ve FN HK je 5,33 úvazků pediatriů kliniky vázáno na 12 ambulaní cca po úvazku 0,4. Tři další terénní odborné specializované ambulance mají v součtu 1,85 úvazku pediatra. V nemocnici Náchod je celkem 6 nemocničních odborných ambulaní s úvazkem celkem 3,27.

Obr. 7.3 (PED) PLDD (odbornost 002) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Graf C ukazuje přepočtené počty PLDD v krajích ČR a součet jejich absolutních počtů v okresech KHK je 104,19, tj. 19,13 PLDD na 100 000 obyvatel kraje. Počet praktických dětských lékařů je dle prezentovaného grafu prakticky stejný jako průměr ČR (19,0/100 000).

Obr. 7.4 (PED) Neonatologie (odbornost 304) - analýza úvazků nositelů, r. 2019/09

Obraz prezentuje personální stav u neonatologů dle VZP. V oblasti neonatologie péče jsou v KHK, ale i ve všech dalších krajích, nasmlouvány pouze „mikroskopické“ úvazky a v KHK navíc jen v okrese Hradec Králové, přestože v každém okrese jsou porodnice, takže běžná neonatologická péče probíhá pravděpodobně v rámci úvazků pediatrických. Stav neonatologů, o kterém se též všeobecně hovoří jako o kritickém, nelze porovnat s jinými kraji, protože není ve veřejných statistikách dostupný.

Nedostatek zdravotnických pracovníků (jak lékařů, tak dětských sester) v kraji je tč. hlavní příčinou zhoršující se situace v zajišťování péče o nemocné děti. Tento fakt platí pro všechna dětská oddělení v kraji a v oblasti PLDD se týká zejména okresu Náchod a oblasti Broumova. Ve FN HK je zdůrazněno riziko nedostatku erudovaného nelékařského zdravotnického personálu pro poskytování intenzivní a resuscitační péče v pediatrii a neonatologii v horizontu 10 – 15 let.

V lékařských pediatrických subspecializacích je péče zajišťována zpravidla ve FN HK pouze jedním atestovaným lékařem v dané subspecializaci pro celý kraj. Budoucí specialista musí v rámci přípravy strávit dlouhodobý pobyt na akreditovaném pracovišti mimo FN HK. Jedná se o pacienty s gastroenterologickou problematikou (nárůst pacientů s těžkou formou

nespecifických střevních zánětů) a o kardiologickou, revmatologickou a plicní problematiku – hrozící deficit do budoucna souvisí s personální situací a nedostatkem odborníků.

Personální nedostatek je i v celostátních centrech. FN HK má zkušenost, která se opakuje několikrát za rok, že dítě potřebuje superspecializovanou péči a vyšší centra nechtějí pacienta přijmout, protože nemají kapacity (chybí lékařský i nelékařský personál). Tento stav se týká hlavně dětské kardiologie a kardiochirurgie ve FN Motol.

Ambulantní péče

Obr. 7.5 (PED) Pediatrie a blízké obory. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Počty ambulantních kontaktů s pacienty ve vlastní specializované pediatrii (odbornost 301 – 32 666 kontaktů) je pouze 12,4 % z kontaktů pacientů u PLDD (odbornost 002), kterých bylo v r. 2018 v KHK 263 337. PLDD výrazně v počtu ošetření dominují dokonce i nad všemi registrovanými odbornostmi dětské medicíny dohromady. V tabulce zde jsou to odbornosti 301 až 707, kde jsou zahrnuté i dětské operační obory), ve kterých bylo v r. 2018 v KHK dohromady celkem 85 770 kontaktů, což je stále jen pouze 32,6 % z kontaktů dětí u svého PLDD.

Uvedená dominance odbornosti PLDD v dětské medicíně, která zajistí cca 3 x více ambulantních vyšetření / ošetření pacientů oproti specialistům pediatriím je zajímavá i z pohledu celé naší praktické medicíny (viz kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK). Oproti stavu v zahraničí je u nás výrazně potlačen obor Praktičtí lékaři pro dospělé (PLD). V Královéhradeckém kraji je za rok něco přes 1 mil kontaktů PLD, zatímco pokud se sečtou všechny kontakty v ambulantních specializacích bez dětských odborností a bez veškeré praktické medicíny, viz tabulky v **obr. 7.1 (úvod)** a **7.2 (úvod)**, dojdeme k 2,8-3,2 milionům kontaktů, podle toho, do které kategorie zařadíme ambulantní gynekology. Poměr kontaktů s pacienty mezi PLD a ambulantními specialisty je cca 1:3 v neprospěch PLD. Analogický poměr PLDD s pediatrickými specializacemi je právě opačný.

Výpočty jsou hrubě orientační a jistě je možno proti uvedeným tvrzením namítnout, že řada „nedětských“ odborností nemá v seznamu odborností své dětské paralely, jako má např. obor ORL svoji nastavbu dětskou dermatologii, ORL apod. Zcela jistě sem s velkou klientelou dětí patří ortopedie, rehabilitace a fyzikální medicína, tělovýchovné lékařství, oční lékařství aj. a tito dětské pacienti se potom započítávají do výkonů ambulancí pro dospělé a vysoké počty výkonů ambulantních specialistů tak zkreslují, takže pro exaktnější analýzu této záležitosti by musely být k dispozici statistické tabulky s výkony, stratifikovanými pro děti a dospělé. Obecné rozdíly mezi ambulantní péčí pro děti a dospělé jsou však tak markantní, že lze tvrdit, že výkony praktických lékařů jsou pro dětskou klientelu zcela nezastupitelné a musí se s nimi i v analýze specializované pediatrie nepochybně počítat, mj. i proto, že se uvedený stav promítá i do potřeby počtu lékařů.

Obr. 7.6 (PED) Pediatrie (odbornost 301) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Počet ambulancí v KHK se v čase nemění, vyšetření za 5 let však ubylo o 9 %. Počty na 100 000 vyšetření v okresech mimo HK jsou rozloženy poměrně rovnoměrně a rozdíly mezi NA a RK lze vysvětlit vykazováním ambulantních vyšetření, kterých je převaha v nemocnicích v ON Náchod i za RK.

Obr. 7.7 (PED) PLDD (odbornost 002) – Ambulantní péče a její časový vývoj v zařízeních KHK

Počty unikátních ošetřených pacientů se v kraji výrazněji nemění, i když jejich přepočtené počty v jednotlivých okresech i jejich časový vývoj nejsou v tabulkách úplně konzistentní. Situaci ještě komplikuje fakt, že vykázaných klinických kontaktů je méně než unikátních ošetřených pacientů, což souvisí s metodikou úhrad, kde je aplikována kapitace a jednotlivé výkony u opakovaných vyšetření již nejsou vykazovány.

Stacionáře

Ve FN HK jsou 2 stacionáře. Jeden pro onkologicky nemocné děti s akutní leukémií a další onkologickou péčí, která je koordinována dalším pracovištěm ve vyšším centru, v tomto případě zejména ve FN Praha Motol. Druhý stacionář je pro pacienty s chronickými, většinou autoimunitními onemocněními. V Náchodě dětský stacionář není a další údaje o počtu a spektru stacionářů pro dětskou medicínu se nepodařilo získat.

Objevily se stížnosti na nedostatečné kapacity pro ambulantní rehabilitaci dětí, která je dost často vyžadována po ukončení lůžkové péče. Lůžková rehabilitace je k dispozici ve Státních léčebných lázních Janské Lázně OLÚ pediatriká péče, 40 lůžek a 25 (údajně dětských) lůžek v Lázeňské léčebně Lázně Bělohrad (viz kapitola VII/ Rehabilitační a fyzikální medicína /Následná lůžková péče v KHK).

Akutní lůžková péče v KHK

Několik hospitalizačních statistik pro obor Pediatrie je v následujících tabulkách.

Obr. 7.8 (PED) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách pediatrie v KHK, r.2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

V kraji je patrný útlum hospitalizací na dětských odděleních (na 92 % v pětiletém období, který jde na vrub mimohradeckých dětských primariátů). Vzestup o 28 % je na Dětské klinice FN HK, kde je oproti ostatním oddělením dvojnásobná průměrná délka hospitalizace a násobně vyšší CMI, svědčící pro těžší spektrum hospitalizovaných pacientů. Spádovost z okresů kraje mimo HK je 37,7 %, obr. 7.15 (INT) a spádovost kliniky pro mimokrajské pacienty 28,1 % (viz obr. 6.27). Obloženost dětských lůžek v kraji je všeobecně nízká a může souviset i s využíváním lůžek pro doprovod hospitalizovaných dětí.

Obr. 7.9 (PED) Počet hospitalizací dětí na všech pracovištích FNHK, r.2019

Přestože je specializace Pediatrie zcela klíčovým oborem pro organizaci, výuku, zajišťování nejtěžší léčby a celkový rozvoj dětské medicíny, je mnoho dalších sfér, které jsou pro komplexní péči o děti nezbytné. Význam PLDD pro celý systém byl dokladován v části ambulantní péče a ve zde prezentované tabulce je zobrazené spektrum péče o děti ve velké spádové nemocnici. Dětská klinika FN HK zajišťuje v nižším věkovém spektru 0-14 let vedle svých pacientů i děti v gesci ORL a Kožní kliniky cca 63 % dětí, hospitalizovaných v roce 2019. Ostatní hospitalizace probíhají převážně v operačních oborech, zejména na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie. Z neoperačních oborů pak dominují Klinika infekčních nemocí a neurologická klinika. Pokud se vezmou obě dětské věkové kategorie a oborová gesce tak, jak jsou děti příslušným klinikám/oddělením přiřazené, vychází podíl Dětské kliniky na 49,1 %. Přesnost uvedených odhadů není určitě 100 %, ale orientačně rozložení péče postačuje k poznatku, že péče o děti je značně diverzifikovaná, i když to nemění nic na

postavení pediatrie, bez které by vzdělání všech lékařů, kteří přijdou do styku s dětmi, nebylo na potřebné úrovni.

Obr. 7.10 (PED) Dětské lékařství (odbornost 301) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.11 (PED) Dětské lékařství (odbornost 301) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích pro případné další analýzy.

Vedle Dětské kliniky FN HK jsou čtyři dětská lůžková oddělení v rámci ZH KHK (Jičín, Trutnov, Rychnov nad Kněžnou, Náchod) v současné době pokládána za dostatečný počet a panuje názor, že by všechna 4 dětská oddělení by měla být zachována. Rizika, která by vznikla uzavřením jednoho z okresních oddělení jsou dvě. Došlo by k narušení LPS, která je obvykle vázaná na nemocnice a nejen na PLDD, ale i na nemocniční pediatrii. Dalším rizikem jsou porodnice, kde jsou nezbytní lékaři neonatologové. Varianta porodnice bez dětského oddělení s atestovaným neonatologem je možná, existuje však převažující názor, že tato situace není z manažerského hlediska udržitelná kvůli nedostatku lékařů, kteří by byli ochotni zajišťovat nepřetržitý provoz.

Potřeby hospitalizací a lůžek na jednotlivých pediatrických odděleních jsou v praxi flexibilně modifikovatelné formou sdíleného lůžkového fondu. Dětské chirurgičtí, ortopedičtí, ORL, dermatologičtí aj. pacienti jsou někde hospitalizováni na lůžkách dětského primariátu, někde však na dětských stanicích příslušných nepediatrických oddělení, někde na standardních lůžkách (pro dospělé) těchto primariátů. Přesně zmapované to však není, ale vzhledem k tomu, že ze zákona se má o dětské pacienty starat dětská sestra, je nutno tuto podmínku respektovat a právně ošetřit, i když podle reálných zkušeností jsou všechny sdílené varianty životaschopné a mohou fungovat dobře, zejména pokud spolu pediatrii a odborníci z dalších oborů rozumně spolupracují.

Zajímavý komentář, který se dotýká poslední poznámky, vzešel z dětského oddělení nemocnice Náchod (volně parafrázováno: „... do naší péče spadají děti a mladiství do věku 18 let + 364 dnů, tzn. do 19. narozenin. Dospělá LPS pod tuto hranici pacienta nevyšetří, byť by se jednalo o 1 den. Rovněž tak interna nepřijme např. opilého, téměř 19letého výtržníka (který mezi dětmi opravdu již nepatří), protože prý kvůli pojišťovně nemohou.“

Ve FN HK je péče o děti provozovaná ve dvou alternativách. Na Dětské klinice jsou hospitalizované děti s problematikou dermatologickou a ORL a na primariátu Dětské chirurgie a traumatologie, kde je současně oddělení dětské urologie. Dětská oddělení jsou na klinikách Neurologické, Neurochirurgické, Ortopedické, Gynekologické a Porodnické a Infekční. V okresních nemocnicích jsou příležitostně hospitalizované či ošetřované i starší děti. V tomto směru lze do budoucna doporučit, aby jednotlivé nemocnice nevedly statistiky hospitalizovaných jen podle oddělení, ale aby byla oddělení mapována i podle počtu dětí do 18 let, na nich hospitalizovaných, což by pomohlo plánování nemocničních kapacit pro děti.

Jediná oficiální dětská JIP v KHK je ve FN HK. Má kapacitu pro celý kraj (dětí s ventilační podporou, s centrálním katétre a další děti, které vyžadují vyšší péči). Okresní nemocnice řeší potřebu monitoringu (aniž by měly JIP) intermediárními lůžky. Intermediární péče je poskytována dětem, které ji potřebují, i když jsou pacienti z pohledu úhrad „jen“ na standardních lůžkách a ta nejsou zaplácena dostatečně. (Jedná se o shodný názor primářů

dětských oddělení v KHK). Ve FN HK hrozí v horizontu 10 – 15 let zcela zásadní nedostatek erudovaného NLZP pro poskytování intenzivní a resuscitační péče v pediatrii a neonatologii.

Obr. 7.12 (PED) Neonatologie (odbornost 304) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.13 (PED) Neonatologie (odbornost 304) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích, pro případné další analýzy. Jiné podklady pro posouzení stavu neonatologie získány nebyly, spolu s nejasnými personálními daty, viz. **obr. 7.4 (PED)**. Perinatologické centrum ve FN HK je vázáno na Dětskou kliniku a o jeho působnosti se zmiňuje kapitola VII. /obor Gynekologie a Porodnictví / **Akutní lůžková péče – porodnictví** a kapitola VII. / Další oblasti (oftalmologie, specializovaná centra, lékárenská péče/ Specializovaná centra/ **Centra vysoce specializované péče**. Perinatologické problematiky se dotýkají i migrační tabulky (viz obr. 6.24 a 6.25). Další analýzy ani základní data, týkající se neonatologie v nemocnicích ZH KHK, nebyly k dispozici.

Obr. 7.14 (PED) Dětské lékařství (odbornost 301) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obr. 7.15 (PED) Neonatologie (odbornost 304) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz **obr. 7.4 (úvod)** a **7.5 (úvod)**. Prognózy jak pro lůžkový fond dětského lékařství, tak neonatologie, jsou vzhledem k demografickému vývoji sestupné.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Pobyt rodiček s novorozenci v porodnici.

Okolo délky hospitalizace rodiček s novorozenci po vaginálním nekomplikovaném porodu se vede diskuze, která je evidentně kontroverzní. Doporučení odborné společnosti je hospitalizovat matku s novorozencem 72 hod (3 dny). V současné době se hledá konsensus v tom, kdo se bude starat o dříve propuštěného novorozence do doby, než je převezme do péče PLDD. Názory, které zazněly v rámci přípravných debat, lze interpretovat následovně:

- délku hospitalizace si přeje zkrátit méně než 10 % žen a je lege artis jim vyhovět, pokud je zajištěna péče příslušného PLDD a řádné dokončení všech nezbytných screeningových vyšetření novorozence,
- pro nezkracování doby hospitalizace mluví výhody prolaktačního poradenství, zajištění novorozeneckých screeningů a riziko manifestace závažných onemocnění v časném neonatálním období; vyšší spolehlivost organizačního zajištění, resp. možnost řešení v případě problému novorozence okamžitě v lůžkovém zařízení,
- časný poporodní dohled nad rodičkou i novorozencem není systematicky mimo nemocnice organizován,
- ekonomická zátěž veřejného zdravotního pojištění, při doporučeném 3denním pobytu na lůžku bez zdravotních komplikací při cca 100 000 narozených dětí v ČR, není podstatnou zátěží,
- neonatologové a zejména porodnice mají v KHK celou řadu jiných významnějších problémů k řešení.

Lékařská pohotovostní služba pro děti

LPS jsou probírány v kapitole IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby. V Královéhradeckém kraji je veřejnost informována na webu KHK¹⁷

Ve FN HK je nutno zajišťovat ÚPS na Dětské klinice na 4 úsecích, a to včetně transportní služby pro novorozence v regionu, a to v souvislosti s centrem perinatální péče. LPS je zajišťována též v prostorách Dětské kliniky. Vypomáhající externisté a lékaři FN HK naopak vypomáhají formou vedlejších úvazků i na dětských odděleních v kraji. LPS je zajišťována denně do 22 hod. lékaři PLDD, mimo tyto hodiny lékaři ÚPS. Spolu se službou oddělení Dětské chirurgie se jedná o jediná místa ve FN HK, mimo oddělení Emergency, kam v noci přichází většina akutních dětských pacientů.

Na všech dalších dětských odděleních v kraji jsou zajišťovány pohotovostní služby lékaři PLDD (v Náchodě někdy též nemocničními pediatry, kteří nejsou v ÚPS) o víkendech a svátcích v době 8-20 či 22. hod. V Náchodě a Trutnově i ve všední den do 20 hod, v Jičíně podobně jen pátek. Ve zbývajícím čase přebírá funkci LPS ústavní pohotovostní služba. Samostatnou LPS slouží o víkendech a svátcích PLDD ve Dvoře Králové n. L. (do 20 hod.) a v Novém Bydžově (do 12 hod.). Kritickou oblastí je Broumovsko, ve smyslu dalších hrozících výpadků PLDD. Pohotovostní služba je pro tuto oblast zajištěna nemocnicí v Náchodě.

V ON Jičín budou mít do budoucna problém se zajištěním sobot, nedělí a svátků. Lékaři sloužící LPS jsou z poloviny lékařky v důchodovém věku. Bez nějaké změny se může v krátké době stát, že v Jičíně a v Novém Bydžově nebude dětská pohotovost zajištěna. V tom případě by bylo nutno LPS centralizovat do Jičína. Zrušením LPS v Novém Bydžově by se tak získali 2-3 praktičtí lékaři, kteří by do Jičína do služeb dojížděli. V současnosti je podíl nemocničních lékařů na LPS výrazně vyšší než podíl PLDD. Sonda v Jičíně ukazuje, že měsíční zátěž službami na jednoho lékaře u nemocničních lékařů je 55 hod, u sloužících PLDD 8 hod. V Náchodě je pro pediatry problém, že v nemocnici není nepřetržitá služba ORL lékaře.

Následná a paliativní péče

Děti umírají v převážné většině v nemocnici. Stav domácí paliativní péče je v Královéhradeckém i Pardubickém kraji tristní a poslat novorozence z nemocnice zemřít domů je v tuto chvíli v KHK nemožné. Panuje shoda na potřebě podpory vzniku mobilního hospice pro děti dle vzoru, který funguje v Olomouckém kraji i v Praze. V Hořicích funguje mobilní hospicová péče z části i pro děti a ve FN HK je díky sponzorské podpoře Centra provázení, které podporuje nejen rodiny dětí s terminálním onemocněním, ale i případy předčasně narozených dětí, dětí s těžkým postižením nebo vzácným onemocněním. V době tvorby Analýzy měla Dětská klinika 5 dětí na domácí umělé plicní ventilaci.

Dle vedení Dětské kliniky FN HK lze očekávat potřebu aktivní spolupráce na iniciaci a realizaci paliativní péče v KHK přibližně u 30 dětských pacientů, Jde o stavy po závažné perinatální hypoxii, epileptické encefalopatie, stavy po kraniotraumatech, meningoencefalitidách. Jde o případy, kdy jsou děti postižené dle 3. až 4. stupně ZTP. Pokud jde o skutečně terminální paliativní péči, lze v celém KHK reálně očekávat potřebu u cca 10 dětí/rok. V kraji působí i Perinatální hospic Dítě v srdci, který provází rodiny očekávající narození dítěte, jemuž byla diagnostikována život limitující nemoc a očekává se, že bude žít pouze krátce.

¹⁷ Lékařská pohotovostní služba Královéhradeckého kraje – přehled [online]. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?id=314631>

305 Psychiatrie

Úvod a specifika oboru

Duševní zdraví je v ČR finančně značně zanedbanou částí zdravotnictví i sociálního systému. Podle OECD (r. 2015) je na tuto oblast vydáváno pouze 2,5% z HDP, přičemž se ostatní evropské země se pohybují v intervalu 2,0% (Rumunsko) – 5,3 % (Finsko)¹⁸ Reformu péče o duševní zdraví zahájilo MZ ČR v r. 2011 a od začátku příprav se stala předmětem rozsáhlých analýz a diskuzí, ze kterých vznikl koncepční materiál Strategie Reformy psychiatrické péče², ze kterého vychází i *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020*³ a aktuálně též *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030*⁵, schválený Zastupitelstvem KHK v červnu 2020. Velmi podrobné statistiky jsou k dispozici v periodické publikaci ÚZIS ČR Psychiatrická péče 2018¹⁹, jejíž nevýhoda je, že pokrývá pouze zdravotnickou část problematiky, zatímco se ukázalo, že má-li být reforma péče komplexní, musí se vedle zdravotnických služeb (hospitalizace i ambulantní péče) reformovat i část sociálního systému, který musí být zapojen do plánovaných center duševního zdraví a posílit i kapacity chráněného bydlení.

Zdravotnická nomenklatura, se nyní snaží rozlišovat hospitalizace:

- akutní (do cca 4 týdnů), které by se v budoucnu měly odehrávat ve větší části všech všeobecných akutních nemocnic,
- a hospitalizace dlouhodobé, odehrávající se v psychiatrických léčebnách, které jsou v současnosti většinou přejmenované na psychiatrické nemocnice (poskytující převážně následnou péči).

Poslední publikace ÚZIS ČR z r. 2021 Psychiatrická péče 2019 přináší již jasné oddělení hospitalizací v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních v akutních nemocnicích v krajích²⁰.

Psychiatrické nemocnice převážně následné péče dnes již též oficiálně akutní lůžka mají, i když vedle převládajících dlouhodobých lůžek jich je stále méně, než odpovídá faktické realitě. Jsou zde však dnes i lůžka sociální jako důsledek tlaku zdravotní pojišťoven, které odmítaly proplácet pacienty, kteří po psychiatrické stránce již nepotřebují specifickou

¹⁸ *Health at a Glance: Europe 2018, State of Health in the EU Cycle*, OECD/European Union 2018. ISSN 2305-6088, str. 27, obr. 1.6. Dostupné z: health_glance_eur-2018-en.pdf (oecd-ilibrary.org)

² *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

³ *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK-2_.pdf

⁵ *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část*. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

¹⁹ *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>

²⁰ *Psychiatrická péče 2019, zdravotnická statistika*. ÚZIS ČR, 2021. ISSN: 1210-8588, ISBN 978-80-7472-188-5. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--knihovna&id=248>

psychiatrickou léčbu, ale jsou díky dlouhodobé nemoci sociálně handicapováni a neschopni samostatného života. V rámci reformních snah je potřeba tyto pacienty deinstitucionalizovat a převést je mimo léčebny a sociální lůžka zde postupně zrušit nebo alespoň minimalizovat.

Reforma psychiatrické péče je v KHK zastoupena i regionálním konzultantem MZ ČR pro Královéhradecký kraj, Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné (Mgr. Jana Králíková), spolupracující s odborem zdravotnictví i s odborem sociálních věcí KÚ KHK, která se spolu s pracovníky sociálního odboru podílela na přípravě této části Analýzy. Sociální stránka reformy je široce pojatá i ve zdrojích, týkajících se sociální problematiky. Množství podkladů je jak v Planu sítě služeb v péči o duševní zdraví⁵, tak v materiálu Sociálního odboru Strategie KHK v oblasti sociálních služeb 2018-2026²¹, kde je na str. 62-65 v části Oblast služeb pro osoby s duševním onemocněním v rámci kapitoly Oblast služeb pro zdravotně postižené osoby, vedle tradiční problematiky mentálně postižených obsažena i pasáž, týkající se reformy duševního zdraví.

Vzhledem k rozsáhlému a komplexnímu zpracování široké sociální problematiky je zde popsána pouze zdravotnická problematika, přestože přesnou hranici mezi těmito dvěma rezortně oddělenými oblastmi nelze, z pohledu péče o pacienta, určit přesně, podobně jak je to diskutováno v kapitole VI. Lůžková péče/ Souhrn problémů lůžkových zdravotních služeb, včetně problémů na pomezí služeb sociálních a paliativních.

Dva úvodní grafy demonstrují zásadní trendy v psychiatrické problematice.

Obr. 7.1 (PSYCH) Psychiatrie. Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na schizofrenie a neurotické poruchy, r. 1998-2018

Graf ukazuje růst počtu ambulantních pacientů v ČR na příkladu dvou velkých skupin psychiatrických diagnóz. Jak v oblasti méně objemné skupiny těžkých pacientů se schizofrenií, tak u častějšího, ale lehčího onemocnění neurotického charakteru, je jasně patrný růst počtu nemocných. Je známo, že roste prevalence těchto onemocnění, více v oblasti neuróz (viz též kapitola II. Demografie a zdraví stav populace v KHK, obr. 2.68 – 2.71), ale na zvyšující se zátěži psychiatrické ambulantní sféry se může podílet i snaha omezovat psychiatrické hospitalizace a kde je to možné, převádění pacientů do ambulantní péče.

Obr. 7.2 (PSYCH) Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR r. 1995-2018

Na tabulce, reprezentující vývoj počtu psychiatrických pacientů hospitalizovaných v ČR, je patrné, že i zde celkový počet pacientů v období 13 let zřetelně vzrostl, ale růst je výraznější v prvním sloupci, kde jsou spíše pacienti s akutními hospitalizacemi, zatímco u léčeben byl růst nižší.

⁵ Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

²¹ 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>

Personální stavy

Obr. 7.3 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů, r. 2019/12

Obr. 7.4 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) - analýza úvazků nositelů výkonů - klinická psychologie (odbornost 901,) r. 2019/12

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům.**

Dle VZP je celková kapacita lékařů v nemocnicích KHK v ambulancích i u lůžek 44,05 úvazků (graf A). Srovnání počtu nemocničních lékařů v jednotlivých krajích není k dispozici, ale podle personálních normativů a pokud by se měla v KHK naplnit představa MZ ČR s předpokládaným počtem nárůstu lůžek, chybělo by v nemocnicích cca 20 lékařů. Přepočtené úvazky na 100 000 obyvatel psychiatrů i klinických psychologů, působících v nemocničních i v terénních ambulancích, jsou mezi okresy nevyrovnané (graf B), ale průměry za celý kraj jsou u obou kategorií podstatně nižší než průměry ČR (7,2, grafy B a C).

U klinických psychologů není v okrese Hradec Králové v lůžkových zařízeních registrován žádný pracovník. Nejsou však k dispozici údaje o personálu v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích (detašované pracoviště Psychiatrické kliniky FN HK. Průměr počtu psychologů v ambulantních zařízeních je výrazně pod průměrem ČR.

Ambulantní péče

Obr. 7.5 (PSYCH) Počet léčených pacientů (ÚOP) na 100 000 obyvatel v ambulantních psychiatrických zařízeních krajů, r. 2018

Počet psychiatrických pacientů, léčených ambulantně v KHK je jak u žen, tak u mužů oproti ČR podprůměrný. Tento fakt, spolu s chybějícími specializovanými ambulancemi, s nedostatkem lůžek i personálu, je mimořádně varovný. Kritická je zejména situace dětské psychiatrie a chybí taktéž gerontopsiatrii.

Obr. 7.6 (PSYCH) Psychiatrie a blízké obory. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Tabulka obsahuje počty kontaktů pacientů v celém kraji podle jednotlivých odborností poskytovatelů, rozdělené na nemocniční a terénní ambulance. Kromě ambulance návykových nemocí v léčebně FN HK – Nechanice se odehrává většina ambulantní činnosti mimo nemocnice. Další série obrazů ukazuje stav v jednotlivých odbornostech, ale pro jejich kapacitu ani činnost žádné mezikrajské srovnání k dispozici není.

Obr. 7.7 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.8 (PSYCH) Dětská psychiatrie (odbornost 306) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.9 (PSYCH) Klinická psychologie (odbornost 901) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.10 (PSYCH) Sexuologie (odbornost 309) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Převážně datové tabulky ukazují v pětiletém období poměrně vysoký nárůst výkonů s výjimkou dětské psychiatrie. Přibyla jedna psychiatrická ambulance v Trutnově, kde je ze

všech mimohradeckých okresů ambulantní psychiatrie pokryta nejlépe. V Jičíně zanikla jediná ambulance dětské psychiatrie a snížení výkonů je patrné i celokrajsky.

Důsledkem vývoje i podprůměrného počtu ambulantních výkonů v kraji v rámci celé ČR je skutečnost, že čekací doby v psychiatrických ambulancích jsou velmi dlouhé (3-4 měsíce) a nedostatek ambulantních kapacit může navyšovat potřebu akutních hospitalizací. Částečně by to mělo být kompenzováno vznikem Center duševního zdraví v každém okresu, kdy by odborný personál z nemocnic následné péče měl postupně přecházet do terénu, a to spolu s pacienty. V psychiatrické ambulantní sféře při trendu, nastoleném reformou psychiatrie, se odhaduje nárůst potřeby lékařů cca o 20 úvazků. (Podle obr. 7.3 (PSYCH), graf C je aktuálně v KHK v nemocničních a terénních ambulancích cca 27 lékařů. Podle průměru ČR by již nyní mělo být cca 39-40).

V Královéhradeckém kraji zcela chybí nebo je velmi málo specializovaných psychiatrických ambulančních, což se týká dětské psychiatrie, gerontopsychiatrie, sexuologie, oblasti návykových problémů a poruch příjmu potravy.

Stejně jako u jiných oborů se i u ambulančních klinických psychologů naráží na problém personálu a stav v KHK je výrazně podprůměrný oproti ČR (viz graf C, obr. 7.4 PSYCH). Výkony v tabulkách nejsou konzistentní a počty UOP a časový vývoj nedovolují spolehlivé posouzení stavu. Z referování psychiatrů vyplývají stížnosti, že psychologové v terénu si vybírají pouze lehké pacienty. Dalším problémem pak je psychologická diagnostika, kterou z psychologů v terénu nikdo nedělá – snazší a finančně výhodnější je věnovat se psychoterapii. Klinických psychologů, kteří se zaměřují na dětské pacienty, je v kraji velmi málo a zbylí tak musí fungovat zároveň pro dospělé i pro děti.

Stacionáře

Ve FN HK – dočasně stacionář nefunguje (personální důvody). Je koncipován pro pacienty s úzkostnými, afektivními poruchami a je zde prováděna psychoterapie. V Jičíně není stacionář, ale je zde požadavek na vytvoření 10 míst v budoucnu.

Centra duševního zdraví (CDZ)

V kraji v tuto chvíli fungují 2 CDZ, po fázi pilotního projektu již pracují v ostrém provozu v Hradci Králové a v Trutnově. Vyhodnocení práce není ještě k dispozici, ale povede-li se vybudovat 1 CDZ v každém okrese, tak jak se v koncepci MZ ČR počítá, budou vyšší požadavky na personál, zejména na sestry a sociální pracovníky. Předpokládá se, že CDZ dokáží odlehčit ambulantní i lůžkové péči. V KHK by měla fungovat celkem 4 CDZ plus jedno CDZ-K (pro krizové intervence), což reprezentuje nárůst potřeby o cca 7 psychiatrů, 5 klin. psychologů, 45 zdravotních sester a 45 specializovaných sociálních pracovníků. K tomu se počítá pro celý kraj jedno CDZ se specializací pro děti, 2 stacionáře pro semiakutní pacienty, 3 stacionáře pro demence a 3 týmy pro rychlou intervenci. V každém okrese by měl existovat rehabilitační tým, 2 ambulance dětské psychiatrie, 25 míst pro chráněné bydlení²²

²² 4. Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ), 5. Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním, 6. Standard akutní lůžkové psychiatrické péče, str. 35-58. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, Ročník 2016, Částka 5, 26. dubna 2016. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-5-2016/>

CDZ by měla pokrýt i potřeby pacientů, kteří se začnou vracet z dlouhodobé (následné) péče v Psychiatrických nemocnicích (léčebnách), ale z hlediska personálních potřeb a finančního pokrytí se to aktuálně jeví jako velmi těžko realizovatelné. Nicméně aktuální stav ukazuje, že zanedbanost potřeb ambulantních psychiatrických pacientů je mimořádně vysoká a jedná se o potřebu řešení s vysokou prioritou.

Akutní lůžková péče v KHK

Základní charakteristika akutních psychiatrických hospitalizací

Dva následující obrazy znázorňují v tabulkách a grafech veškeré hospitalizace (akutní i dlouhodobé) v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR podle kraje bydliště pacienta v r. 2018, odděleně pro věk 15 let a více a 0-14 let v relativních hodnotách, počet hospitalizací na 100 000 příslušné populace.

Obr. 7.11 (PSYCH) Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních ve věku 15 let a starších podle kraje bydliště, r. 2018 (hospitalizovaní jsou uváděni v počtech na 100 000 příslušné populace)

Hospitalizovanost dospívající a dospělé populace je pod průměrem ČR a z klinických zkušeností je to doklad nízké lůžkové kapacity v kraji, která omezuje zejména hospitalizace akutní. Spektrum hospitalizací bude diskutováno v dalším textu, ale z grafu vyplývá, že pro obyvatele KHK znamená nízký počet hospitalizací, že šance pacienta na potřebnou psychiatrickou hospitalizaci je zde čtvrtá nejhorší v ČR.

Obr. 7.12 (PSYCH) Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních ve věku 0-14 let podle kraje bydliště, r. 2018 (hospitalizovaní jsou uváděni v počtech na 100 000 příslušné populace)

Mnohem horší situace je však oproti dospělým hospitalizovaným pacientům ve věkové skupině 0-15 let a děti s psychiatrickým onemocněním mají nejnižší šanci být někde v ČR hospitalizováni. Stav v oblasti dětské psychiatrie (i v souvislosti s absencí lékařů specialistů) lze pokládat za katastrofální.

Obr. 7.13 (PSYCH) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách psychiatrie v KHK, r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Na třech odděleních v kraji je vysoká obloženost, kratší doba hospitalizace ve FN HK a v ON Náchod a vyšší CMI ve FN HK.

Obr. 7.14 (PSYCH) Charakteristika akutních psychiatrických oddělení v KHK

Akutní psychiatrický lůžkový fond je popsán podrobněji dále. Zde je zobrazena jen základní situace, kdy je administrativně celkem k dispozici 114 lůžek, z toho 51 je z technických či personálních důvodů mimo provoz. Urgentní pacienty je schopna přijímat pouze psychiatrická klinika ve FN HK. Údaje o počtu lůžek se ve FN HK podle různých zdrojů mírně liší. V obou primariátech ZH KHK je zavřená část lůžek pro nedostatek personálu a technické problémy v ON Jičín. Primariát v ON Náchod je lokalizován mimo náchodskou nemocnici v Novém Městě n. Metují.

Obr. 7.15 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.16 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích pro případné další analýzy.

Spektrum pacientů je na obou grafech charakteristické pro psychiatrickou péči a s výjimkou duševních poruch způsobených návykovými látkami v Jičíně se markantněji neliší.

Obr. 7.17 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r. 2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz obr. 7.4 (úvod) a 7.5 (úvod). Prognóza, vystavěná na striktně demografických parametrech, ukazuje zdánlivě nulovou potřebu navyšování počtu lůžek. V tomto případě je zavádějící, protože stárnutí populace evidentně neovlivní potřebu psychiatrické péče, která je rozprostřena rovnoměrně mezi všemi populačními skupinami. Současný deficit lůžek je proto pouze projikován do dalších let. Metodika prognózy rovněž nebere v potaz, že počet dlouhodobých lůžek se bude snižovat. Část dlouhodobých pacientů bude převedena do ambulantní léčby a případné relapsy jejich onemocnění budou vyžadovat intervenci na akutních lůžkách, kterých je již dnes nedostatek.

Další informace o stavu akutního psychiatrického lůžkového fondu v KHK

V ČR bylo v r. 2018 psychiatrických lůžek celkem v psychiatrických léčebnách / nemocnicích pro dospělé 8 684, pro děti 210 a v akutních nemocnicích 1317¹⁹. V psychiatrických nemocnicích (léčebnách) jsou převážně lůžka klasifikovaná jako následná nebo dlouhodobá OLÚ (viz obr. 6.34) a naopak v akutních nemocnicích jsou lůžka akutní, s předpokládanou dobou hospitalizace cca 4 týdny, považována za výlučně akutní, pokud není řečeno jinak. V rámci FN HK tak funguje vedle akutních lůžek i 56 lůžek Léčebny návykových nemocí v Nechanicích – klasifikace VZP č. 3U8 ZP (jediná neakutní psychiatrická lůžka v KHK).

V akutních nemocnicích v KHK jsou tři psychiatrická lůžková oddělení. Jsou ve FN HK (63 lůžek na psychiatrické klinice), v Jičíně (15 lůžek) a v Novém Městě nad Metují (20 lůžek, organizačně jde o součást ON Náchod, a.s.) Všechna lůžka jsou deklarována jako akutní. Počet akutních psychiatrických lůžek je však pro urgentní neplánované akutní hospitalizace nedostačující a tyto hospitalizace jsou možné jen ve FN HK. Obě další oddělení nejsou kvůli technickému stavu schopná urgentní pacienty přijímat a jsou zde pro pouze plánované příjmy. V Novém Městě n. M. by podle prostorových dispozic mohlo být provozováno navíc dalších 20 (neurgentních) lůžek, brání tomu však nedostatek personálu (celkem tč. obsazeno pouze 2,8 úvazku lékařů zabezpečujících i ambulance a nepřetržitý provoz, což je v diskrepanci s obr. 7.3 (PSYCH), kde jsou nasmlouvané, nikoliv obsazené úvazky lékařů). Urgentní příjmy neklidných pacientů by byly možné jen po technických úpravách, které by umožnily provoz uzavřeného lůžkového oddělení. V nemocnici Jičín se počítá s výstavbou, příp. přestavbou lůžkového psychiatrického oddělení, s cílem navýšení lůžkové kapacity na cca 30 lůžek.

Aktuálně je v KHK provozováno 98 akutních lůžek (nasmlouváno 114) a pouze Psychiatrická klinika FN HK je schopná přijímat pacienty urgentní. Celkový počet všech (akutních) hospitalizací ve FN HK v r. 2018 byl 881, v Jičíně 176 a v Novém Městě n. M. 338. V celém kraji je tedy ročně cca 1400 akutních hospitalizací a k tomu cca 700 akutních hospitalizací mimo kraj. Údaj, kolik z nich bylo celkem urgentních, není k dispozici, ale akutních lůžek v každé z Psychiatrických nemocnic Havlíčkův Brod a Kosmonosy, která obsazují pacienti

¹⁹ Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>

z KHK, je asi 25⁵ a převozy, kdy FN HK nemůže pacienta urgentně přijmout, jsou dle údajů psychiatrů časté. Dle koncepce Psychiatrické společnosti z r. 2008 by bylo v KHK potřeba 165 akutních lůžek (dojezdová vzdálenost do 50 km)²³ a dle novější koncepce MZ ČR z r. 2016 dokonce 220 akutních lůžek (dojezdová vzdálenost optimálně 60 min, maximálně do 120 min).²²

Všechna uvedená fakta podporují potřebu posílení akutních (tj. krátkodobějších, cca 4týdenních) hospitalizací, které by se neprodlužovaly na dlouhodobých lůžkách v léčebnách. Umožnily by operativně realizovat kratší hospitalizace v rozumné dojezdové vzdálenosti pro blízké pacienta a s rychlým přesunem pacienta do ambulantní péče. Počet dalších, nad rámec stávajících akutních psychiatrických lůžek v KHK, je cca 40 – 50, což odpovídá odhadu počtu virtuálních lůžek mimo KHK, která využívají akutní pacienti, které nebylo možno v KHK hospitalizovat.

Vzhledem k stávajícímu personálnímu deficitu v lůžkové i ambulantní sféře nebude nedostatek psychiatrických akutních lůžek pravděpodobně možno řešit okamžitě, ale přehlížení tohoto problému trvá již dlouho a dle údajného postoje ředitelů jednotlivých nemocnic není pokládáno řešení uvedeného lůžkového deficitu za prioritu. Určitou možností zlepšení je uvolnění hospitalizační kapacity v psychiatrických nemocnicích, pokud se v jejich rámci sníží počet chronických pacientů o předpokládaných 20 % (viz dále) a zdravotní pojišťovny v jejich případech nasmlouvají další akutní lůžka, která de facto aktuálně provozují. Dojezdové vzdálenosti z KHK jsou ale pro toto řešení nevhodné.

Díky nedostatku lůžek je v KHK mj. ohrožena i akreditace pro specializační výuku psychiatrie. Skutečnost, že v Jičíně nemají pacienti s urgentními stavy, je též důvodem, pro který v Jičíně nemají akreditaci pro vzdělávání. Nové Město n. M. má akreditaci pouze na kmen. Holding v tuto chvíli nedokáže zabezpečit výchovu kvalifikovaného psychiatra. FN HK nedokáže zabezpečit celé vzdělání u adeptů dětské psychiatrie a vůbec není v kraji k dispozici možnost vzdělávání v gerontopsychiatrii.

Dětská lůžková psychiatrie

V KHK neexistuje poskytovatel dětské lůžkové psychiatrické péče a dostupnost akutní dětské lůžkové psychiatrie je špatná. V ČR jsou pouze tři dětské psychiatrické léčebny, Opařany (okres Tábor), Louny a Velká Bíteš (okres Žďár n. Sázavou a 24 dětských lůžek je v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod).

Zdrojová tabulka k obrazu výše, **obr. 7.12 (PSYCH)** ukazuje, že v r. 2018 bylo z KHK hospitalizováno 62 dětí mladších 15 let. Přepočteno na 100 000 obyvatel této věkové skupiny to je 72,7 hospitalizovaných dětí z KHK (z Pardubického kraje 87,0 dětí). Průměr v ČR je

⁵ Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>

²³ Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008. [on-line] [09-09-2013]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf

²² 4. Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ), 5. Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním, 6. Standard akutní lůžkové psychiatrické péče, str. 35-58. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, Ročník 2016, Částka 5, 26. dubna 2016. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-5-2016/>

přítom 165,7 dětských hospitalizací na 100 000 obyvatel, což znamená, že Královéhradecký i Pardubický kraj, jsou dva kraje s nejhorsí dostupností akutní dětské lůžkové psychiatrické péče v ČR. Panuje shoda na tom, že kraj by se měl snažit s nejbližšími dětskými léčebnami domluvit aktivnější režim spolupráce. Dostupnost dětské lůžkové psychiatrické péče v KHK je navíc komplikována i poklesem výkonů a špatnou dostupností dětské psychiatrie i v oblasti ambulancí.

Následná lůžková péče v KHK

Obr. 7.18 (PSYCH) Spektrum hospitalizovaných psychiatrických pacientů s bydlištěm v KHK, r. 2018

Na tomto obrazu je schematicky zobrazeno rozdělení pacientů s bydlištěm v KHK, kteří vyžadují hospitalizaci. Horní řádky zobrazují akutní hospitalizace (ošetřovací doba okolo 4 týdnů), které se odehrávají v KHK na disponibilních 98 lůžkách. Asi 2/3 z 2103 pacientů, (1416) tvoří pacienti, které se podaří urgentně nebo plánovaně hospitalizovat na akutních lůžkách v KHK. Zbývající třetina jsou většinou urgentní pacienti, často přivezení do FN HK v noci, kteří nemají k dispozici potřebné lůžko a musejí proto být transportováni do nemocnic v Havlíčkově Brodě nebo v Kosmonosech. Zde využívají v průměru cca po 20-25 virtuálních akutních lůžkách každé z obou léčeben.

Dolní část tabulky tvoří 328 pacientů, kteří byli dlouhodobě v r. 2018 hospitalizováni mimo kraj, převážně v Havlíčkově Brodě (166), v Kosmonosech (111) nebo jinde v ČR (51). Délky hospitalizací jsou sumarizovány ve dvou krajních sloupcích vpravo a hrubě lze odhadnout, že pacienti celkem využívali 200-300 lůžek mimo KHK. Presentované počty (2431) jsou z materiálů Mgr. J. Králíkové, regionální konzultantky MZ ČR pro Královéhradecký kraj v rámci Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné.

Na posledním řádku je celkový počet hospitalizovaných obyvatel KHK (2719) podle ročenky Psychiatrická péče 2018, ÚZIS ČR, 2019¹⁹. V celkovém množství hospitalizovaných v celé ČR se tak liší celkové počty MZČR (2431) a ÚZIS ČR (2719) (Psychiatrická péče 2018). Vzhledem k tomu, že pohled na hospitalizace může být dvojitý, podle toho, zda pacient leží v akutní nemocnici (akutní hospitalizace) nebo psychiatrické nemocnici (dlouhodobá hospitalizace), je obtížné určit počet akutních a dlouhodobých hospitalizací a odhadovat i počet lůžek pro dlouhodobé hospitalizace, natož specificky jen pro pacienty z KHK. Bohužel ani v nové struktuře ročenky Psychiatrické péče 2019²⁰ nejsou metodika ani konečné počty vyjasněné.

Přes veškeré nepřesnosti lze však alespoň orientačně odhadovat, že dlouhodobých hospitalizací občanů KHK, je cca někde mezi několika sty a maximálně jedním tisícem a pacienti KHK využijí z lůžek Psychiatrických nemocnic cca 200-300 lůžek, tedy v každém případě méně, než lůžek a hospitalizací akutních. Pro KHK, který nemá žádná dlouhodobá psychiatrická lůžka (s výjimkou Léčebny návykových nemocí FN HK v Nechanicích), jsou hlavními spádovými místy pro tyto dlouhodobé hospitalizace Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (pro Jičínsko a Trutnovsko) a Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod (pro Hradecko, Rychnovsko a Náchodsko). (Pozn. diskuse o lůžkách v psychiatrických léčebnách

¹⁹ Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>

²⁰ Psychiatrická péče 2019, zdravotnická statistika. ÚZIS ČR, 2021. ISSN: 1210-8588. ISBN 978-80-7472-188-5. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--knihovna&id=248>

je i v kapitole VI. Lůžková péče, v části Následná péče a u komentářů k obr. 6.34 a 6.35, kde se diskutuje i o faktu, že absence dlouhodobých psychiatrických lůžek v KHK ovlivňuje statistiku veškerých následných a dlouhodobých lůžek v KHK.

V KHK není s výjimkou Léčebny návykových nemocí FN HK v Nechanicích žádná psychiatrická nemocnice (léčebna), a proto zde nejsou žádná následná lůžka pro psychiatrii a ani se neuvažuje o jejich vzniku. V rámci reformy psychiatrické péče bude dle záměru MZ ČR docházet naopak ke snižování počtu lůžek následné péče o 20 %, během následujících 4 let, ze kterých by se mělo tedy asi cca 200 pacientů přesunout hlavně do ambulantní péče se zázemím Center duševního zdraví. V tomto směru to bude znamenat finanční zátěž i pro sociální systém, kde se počítá s poměrně velkým posilováním kapacit v pobytových sociálních službách.

Uvedený proces bude pokračovat pravděpodobně postupně. Podle diskuze s pracovníky odboru sociálních věcí KÚ KHK se zdá, že přesun několika desítek chronických pacientů z léčeben do ambulantní sféry by, při aktuálním objemu poskytovaných sociálních služeb všem seniorům a mentálně postiženým, neměl celý systém podstatněji zatížit, pokud si je převezmou k dohledu plánovaná CDZ. Ale pokud by byly orientační odhady propouštěných pacientů z léčeben správné a pokud budou všichni z propouštěných vyžadovat chráněné bydlení, bude zátěž podstatně vyšší. Hlavní problém lze však očekávat spíše při kompenzaci stávajícího deficitu ambulantní péče v celé psychiatrické sféře a budování center duševního zdraví. Zde zatím MPSV příliš aktivní není a rozpočtově se u něj reforma psychiatrické péče zatím neposiluje.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice. Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba je zdravotní službou poskytovanou osobě, která pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek. a přijetí klienta by proto nemělo záviset jen na změřené hladině alkoholu v krvi (nyní příjem v KHK až nad jedno promile). Povinnost zajištění provozu záchytné stanice na svém území je kraji dána zákonem.

V Královéhradeckém kraji tuto službu poskytuje Protialkoholní záchytná stanice Královéhradeckého kraje (příspěvková organizace) se sídlem Brněnská 88, Hradec Králové. V záchytné stanici je zároveň poskytována léčebně preventivní ambulantní činnost protialkoholní poradny. Panuje shoda, že je nutno tuto Protialkoholní záchytnou stanici v KHK zachovat.

Léčebna návykových nemocí FN HK v Nechanicích má k dispozici pouze 6 lůžek „měkčího detoxu“ a v případě závažnějších případů musí využívat i lůžka psychiatrické JIP v hlavním areálu FN HK, popřípadě lůžka v kraji, v Kosmonosech, event. i v OLÚ Albertinum Žamberk v Pardubickém kraji.

Spolupráce s praktickými lékaři. PL získali možnost preskripce běžných psychofarmak a je snahou, aby přebírali do péče jednodušší pacienty s úzkostnými poruchami a s depresemi. Vývoj zde jde postupnými kroky a vyžadoval by intenzivní spolupráci mezi oběma obory.

402 Onkologie

(klinická onkologie a radiační onkologie, resp. radioterapie)

Úvod a specifika oboru

Mezinárodní seznam nemocí MKN-10²⁴ klasifikuje choroby nekonzistentně, takže hlavní skupiny jsou formovány podle různých hledisek, zejména podle postižení orgánů, podle příčin a nebo podle charakteru patologického procesu. Nádorové procesy mají svoji skupinu II. a ta má několik částí.

II. Novotvary.

- V části C00-C97 jsou všechny zhoubné (maligní) nádorové procesy a ty lze je rozdělit do dvou podmnožin.
 - Jednou z nich jsou mízní a krvetvorné tkáně (C81-C97), a těmi se zabývá *podobor vnitřního lékařství, hematologie*, popřípadě ještě úžeji specializovaná *onkohematologie*.
 - Všemi ostatními maligními nádory (C00-C80) se zabývá *obor onkologie*.

V oboru onkologie pracují dvojí specializovaní lékaři, a to Kliničtí onkologové a Radiační onkologové. Jejich klinická činnost se výrazně prolíná a organizačně bývají spojeni v jednom oddělení/klinice. Proto je i většina statistických údajů v této části spojená dohromady, pokud není řečeno jinak. Činnosti související s hematoonkologií jsou klinicky i organizačně zahrnuté do oblasti hematologie, tj. do vnitřního lékařství. Pro rozsáhlost interního lékařství jsou však některé statistické údaje týkající se hematoonkologie zahrnuté do této části Analýzy/kapitoly VII., společně s onkologií. Při pohledu na příčiny onemocnění a způsoby léčby jsou si obě disciplíny blízké (chemoterapie nebo imunologická terapie) a obě kliniky, které obory reprezentují, sídlí ve FN HK v jedné budově a mají sdílenou JIP. Svěbytnost obou klinik, Kliniky onkologie a radioterapie a IV. interní hematologické kliniky, však zůstává zachována, a aby to bylo i formálně viditelné, je tam, kde by to mohlo být matoucí, na správné zařazení činností upozorňováno.

Výhled oboru onkologie

Mortalita na onkologická onemocnění (MKN-10, skupina II, viz obr. 2.59 a 2.60) je druhá nejvyšší v ČR, po nemocech oběhové soustavy, jejich incidence i prevalence v ČR velmi rychle roste (viz obr. 2.70) a možnost jejich prevence je vysoká (obr. 2.67), i když ochota populace k využívání screeningu je poměrně malá, podobně například jako vyhýbání se škodlivinám jako kouření (viz. obr. 5.49-5.54, 5.65, 5.66).

Obr. 7.1 (ONKO) Vývoj incidence, prevalence a mortality na onkologická onemocnění v KHK a v ČR (na 100 000 obyvatel, zhoubné nádory C00-C97)

Oba prezentované grafy KOC FN HK zobrazují různý časový interval, nicméně dokladují za všechny skupiny maligních nádorů (včetně onkohematologických), že mortalita z onkologických příčin se výrazněji nezhoršuje díky časnějšímu zachytu a díky lepším léčebným výsledkům. Proto incidence nádorových onemocnění roste, ale při delším přežívání a stárnutí populace roste i prevalence, tj. počet lidí s onkologickým onemocněním v populaci, přibývá tak dispenzarizovaných pacientů i léčebných výkonů.

²⁴ MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární 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>

Obr. 7.2 (ONKO) Incidence nádorů C00-C97 v okresech KHK, r. 2016

Tabulka zobrazuje incidenci nádorů v jednotlivých okresech KHK v absolutních a relativních hodnotách podle hlášení v Národním onkologickém registru (dále jen „NOR“). Rozptyl hodnot ve srovnatelných číslech mezi okresy (sloupec vpravo) je víc než 10 %. Příčiny těchto rozdílů se lze vysvětlit jen z části, ale určitě je potřeba výskyt sledovat a lokálně ho respektovat v souvislosti s potřebou screeningu, popřípadě i plánováním kapacit pro paliativní léčby. Lokální dopady na rozsah a kvalitu kausální, technologicky velmi náročné léčby, velké nejsou, protože onkologická léčba je v rámci kraje výrazně centralizovaná.

Obr. 7.3 (ONKO) Celokrajská statistika KOC Hradec Králové, r. 2016

Onkologie je v kraji organizována Komplexním onkologickým centrem ve FN HK (dále jen „KOC HK“), jehož spádovým územím je celý KHK. Zajišťuje veškerou léčebnou radioterapii na lineárních urychlovačích a biologickou léčbu. Vedle své klinické činnosti je KOC hlavním garantem sběru dat pro NOR ve správě ÚZIS ČR. Onkohematologická onemocnění u dospělých spadají pod IV. interní hematologickou kliniku, která je mj. jedním z pracovišť v ČR, kde se provádějí transplantace kostní dřeně a kde je speciální izolační JIP pro transplantované hematologické pacienty, která zajišťuje léčebný režim ve vysoce sterilním prostředí.

Personální stavy

Tak jako u všech ostatních oborů je nedostatek zdravotnických pracovníků tč. hlavní příčinou zhoršující se situace v zajišťování onkologických služeb. Týká se to zejména Trutnova, Náchoda a Rychnova n. K., a to jak v onkologii, tak v interně. Situace je stabilizovaná v Jičíně i ve FN HK, ale kapacita lékařů zde neumožňuje potřebnou výpomoc oslabeným nemocnicím. Hlavní personální deficity jsou u lékařů a radiačních fyziků. Situace se stabilizovala u radiologických asistentů, kteří jsou nyní vzděláváni též na blízké Univerzitě Pardubice.

Obr. 7.4 (ONKO) Klinická a radiační onkologie (sloučené odbornosti 402 a 403) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Grafy B a C ukazují vysoký podíl ambulantních lékařů v nemocnicích oproti terénním ambulancím. Celkový počet ambulantních lékařů v KHK je zřetelně pod celostátním průměrem. Graf D ukazuje, že podíl starších lékařů je oproti jiným oborům relativně nízký. Podle předcházejícího obrazu **7.3. (ONKO)** má onkologie vysoký podíl mladých rezidentů. (Pozn.: tento parametr by měl být k dispozici pro všechny obory v kraji, protože reprezentuje nejen míru personálního ohrožení oboru, ale též schopnost jednotlivých pracovišť atrahovat do příslušného oboru lékaře absolventy.

Ambulantní péče

Základní ambulantní statistiky

Obr. 7.5 (ONKO) Onkologie a hematologie včetně hematoonkologie. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr. 7.6 (ONKO) Onkologie (odbornost 402) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.7 (ONKO) Radioterapie (odbornost 403) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.8 (ONKO) Onkologie + radioterapie (odb. 402 + 403) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.9 (ONKO) Hematologie (odbornost 202) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Větší část ambulantní činnosti se odehrává v nemocničních ambulancích. Datové tabulky, pokrývající detaily jednotlivých okresů ukazují minimální vykazování výkonů v Rychnově n. Kněžnou, které je pravděpodobně skryto pod ON Náchod. Ve sledovaném časovém období je registrováno snížení výkonů odbornosti radioterapie a naopak velké zvýšení v odbornosti klinická onkologie, které se promítá i do tabulky **obr. 7.8 (ONKO)** se součtem obou odborností a dosahuje během 5letého období cca 10 %. Přestože zdravotní pojišťovny oba obory formálně striktně odlišují, je mezi nimi odborně (alespoň pro ambulantní sledování pacienta) těsná vazba, která v praxi umožňuje jejich zaměnitelnost. Metodika, podle které jsou tabulky vytvářené však nedovoluje v rámci bodové produkce specifikovat ambulantní výkony, např. v radioterapii nelze posuzovat počty ozařovaných nebo v klinické onkologii podávání chemoterapie nebo biologické terapie. V oblasti hematologie je nárůst ambulantních kontaktů v čase, ale počet unikátních pacientů (UOP) spíše klesl. Poznámka o spojeném vykazování mezi ON Náchod a nemocnicí v RK, která nedovoluje posoudit situaci v okrese Rychnov n. Kněžnou platí i zde.

Stacionáře

V Královéhradeckém kraji je z celkem dvou různých zdrojů a metodik sledování 19 ambulancí (ÚZIS ČR) a 22,5 dle KOC HK. Metodika se může lišit podle toho, zda se sledují prostory pro lékaře (maximální možné nasmlouvané úvazky) nebo skutečně nasmlouvané úvazky lékařů a prováděné výkony. V současné době personálních krizí je dostupnost pro pacienty dána více počtem personálu, který je k dispozici, nežli zajištěnou kapacitou. Příčina je v nedostatku lékařů v oblasti Náchod a Rychnov n. Kn.

Lůžek v ambulantních stacionářích je tč. v kraji celkem 65 (**viz obr. 7.3. (ONKO)**). Ve FN HK je cca ¼ z 26 míst decentralizována mimo Kliniky onkologie a radioterapie na Plicní kliniku a Porodnickou a gynekologickou kliniku. FN HK nebude požadovat navýšení těchto lůžek za předpokladu, že s rozšiřováním potřeby chemoterapie a biologické terapie se budou příslušní pacienti decentralizovat do okresů a že v rámci očekávané centralizace chirurgické a urologické onkologické operativy budou k ambulantní léčbě ve stacionářích vraceni pacienti zpět do kmenových okresů. Podobně to již dnes funguje v oblasti plicních nádorů, kde FN HK zajišťuje pneumochirurgii pro Pardubický kraj. Odhad potřeby nárůstu lůžek v onkologických stacionářích ostatních okresů KHK mimo Hradec Králové je cca 5 na každý okres. Ředění cytostatik pro celý holding je zatím zajištěno v nemocnici v Náchodě a bude se po zprovoznění nové nemocniční lékárny v Jičíně provádět i tam.

Akutní lůžková péče v KHK

Základní statistický přehled onkologických hospitalizací

Obr. 7.10 (ONKO) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách onkologie a radioterapie v KHK, r.2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018. Doplněno i o hematoonkologická lůžka ve FNHK.

Dle zprávy KOC HK disponují 4 nemocnice ZH KHK onkologickým oddělením. Lůžková oddělení jsou v Jičíně a Trutnově a nemocnice jsou vybavené ambulancemi, stacionářem a kobaltovým ozařovačem pro paliativní ozařování. Nemocnice v Náchodě a Rychnově n. Kn. jsou vybavené pouze ambulancemi a stacionářem. Lůžka, která jsou uváděná v tabulce se ve

FN HK liší od lůžek, kterými přímo disponují jednotlivé kliniky, tj. 62 lůžek Kliniky onkologie a 65 lůžek IV. interní hematologické kliniky. Čísla se však liší od počtu lůžek, v tabulce, na kterých se odehrávají hospitalizační případy příslušných odborností, tedy odbornosti 402 a 403 (onkologie a radioterapie) s 86 smluvními lůžky, a odbornost 202 (hematologie) s 51 lůžky. Počty hospitalizací a další hospitalizační parametry vycházejí z příslušných DRG případů a rozdílné počty lůžek z uvedených dvou pohledů jsou spojené s faktem, že se jedná o z části sdílený lůžkový fond, který je využíván i pro neonkologické pacienty a k celému lůžkovému fondu patří i spojená JIP obou klinik, organizačně však zařazená pod IV. interní hematologickou kliniku.

Časový počet hospitalizací na onkologických odděleních celého kraje mírně klesá (na 95 %) a na hematologii stoupá (na 128 %), ale vývojová křivka je výrazně kolísavá a v onkologii se lišící mezi jednotlivými odděleními. Dlouhodobý výhled z tohoto vývoje není jednoduché určit.

Obr. 7.11 (ONKO) Onkologie a radioterapie (odb. 402 a 403) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.12 (ONKO) Onkologie a radioterapie (odb. 402 a 403) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým výkonem u případů se základní diagnózou onkologického onemocnění

Obr. 7.13 (ONKO) Přehled léčených DRG bazí BEZ chirurgického výkonu u případů se základní diagnózou onkologického onemocnění

Obr. 7.14 (ONKO) Hematologie vč. hematologické (odb. 202) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.15 (ONKO) Hematologie vč. hematologické (odb. 202) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích pro případné další analýzy, neposkytují však v tomto případě klíčovou informaci o počtu výkonů, které by charakterizovaly objem ozařovaných pacientů.

Spektrum hospitalizačních diagnóz dobře nezobrazuje tíži a stádia onemocnění ani necharakterizuje prováděné výkony, nejen radiační, ale i např. počty pacientů s biologickou léčbou nebo počty transplantací kostní dřeně. To vše by v základním datasetu každého oboru mělo být v budoucnu doladěno, tak jako jsou jednoduše zmapovány počty porodů nebo císařských řezů v porodnictví nebo počty MR vyšetření v radiodiagnostice.

Podle expertních posouzení kliniků je počet tří onkologických lůžkových oddělení v kraji (Hradec Králové, Jičín, Trutnov) pokládán za dostatečný. Onkologických lůžek je v kraji celkem 134, z toho FNHK 86 a 48 ZH KHK, viz **obr. 7.10 (ONKO)**. Objem kapacit pro standardní onkologickou léčbu je celkem uspokojivý, ale potřeba lůžek v rámci demografických prognóz bude pravděpodobně v budoucnu, s ohledem na růst incidence onkologických onemocnění, narůstat. Další onkologičtí pacienti jsou, v případě upřesňování diagnózy a rozhodování o možnosti chirurgického řešení, hospitalizováni na příslušných klinikách/primariátech chirurgické orientace. Výraznější zapojení do onkologické problematiky se týká ve FN HK ještě Plicní kliniky a Porodnické a gynekologické kliniky FN HK, jak bylo zmíněno u léčby na stacionářích. Veškeré ozařování probíhá na Klinice onkologie a radioterapie FN HK, která onkologickou léčbu v rámci KOC FN HK koordinuje.

V ON Jičín se očekává v rámci útlumu kobaltového zářiče spíše snižování onkologických lůžek a posílení stacionáře. Onkologie zde potřebuje více než akutní lůžka dostatek interních a chirurgických kapacit pro léčbu komplikací. K výraznějším změnám pravděpodobně dojde až

po ukončení výstavby nového onkologického oddělení. V Trutnově bude proces asi podobný, ale zatím nebylo rozhodnuto, jak řešit kvalitu pokojů pro onkologické pacienty. Jedna z možností by byl přesun pacientů na internu nebo vytvoření společných lůžek pro onkologii a internu.

Výrazným problémem oboru je aktuální nedostatek interních lůžek pro pacienty s komplikacemi po onkologické terapii (např. plicní či kardiologické). Zejména je to problémem v okresech Náchod a Rychnov n. K., kde nejsou lůžková onkologická oddělení. Z tohoto důvodu je nad rámec demografického vývoje potřeba počítat s potřebou cca 30 lůžek v kraji (10 ve FN HK, 20 v rámci holdingu). Zda to bude na onkologiích či na internách je věcí lokální dohody.

Obr. 7.16 (ONKO) Onkologie a radioterapie (odb. 402 a 403) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r. 2030

Obr. 7.17 (ONKO) Hematologie vč. hematoonkologie (odb. 202) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz **obr. 7.4 (úvod) a 7.5 (úvod)**. Předpokládané navýšení pro oba obory, onkologii a onkohematologii je pravděpodobně podhodnoceno. Obecný nárůst onkologických onemocnění je potencován nejen zvyšujícím se věkem, ale potřebu péče zvyšují i rozvíjející se klinické technologie, které by již dnes potřebovaly, aby se do onkologie více zapojila i léčba internisty. Určitou část požadovaného nárůstu by však měly uspokojit i požadavky na nárůst počtu následných a dlouhodobých lůžek, jejichž nedostatek akutní onkologická i interní lůžka blokuje, zejména v době, kdy pacient vyžaduje zejména paliativní léčbu.

Následná lůžková péče v KHK

Lůžková péče následná a paliativní

Paliativní péče je tč. problémem a není současnými LDN, domácí péčí a hospicovou péčí dostatečně pokryta. Počet lůžek pro onkologické pacienty je potřeba v následné lůžkové péči zvýšit, cca o 5 na okres a posílit hospic i hospicovou domácí péčí. Zda to bude cestou specializovaných lůžek v LDN nebo v akutních nemocnicích záleží na dohodě se zdravotními pojišťovnami a na organizačních možnostech v rámci FN HK a holdingu. Shoda je též na potřebě vzniku lůžkového hospice ve městě Hradec Králové. Rehabilitace v následné péči není dostatečná.

Pozn. k terminologii: onkologové používají v souvislosti s paliací dva termíny, *paliativní léčba a paliativní péče*, které mají odlišný význam. Paliativní léčba je léčba u pacientů, kde nelze onemocnění radikálně vyléčit nebo účinně jeho průběh zpomalit, ale lze aplikovat onkologickou terapii pro zpomalení progresu nebo jako symptomatickou terapii. Paliativní péči (tak jak se o ní mluví v předchozím odstavci) je naopak myšlena zejména ošetrovatelská péče bez onkologické terapie, s cílem hlavně udržet akceptovatelnou kvalitu života. Hospicovou péčí je potom paliativní péče se sociální nadstavbou u pacientů s prognózou délky života do 3 měsíců.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Stav rozhodujících přístrojů

Je shoda, že v současnosti je ozařování na lineárních urychlovačích pro všechny pacienty, kteří ho potřebují dostupné a zajišťuje standardy péče v celém kraji. Dostupné jsou rovněž kapacity pro všechny pacienty, indikované pro léčbu gama nožem (v Praze a Ostravě). Až bude dosaženo plné vytížení třetího lineárního urychlovače, instalovaného koncem r. 2019, bude ve FN HK dostatečná kapacita i pro všechny pacienty v kraji, kteří nyní prodělávají paliativní ozařování jako symptomatickou terapii, popřípadě i pro ozařování pro nenádorové indikace na starších kobaltových zářičích v nemocnici Jičín a v nemocnici Trutnov.

Ohledně ukončení činnosti kobaltových zářičů nepanuje úplná shoda mezi FN HK a ZH KHK. V Jičíně je ozařováno cca 200-250 pacientů, z toho cca 60 % mimokrajských. Po zrušení kobaltového zářiče (pravděpodobně po dokončení výstavby nového onkologického pavilonu) se počítá s převedením 40 % pacientů z KHK do FN HK (cca 80-100 pacientů/rok). Většina pacientů je tč. pro svůj špatný zdravotní stav hospitalizována. Problémem zrušení kobaltových zářičů je fakt, že pro lékaře mimo FN HK dojde ke snížení atraktivity a komplexnosti oboru radiační onkologie a jejich dnešní deficit se může časem spíše prohloubit. Na druhou stranu ohrožení oboru může být kompenzována částí ambulantních pacientů, která by se mohla přesunout při plánované decentralizaci biologické terapie z FN HK do příslušných regionů.

Zobrazovací přístroje potřebné pro onkologické pacienty by měly zvýšit svoji kapacitu zejména plným dvousměrným využitím pracoviště magnetické rezonance v Náchodě. K vyšší propustnosti PEC-CT pracoviště ve FN HK by mělo přispět též zprovoznění nového přístroje, který byl zakoupen pro nemocnici v Pardubicích.

Regionální onkologické skupiny

Všechny výše uvedené potřeby lze flexibilně řešit v rámci požadavků MZ ČR na budování tzv. Regionálních onkologických skupin.²⁵ Tento proces byl již zahájen a garantem je KOC HK. Počítá se s vytvářením smluvně podložených dohod onkologů, vedení nemocnic a holdingu se zdravotními pojišťovnami a k většímu obousměrnému zapojení všech onkologů v kraji, ale bude to vyžadovat zvýšení počtu lékařů. Např. v Náchodě existovaly klinické dny pro lékaře ve FN HK. Byly považovány za atraktivní model spolupráce pro obě strany, ale současný kritický stav lékařů je již neumožňuje. Tato aktivita je organizována centrálně z MZ ČR, ale posiluje koordinaci činnosti v rámci různých poskytovatelů péče v KHK. Je to dobrá praxe, která by mohla iniciovat podobnou aktivitu i v jiných oborech.

Doprava pacientů

Za významný problém centralizované a přístrojově velmi nákladné radioterapie je považována doprava pacientů na ambulantní ozařování, zejména do FN HK. Pojišťovny hradí dopravu sanitou či vlastním autem jen v případě, že aktuální zdravotní stav nedovoluje cestovat hromadnou dopravou. Pacient např. s karcinomem prostaty, který je z pohledu formalit považován za člověka v dobrém zdravotním stavu, musí přijet do centra na ozařování

²⁵ Požadavky kladené na organizaci onkologické péče v regionech ČR (Článek 2.) a Regionální onkologické skupiny (Článek 3.). Organizace a hodnocení kvality onkologické péče v ČR. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, Ročník 2017, Částka 13, 15.prosince 2017, str.85-92. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

40x. Náklady za radioterapii jsou pro pojišťovnu asi 140 000 Kč, ale pro pacienta v jednotkách tisíc korun za dopravu. Přes obrovskou diskrepanci ve výši obou částek, však kvůli nutnosti financování své dopravy na ambulantní ozařování a mnohdy i díky časové náročnosti cesty do FN HK někteří pacienti ozařování nedokončí a dopad na jejich zdraví i na náklady zdravotnictví je signifikantní. Problém je řešen i v zahraničí. Nabízí se cílená sociální podpora, ubytování pro pacienty, organizace dopravy ze vzdálenějších lokalit nebo cílená dotační podpora ze strany kraje.

Nutriční podpora

Někteří onkologičtí pacienti potřebují intenzivní nutriční podporu. FN HK vyjednává o úhradách se zdravotními pojišťovnami. Současný počet poraden (patří do oblasti vnitřního lékařství) neodpovídá požadovanému standardu služeb. Ve FN HK funguje jedna ambulance pro všechny typy pacientů (interní, onkologičtí, ORL, neurologičtí, chirurgičtí) a jedna na poliklinice v HK. Fungující poradna je v nemocnici Jičín, v Náchodě funguje poradna pouze pro gastroenterologické pacienty. O okresech Trutnov ani Rychnov n. Kněžnou nejsou žádné zprávy.

Spolupráce s praktickými lékaři

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J.E.P., spolu se Společností radiační onkologie, biologie a fyziky mají snahu o prohloubení spolupráce s praktiky, kteří by se mohli vedle propagace screeningových programů a dohledu nad domácí (zejména paliativní) péčí také věnovat dispenzarizaci části onkologických pacientů, kteří ukončili léčbu a vyžadují sledování. Tato problematika je řešena celostátně, ale i tento proces vyžaduje dobrou komunikaci a edukaci praktických lékařů.

501 Chirurgie

Úvod a specifika oboru

Struktura chirurgie, podobně jako u stejně fundamentálního oboru vnitřního lékařství, je bohatě větvená. Na základní kmenový obor navazují další specializační obory (traumatologie, dětská chirurgie, neurochirurgie, kardiochirurgie, plastická chirurgie, ...) a řada dalších oborů nástavbových (cévní chirurgie, plicní chirurgie, ...) ^{11,12}. Díky tomuto větvení je síť chirurgických pracovišť a typů lůžek velmi heterogenní a zcela jiná je v okresech mimo Hradec Králové, kde jsou především primariáty všeobecné chirurgie a někde urologie a ortopedie. V okrese Hradec Králové, díky FN HK, je vedle základní chirurgie i rozsáhlé zastoupení dalších chirurgických specializací a zároveň i další lůžka pro všeobecnou a plastickou chirurgii v PPCHC.

Na rozdíl od vnitřního lékařství, kde se vede diskuze o tom, zda se všichni pacienti s těžkými onemocněními zasluhující péči v referenčním centru skutečně do FN HK dostanou, je v oblasti chirurgie situace spíše opačná. Ze zkušeností z běžného provozu vyplývá, že u neurgentních pacientů, kteří potřebují základní péči na úrovni solidní městské / okresní nemocnice (modelově operace žlučníku, kýly aj.), vykazují podstatnou čekací dobu, která se dá odhadovat minimálně v měsících. Rychlé ošetření je ve 100 % případů zajištěno jen u urgentních stavů, jako např. traumata či náhlé příhody břišní, tj. tam, kde není možno zákrok bez rizika prodloužit a plánovat. Neakutní stavy jsou odkládány a protože řada pacientů nechce z nejrůznějších důvodů přijmout nabídku řešení v jiném okrese, popřípadě v některém z blízkých privátních ambulantních center, čekací doby se natahují. Dle údajů ZH KHK je na jeho chirurgických odděleních odoperováno cca 12 % pacientů z okresu Hradec Králové (informace od primáře chirurgie Náchod). Naopak stížnosti na dostupnost péče pro vzácné a náročné pacienty, vhodné pro specializované výkony, nezaznávají.

Uvedená charakteristika rozdílného toku pacientů v KHK ve sféře interny a chirurgie je však částečně subjektivní, založená na zkušenosti jednotlivých lékařů i pacientů, a není v současné době bohužel objektivně měřitelná. Statistiky čekacích dob, odmítnutých převzetí pacientů či počty objektivně kategorizovaných pacientů v těžkém a lehčím stavu, nejsou k dispozici. Přesto je popis celkové situace na bázi provozních zkušeností užitečný alespoň pro některá organizační rozhodování, směřující k vyšší spokojenosti pacientů i pro efektivní fungování zdravotnických kapacit. Přinejmenším problémy vzdělávání mladých chirurgů jsou v době personální krize velmi důležité, aby se obnovily diskuze, na jaká pracoviště a v jakých časových blocích by bylo vhodné je v rámci kraje směřovat, aby se dobře naučili nejen špičkové a vzácné výkony, ale i solidní bazální rutinu.

¹¹ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1. Specializační obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95?text=95%2F2004>

¹² Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1 Nástavbové obory, označení odbornosti lékaře a zubního lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí, minimální délka vzdělávání v nástavbovém oboru a příloha č. 2 obory specializačního vzdělávání, jejichž absolvování je předpokladem pro zařazení do vzdělávání v nástavbovém oboru. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152>

Obr. 7.1 (CHIR) Spektrum pacientů na klinikách FN HK (bez pacientů z jiných krajů ČR) s vazbou oboru na chirurgii, r. 2018

Tabulka zobrazuje vytiženost chirurgicky orientovaných pracovišť pacienty z okresů KHK a mimo okres HK. Je obdobou pohledu z oblasti vnitřního lékařství (viz obr. 7.15 INT) a pokusem mapovat dostupnost referenčních pracovišť ve FN HK férově pro všechny pacienty z celého kraje, kteří potřebují náročnější operační léčbu. Ani zde se nejedná o ideální statistický nástroj pro rozlišení těžkých pacientů, kteří patří na referenční pracoviště vyššího řádu, od pacientů, pro které je adekvátní léčba v městských / okresních nemocnicích. Pacientů, kteří péči v odbornosti všeobecné chirurgie čerpají z mimohradeckých okresů, je cca 1/3, což není tolik, jako u specializovaných podoborů, které jsou v kraji pouze ve FN HK (např. kardiologie má 62 % pacientů mimo okres HK). I z jiného pohledu je však patrné, že spektrum těžkých pacientů na chirurgii odpovídá vyšší koncentraci náročných případů, protože odbornost chirurgie ve FN HK má průměrný Case-mix index (CMI) 2,29, což dokladuje výrazně těžší spektrum pacientů oproti chirurgiím v ostatních okresních městech, kde je CMI okolo 0,7 až 1,1, viz obr. 7.9 (CHIR).

Personální stavy

Obr. 7.2 (CHIR) Chirurgie (odbornost 501) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům. Tento personální přehled je relevantní pouze pro počty ambulantních chirurgů v mimohradeckých okresech, protože za HK nevykazuje žádné ambulantní chirurgy v nemocnicích, což neodpovídá realitě (graf A). Mohou být zařazeni pod jinými odbornostmi, zde se však nezobrazují. Celý kraj má počet lékařů v ambulancích, který je pod průměrem ČR (graf B). V okresech je nejvíce úvazků ambulantních chirurgů na Trutnovsku a průměr v ČR překračuje i okres Jičín. Graf D ukazuje vysoký podíl starších lékařů v ambulancích mimo nemocnice, zejména v okresech HK, JI a z části i TR.

Celkový názor účastníků diskuzi o chirurgii v KHK naznačil, že lékařů ve všeobecné chirurgii je dostatek, problém však je ve specializovaných skupinách – např. cévní chirurgové, hrudní chirurgové aj. Akutní cévní chirurgie je v oblasti výkonů na arteriích centralizována do FN HK a výkony, dříve prováděné i v nemocnicích ZH KHK dojíždějícími lékaři se částečně omezily (více ohledně cévní chirurgie viz níže). Zásadní problémy v provozu oddělení vytváří však nedostatek zdravotních sester, a to jak ve FN HK, tak i v okresních nemocnicích.

U lékařů ve FN HK je problém ve věkové stratifikaci. Kliniky by mladé lékaře do rezidenčních programů přijímat mohli, ale otázka je, co by dělali, když pro nedostatek kapacity pro jednoduché výkony (kýly, žlučníky, apendixy) musí FN HK takovéto pacienty odkazovat na operace jinam mimo okres HK a čekací doby pro jednoduché výkony ve FN HK jsou až 3/4 roku). Zde je mimořádná příležitost pro spolupráci mezi FN HK a okresními nemocnicemi a řada primářů toto potvrdila.

Ambulantní péče

Obr. 7.3 (CHIR) Všechny ambulantní chirurgické odbornosti v kraji (odb. 5_* , 6_1) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Tabulka ukazuje celokrajské počty pacientů v ambulancích různých chirurgických odborností a jejich rozložení mezi ambulantními zařízeními a nemocnicemi. U všeobecné chirurgie jsou ambulantní pacienti rozloženi mezi nemocniční a ambulantní sféru rovnoměrně. Jediná sféra, kde dominují ambulantní zařízení je u cévní chirurgie, kde se pravděpodobně soustřeďuje péče o pacienty s problémy žilního řečiště. Toto konstatování je možná spekulativní, ale

vzhledem k faktu, že cévní chirurgie je jednou z více ohrožených chirurgických odborností, by bylo v budoucnu vhodné získat počty výkonů venózního a arteriálního charakteru na žilách a tepnách a analyzovat, proč se cévní chirurgové soustřeďují na ambulantní činnost a pro tepennou chirurgii není lékařů dostatek. U všech ostatních specializovanějších chirurgických odborností v tabulce je velká převaha ambulantní činnosti v nemocnicích.

Obr. 7.4 (CHIR) Chirurgie a úrazová ch. (odb. 501 + 503) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.5 (CHIR) Dětská chirurgie (odbornost 502) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.6 (CHIR) Cévní chirurgie (odbornost 504) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.7 (CHIR) Plastická chirurgie (odbornost 601) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.8 (CHIR) Kardiochirurgie, neurochirurgie hrudní chirurgie (odbornosti 505,506,507) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

U všeobecné chirurgie dominuje počet kontaktů ambulantních pacientů v okrese Trutnov, což odpovídá i většímu počtu úvazků lékařů v tomto okrese, ale je zde vysoký počet klinických vyšetření na jeden úvazek a neobvykle vysoký počet vyšetření na jednoho unikátního pacienta (UOP). Celokrajsky je patrný růst výkonů s výjimkou okresu RK, kde je pokles pravděpodobně výrazem přesunu výkonů do okresu NA. Během 5 let se snížil počet ambulancí z 65 a 64, z toho je nárůst jednoho místa v okrese TR a pokles po jednom místě v okresech HK a RK.

Dětská chirurgie je od chirurgie pro dospělé výrazně organizačně oddělena, ale totéž lze konstatovat i o vztahu dětské chirurgie a dětského lékařství, takže je trochu obtížně dětskou chirurgii jednoznačně zařadit. V rámci všeobecné chirurgie pro dospělé chirurgické primariáty v mimohradeckých okresech část větších dětí přebírají do péče, ale pravděpodobně je formálně pro ZP v rámci dětské chirurgie nevykazují. V ambulantní sféře dominuje v dětské chirurgii Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, kde je v pětiletém období nárůst výkonů cca 20 %. Jediná další ambulance dětské chirurgie je v okrese TR s lékařským úvazkem 0,1, kde je cca 15% poklesu.

V oblasti ambulantní cévní chirurgie došlo k mírnému nárůstu pacientů. V relativním počtu klinických vyšetření dominuje okres RK, který převyšuje o 50 % okres HK. V okrese JI není registrovaná žádná ambulantní činnost a zbylé okresy NA a TR jsou minoritní.

V oblasti plastické chirurgie je činnost vykazována jen v okrese HK (ve FN HK a v PPCHC). I zde je nárůst výkonů okolo 20 %. Pokud jde o hospitalizace, je níže dokladováno v PPCHC asi 3x více krátkodobých hospitalizací oproti FN HK, kde je však u pacientů o něco vyšší CMI, viz **obr. 7.9 (CHIR)**. Je však nutno konstatovat, že v oblasti plastické chirurgie jsou statistické informace limitované, protože neobsahují výkony, které jsou prováděny jako samoplátecké.

Další komentáře odborníků/lékařů k ambulantní činnosti

- *Ve všeobecné chirurgii je ambulancí dostatek s výjimkou Jičínka, konkrétní stížnosti na provozní problémy kvůli kapacitě ambulancí však odtud nezaznívaly. Z personálních a výkonových tabulek se však, při různých velikostech okresů a*

nepřesných údajích o personálu v nemocničních ambulancích, porovnávají jednotlivé okresy poměrně obtížně. Např. v okrese Trutnov je absolutní počet ambulancí 3x vyšší než v Jičíně (21 vs. 7, viz **obr. 7.4 (CHIR)**), ale při zobrazení úvazků je zde v absolutních číslech jen 2x nižší počet úvazků a při přepočtu na velikost okresu jsou již úvazky srovnatelné (viz **obr. 7.2 (CHIR), grafy A, B**), pravděpodobně krkonošský spád, takže expertní pohled s tabulkami ohledně Jičínska úplně nekoreluje.

- *Ambulance dětské chirurgie.* V Hradci Králové jsou 2, v Trutnově v nemocnici je 1. Náchod a Jičín mají v nemocnicích taktéž ambulanci dětské chirurgie, ale je schována pod hlavičkou chirurgie všeobecné. V Náchodě i v Jičíně operují děti ve věku nad 3 roky.
- *Ambulance cévní chirurgie* fungují v okresech HK (5), NA (1), RK (2), TR (1), JI údajně pouze v rámci jedné ambulance všeobecné chirurgie. Úvazky cévních chirurgů nejsou k dispozici.
- V minulosti bylo terénními ambulantními lékaři upozorňováno na obtíže ohledně přeposílání digitálních rtg. snímků z Emergency FN HK pro potřebu kontrol hojení fraktur. Jinak bylo během projednávání chirurgických oborů konstatováno, že vztahy mezi ambulantní a nemocniční sférou fungují bez problémů.

Akutní lůžková péče v KHK

Obr. 7.9 (CHIR) Všechny chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) – Hospitalizační péče, spektrum oddělení a základní parametry v zařízeních KHK, r. 2018

Obraz prezentuje základní hospitalizační tabulku za r. 2018, za všechny zde sledované odbornosti. Všeobecné chirurgické primariáty jsou co do odbornosti srovnatelné s oborem chirurgie ve FN HK, ale spektrum výkonů je v každé skupině mírně odlišné kvůli pojišťovenským „sdíleným výkonům“. Okresní primariáty tak mají ve svém spektru část traumatologických, cévních a dětských výkonů, které jsou ve FN HK soustředěné do mateřských odborností, takže je nutno přijmout fakt, že srovnávání není úplně přesné. Pokus alespoň orientačně zmapovat spektrum činností je v tabulkách, vytvářených na základě DRG klasifikace, ať podle MDC skupin nebo DRG bází, **obr. 7.13 (CHIR) - 7.16 (CHIR)**.

Obr. 7.10 (CHIR) Chirurgie (odbornost 501) – Hospitalizační péče a její časový vývoj v zařízeních KHK

Obr. 7.11 (CHIR) Podobory chirurgie (odbornost 502-507,601) – Hospitalizační péče a její časový vývoj v zařízeních KHK

Základní časové řady ukazují u všeobecné chirurgie výrazný nárůst hospitalizací ve Vrchlabí a rovněž v Náchodě a v Jičíně. V ostatních nemocnicích je útlum, nejvyšší v Rychnově n. Kn., odkud se mohlo část pacientů přesunout v rámci jedné organizace ON Náchod do Náchoda. Ošetrovací doba se v průměru výrazně zkrátila, pouze ve FN HK zůstává na své původní výši. V kapitole VI. Lůžková péče je rozbor kritiky KHK, který má v průměru za všechny obory nejdelší dobu hospitalizace v ČR a snaha ji zkracovat naráží na nedostatek lůžek následné péče. Dlouhá ošetrovací doba je ve FN HK i u úrazové a cévní chirurgie, které spolu se všeobecnou chirurgií spadají pod stejnou Chirurgickou kliniku. Výkony mírně narostly na neurochirurgii a výrazněji na dětské chirurgii.

Obr. 7.12 (CHIR) Základní hospitalizační statistika všeobecné chirurgie v okresech KHK (jen odbornost 501), r.2018

Obraz mapuje rozdíly v jednotlivých okresech KHK mimo HK, protože FN HK má spektrum pacientů, které není s ostatními okresy srovnatelné. Předložené tabulky jsou

doplňkem tabulky 7.9 (CHIR) a kumulují údaje z jednotlivých nemocnic do celých okresů.

První dvě tabulky, obě ve stejné struktuře, prezentují běžné hospitalizační parametry, pouze v prostřední tabulce jsou v zeleně zvýrazněné části přepočty na 100 000 obyvatel okresů. Dolní tabulka srovnává vybrané parametry jednotlivých nemocnic okresu Trutnov s celými okresy.

Z mimohradeckých okresů se svými parametry vymyká okres TR, kde jsou následující odlišnosti a rozdíly, které se týkají chirurgických primariátů okresu Trutnov a tento okres se tak výrazně vyčleňuje z průměru. Rozdíly jsou následující:

- ve všech okresech kraje bez HK je po jednom chirurgické primariátu, zatímco v okrese Trutnov jsou primariáty tři,
- hodnota přepočtených ukazatelů/100 000 obyvatel okresu pro okres TR děleno průměrnou hodnotou v ostatních třech okresech JI, NA, RK, přepočtených též na 100 000 obyvatel podle vzorce $TR/(JI+ NA+ RK)/3$ ukazují následné procentní rozdíly okresu TR oproti průměru okresů JI, NA a RK
 - počet lůžek bez JIP 190 %
 - počet hospitalizací 187 %
 - počet ošetrovacích dnů 231 %
 - ošetrovací doba 123 %,
- ze všech hospitalizovaných jsou dle CMI nejtěžší pacienti v nemocnici v Trutnově a ve Vrchlabí, nejnižší CMI je v nemocnici DK (nejnižší z KHK)
- nejvyšší počet operací v okrese má Vrchlabí, po něm DK a nejméně operací je v nemocnici TR

Závěry:

1. Okres Trutnov má ve srovnání s průměrem okresů JI, NA a RK výrazně vyšší přepočtené počty lůžek, hospitalizací a ošetrovacích dnů.
2. Při konfrontaci jednotlivých nemocnic okresu TR je patrné, že nemocnice Vrchlabí má nejvyšší počet operovaných v okrese a druhý nejvyšší DK, kde je však nejlehčí spektrum pacientů. Nejméně operovaných je v nemocnici Trutnov.
3. Pokud by se mělo uvažovat o restrukturalizaci chirurgie v nemocnici Dvůr Králové n. L., je nutno vzít v úvahu spektrum operací a spád, odkud přicházejí. V každém případě by bylo nutno řešit, kam tyto pacienty přesunout, protože rezervy pro méně náročnou operativu v kraji připravené nejsou. (Pozn.: určitý pohled umožňuje i analýza DRG spektra na obr. 7.15 (CHIR), kde je oproti jiným chirurgiím patrný vysoký počet artroskopií, takže je možno uvažovat o vyšším podílu ortopedických aktivit na oddělení. Podobné platí i o nemocnici Vrchlabí). Další rozprava o okrese Trutnov viz též níže (*Potřebný počet chirurgických primariátů v KHK a profilace nemocnice ve Dvoře Králové n. Labem*).

Obr. 7.13 (CHIR) Chirurgie (odbornost 5_1) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.14 (CHIR) Příbuzné obory chirurgie (odbornost 5_2–5_7, 6_1) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.15 (CHIR) Chirurgické obory v celém spektru (odbornost 5_*, 6_1) – TOP 60 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.16 (CHIR) Chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) – TOP 60 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých nemocnicích pro případné další analýzy.

Další údaje o akutních chirurgických lůžkových odděleních v kraji

V kraji jsou všeobecná chirurgická lůžková oddělení ve všech okresech:

- FN HK, Oblastní nemocnice Jičín, a.s.
- Oblastní nemocnice Náchod, a.s. spolu s nemocnicí v Rychnově n. Kn.,
- Oblastní nemocnice Trutnov, a.s., Městská nemocnice Dvůr Králové n. Labem, Nemocnice Vrchlabí.

Základní statistické údaje o jednotlivých odděleních jsou v tabulkách. Specifika a případné problémy jednotlivých oddělení jsou zmíněna dále.

Jičín. Na nedostatek lůžek nejsou stížnosti. Aktuálně se pro chirurgii neplánují žádné stavební úpravy. Oddělení nemá svoji JIP a potřební pacienti jsou v péči ARO. Kapacita pro chirurgické pacienty je 4–5 lůžek.

Náchod. Tč. má oddělení smluvně 55 chirurgických lůžek, ale vzhledem k nedostatku zdravotních sester je jedna stanice chirurgie uzavřena a v provozu je 35 lůžek. Lékařů mají dostatek. Pacienty ukládají i na jiná oddělení, ortopedie převzala traumatologii. Dostavbou areálu se vyřešily dřívější prostorové a technické problémy, ale nový stav bude možno zhodnotit až po spuštění plného provozu. Zvýšil se počet oborových chirurgických lůžek JIP, kterých byl nedostatek (zvýšení o 2 na celkem 6 lůžek) a nová JIP po zprovoznění by měla fungovat pro všechny chirurgické obory. Na JIP jsou schopni pacienti ventilovat, ale děje se to pouze výjimečně. Lůžka byla z velké části obsazena a často se stávalo, že i ARO bylo využito plně, takže se musely operace odkládat. Pro některé situace by oddělení potřebovalo využít i lůžka interního oddělení, které je však zatím ve druhém, vzdáleném nemocničním areálu a dostavba nemocnice tento problém zatím nevyřešila. Bude řešeno v rámci rozvíjející se navazující 2. etapy modernizace náchodské nemocnice.

Rychnov n. Kn. V Rychnově n. Kn. je projektově připravena výstavba nového Multioborového pavilonu operačních oborů a intenzivní péče s urgentním příjmem. Lůžka chirurgických oborů budou provozována jak společný lůžkový fond.

Měla by se otevřít druhá stanice interny, která je zavřena pro nedostatek personálu a část interních a neurologických pacientů je ukládána i na chirurgická lůžka, která jsou tím blokována. Oborová JIP je ze 70. let (jeden box, 4 lůžka). S novou výstavbou by se měla zřídit nová oborová JIP pro chirurgické obory (chirurgie a ortopedie). Na ARO je pouze 5 lůžek, kde lze pacienty ventilovat. Na rozdíl od jiných okresních nemocnic však v RK není možno pacienty ventilovat na JIP interny.

Trutnov. Chirurgie je dlouhodobě stabilní. V nemocnici jsou 4 centrální operační sály, které nejsou plně vytíženy. Zástupce ZH KHK však sděluje, že v průměru všech chirurgických oddělení je vytížení operačních sálů dobré (nad 1000 operací / rok). Gynekologie má sály samostatně. K dispozici jsou 4 lůžka JIP, která dobře spolupracují s ARO. V případě více než 3 ventilovaných pacientů je nutno posilovat směny sestrami. Pociťují nárůst starších pacientů a cévní problematiky.

Vrchlabí. Chirurgické oddělení nemá vlastní JIP, na multioborové JIP mají k dispozici 4–5 lůžek. Je zde kompletní spektrum všeobecné chirurgie, v zimě převládá traumatologie.

Dvůr Králové n. Labem. Na chirurgickém oddělení je ze všech oddělení v KHK nejmenší průměrný CMI u operovaných pacientů a nejvyšší podíl neoperovaných pacientů (53,3 %). Vzhledem k tomu, že nemocnice nemá k dispozici neurologická lůžka, leží zde mnoho pacientů s problémy se zády a dále pacienti s krvácením do zažívacího traktu. Z FN HK přijímají pacienti s gangrény s dlouhými dobami hospitalizací. V nemocnici je ústavní pohotovostní služba a příslužba, zajišťující anesteziologický, laboratorní, ultrazvukový a rentgenologický servis, ale o počtu urgentních operací mimo pracovní dobu nejsou k dispozici seriózní evidence. Někteří lidé tvrdí, že akutních operací je v roce jen v jednotkách případů.

První privátní chirurgické centrum (dříve SANUS HK, dále jen „PPCHC“). Jedná se o privátní zdravotnické zařízení, které má dvě hlavní oblasti činnosti. Je to reprodukční medicína (není předmětem Koncepce) a druhá část reprezentuje sanatorium pro plánovanou chirurgii v řadě oborů, kterými jsou všeobecná chirurgie (převažují kýly a onkochirurgie prsu), gynekologie, urologie a plastická chirurgie, ke kterým se postupně přidružila angiochirurgie a ortopedie. PPCHC má smluvně zajištěných 5 JIP lůžek, které slouží vesměs jako lůžka pooperační.

FH HK. Strukturu pracovišť a jejich základní statistické přehledy ukazují tabulky. V r. 2019 byla uzavřena jedna chirurgická stanice pro nedostatek sester. Všeobecných chirurgů má nemocnice dostatek, určitá personální tenze je někdy u cévních a hrudních chirurgů. Pociťují problémy se stárnutím pacientů. Vnitřní analýza dokladuje průměrný nárůst věku ze 60 na 70 let u traumatologických pacientů, během 10 let.

Je připraven projekt Modernizace chirurgických oborů, který spočívá v přístavbě nového pavilonu chirurgických oborů s plným propojením se stávajícím chirurgickým pavilonem, který by měl být zároveň radikálně rekonstruován s výhledem na nový, více centralizovaný provoz. Do nového dvojbloku by se kromě stávajících klinik, které dnes sídlí ve starém Bedrnově pavilonu z r. 1985 (klasická chirurgie, plastická chirurgie, cévní chirurgie, hrudní chirurgie, kardiokirurgie a urologie se zázemím radiologie a anesteziologie a lůžkové ARO a dvě oborové JIP pro chirurgii a kardiokirurgii), měly přesunout též Klinika ORL a obličejové chirurgie, Klinika ortopedie a traumatologie a Klinika neurochirurgie. Blízkost chirurgických oborů umožní modernější spolupráci oborů u pacientů s komplexními chirurgickými problémy a počítá se s výrazně posílenou kapacitou akutní rehabilitace první fáze přímo na lůžkách chirurgických oborů, viz **obr. 7.1 (REH)**.

Termín uvedení nového centra do provozu byl plánován na přelom roku 2025/2026, ale definitivní termín zahájení stavby zatím nebyl stanoven. Z operačních oborů by v budoucnu zůstala mimo centrální chirurgický pavilon jen Klinika očního lékařství a Oddělení dětské chirurgie a traumatologie.

Obr. 7.17 (CHIR) Chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r. 2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz **obr. 7.4 (úvod)** a **7.5 (úvod)**. Vzhledem k demografickému vývoji bude obor potřebovat při stávajícím stavu uspořádání zdravotnické sítě cca dalších 60 lůžek, pokud nedojde k reprofilizaci a posílení kapacity lůžek následné péče. Většina chirurgů se shoduje, že pokud budou mít k dispozici doléčovací lůžka, budou stávající akutní lůžka s chirurgickým zázemím postačující.

Následná lůžková péče v KHK

Mnoho úspěšně odoperovaných starých lidí následně potřebuje během doléčování po operacích aktivní rehabilitaci a aktivní nutrici pouze pod vzdálenějším dohledem chirurga. Pokud se jim tohoto nedostane, jejich stav se zhorší. Kapacity doléčovací péče jsou nedostatečné a blokují racionální provoz akutních chirurgických lůžek. Panuje shoda, že v tomto směru je podpora doléčovacích lůžek důležitější než zvyšování stávající lůžkové kapacity chirurgických oddělení.

„FN HK by v případě dostatečně zajištěné doléčovací péče v okresech preferovala, aby pacienti s bydlištěm mimo okres HK byli doléčováni v blízkosti svého bydliště.“ Toto je logický požadavek vedení FN HK, ale je zde potřeba určité pozornosti při diskuzi, protože díky ne úplně ustálené nomenklatuře lůžkové péče je potřeba připomenout jasný rozdíl mezi dlouhodobými lůžky a lůžky následnými (doléčovacími), kde se předpokládá relativně krátká doba hospitalizace, ale vyžadující blízkost chirurga pro případ nějakých komplikací. Proto by tito pacienti měli během doléčování zůstat v dostupnosti ambulantního chirurga a nebo akutní nemocnice s chirurgií, byť alespoň v okrese místa bydliště, ne-li přímo v nemocnici, pokud má doléčovací lůžka k dispozici, protože případný včasný zásah při komplikaci dokáže předejít opakované akutní hospitalizaci. Naopak u léčby dlouhodobé je výhodné, aby místo hospitalizace bylo co nejbližší místa bydliště pacienta nebo jeho blízkých. Blízkost dává možnost snadných kontaktů pacienta s rodinou a je žádoucí nejen kvůli psychické pohodě, ale též i kvůli možné pomoci blízkých při rehabilitaci a mobilizaci pacienta. Důležitost fyzické aktivizace, jako prevence a jako účinného nástroje pro budoucí kvalitu života pacienta, je stále více zdůrazňována.

Problematika některých specifických odborných činností a chirurgických specializací ve FN HK i v KHK

Profil chirurgických pacientů.

V Trutnově, Dvoře Králové n. L., v Náchodě a v Rychnově n. Kn. je mnoho pacientů, kteří nejsou operováni a přitom je u nich nutná poměrně dlouhá doba hospitalizace. Vesměs je to způsobeno uzavíráním interních lůžek kvůli nedostatku personálu nebo nevhodným poměrem mezi interními a chirurgickými lůžky. Reprofilizace podle potřeb pacientů i odborných oddělení se diskutuje u všech chirurgických oddělení všech nemocnic včetně FN HK. Panuje obecný názor, že chirurgických lůžek není nedostatek, chybí však zejména lůžka doléčovací, včetně rehabilitačních.

Podobně chybí lůžka pro pacienty na pomezí chirurgie / interna, která tak někdy zbytečně navyšují počty hospitalizovaných na chirurgiích (střevní záněty, krvácení do střev, ischemické gangrény končetin, bolesti zad, apod.). Na druhé straně je však třeba respektovat i požadavek internistů, aby akutní pacienti, kde se rozhoduje o chirurgickém či konzervativním postupu byly k observaci hospitalizováni na chirurgických lůžkách. Jedná se např. o pacienty s bolestí břicha, některé pacienty s akutní pankreatitis apod., u kterých aktuální stav operační řešení nevyžaduje. Tato rozvaha je často obtížná a patří do rukou chirurgů. Problematika je též diskutována v pasáži „Hospitalizace na lůžkách vnitřního lékařství vs. hospitalizace na chirurgii“ v části [Vnitřní lékařství](#).

Metabolická chirurgie

Ve FN HK i v nemocnici v Náchodě zájem pacientů vysoce přesahuje možné kapacity provádění příslušných výkonů. Výkony jsou finančně velmi náročné. K této problematice se váže i fakt, že v KHK není centrum pro morbidně obézní pacienty, kteří vyžadují některé specifické vybavení jako operační stůl, CT apod.

Cévní chirurgie

Akutní cévní chirurgie je centralizována převážně do FN HK. Neakutní výkony se provádějí v nemocnici Rychnov nad Kněžnou 1x týdně, včetně by-passů na periferních tepnách (primář chirurgického oddělení má atestaci z cévní chirurgie) a podobně v nemocnici Jičín (2 cévní chirurgové). Ve jmenovaných nemocnicích však není možno zajistit pro cévní výkony akutní režim 24/7. V Náchodě byla rekonstrukční cévní chirurgie ukončena po odchodu jediného cévního chirurga.

Radiologické intervenční cévní výkony jsou prováděné výlučně ve FN HK. Nemocnice Náchod a Dvůr Králové n. L. pracují systémem vyžádané péče. Pacient z nemocnice je odeslán na intervenční radiologii do FN HK, kde je mu proveden výkon a vrací se zase zpět. Z pohledu nedostatku sester je obrovský problém s doprovodem a pacienti se stávají pro nemocnici proděleční. V Trutnově naopak pacienta neposílají jenom na výkon, ale překládají ho do FN HK. Problémem je, že intervenční radiologie ve FN HK nemá operativně k dispozici lůžka a teprve výhledově se počítá se vznikem lůžek v rámci interních (angiologických) lůžek, ale bude to pravděpodobně možné až po výstavbě plánovaného chirurgického pavilonu. FN HK se navíc v poslední době potýká s velkým nárůstem pacientů, protože selhala intervenční radiologie v Pardubicích a i pro tyto pacienty je naprostý nedostatek lůžek. (**Viz též „Angiologická problematika“** v části Vnitřní lékařství.)

Společný lůžkový fond

Některé nemocnice řeší celkem racionálně problémy prohlubující se sesterské krize aj. společným lůžkovým fondem, který byl na rozdíl od zahraničí u nás poměrně málo využíván. Přináší však riziko pro chirurgická oddělení se získáváním akreditace pro specializační vzdělávání, a to i pro první stupeň na úrovni vzdělávacího kmene. V tomto směru by měl kraj silně apelovat na MZ ČR, aby byl tento problém přenesen do akreditačních komisí a prosazován a aby klíčovým parametrem aktivity oddělení byl počet chirurgických hospitalizací (podle hospitalizačních případů dle DRG), event. podle počtů operací v dané nemocnici, a nikoli podle počtu smluvně deklarovaných lůžek chirurgického oboru.

Jednodenní péče

Tuto péči zdravotní pojišťovny v některých oborech sjednávají, ale zatím se příliš nerozšiřuje. Přes desetiletí trvající diskuze o chirurgii nejsou k dispozici veřejně přístupné statistiky ambulantních a jednodenních chirurgických výkonů a ani podmínky pro jednodenní péči nejsou jasně definované. Nemocnice tento charakter péče navíc nepreferují kvůli finanční nevýhodnosti, riziku komplikací po zákrocích, nedostatku observačních lůžek a někdy nepříznivému sociálnímu zázemí pacienta. Je znovu potřeba upozornit i na problém s akreditací pracoviště pro specializační výuku, pokud by mělo zvýšení ambulantní a jednodenní chirurgie vést ke snížení chirurgického lůžkového fondu. Komentář z Náchoda potvrzuje poměrně hodně výkonů, které proběhnou během 24 hodinového pobytu, ale

oddělování pacientů, kteří přicházejí k ambulantním výkonům, však možné není a nebylo řešeno ani v rámci nové výstavby.

Protože kapacita FN HK pokrývá i jednodušší operativu úrovně městské a okresní nemocnice, měly by se běžné výkony naopak přepouštět okresům. Je to otázka vnitřních dohod jednotlivých primariátů a klinik v rámci vztahů v kraji, kde by měl kraj ve spolupráci ZH KHK a vedení FN HK dohlížet na stížnosti a spory jednotlivých aktérů, pokud není jejich spolupráce na dostatečné úrovni.

Observační lůžka

Zkušenost s těmito lůžky v rámci urgentního příjmu ve FN HK je vynikající. Pacient není hospitalizován a zůstává v režimu ambulantního pacienta, přesto leží na lůžku a stará se o něj sestra. Relativně v klidu a kontrolovaně probíhá diagnostický a léčebný proces a podle toho, jak se vyvíjí, se často stane, že pacienta po pár hodinách propustí. Je to velmi vhodné pro pacienty s kolapsovým stavem, s alergickými reakcemi, ale i při podezření na náhlé příhody břišní aj. Dnes MZČR doporučuje, aby observační lůžka měl každý okres, nejlépe v rámci budování oddělení Emergency v akutních nemocnicích, od kterých se očekává i vyřešení problémů nepřetržité péče, která tč. není v KHK v oblasti chirurgie s výjimkou Broumova zajišťována ambulantními lékaři v terénu.¹⁴

Potřebný počet chirurgických primariátů v KHK a profilace nemocnice ve Dvoře Králové n. Labem

Diskutována byla zejména otázka zachování chirurgie ve Dvoře Králové n. L. Základní fakta k diskuzi jsou následující.

- Základní hospitalizační statistiky (obraz 7.9 (CHIR) a 7.12 (CHIR) a komentáře k obrazům lze uzavřít takto:
 - v okrese Trutnov je podstatně vyšší kapacita pro všeobecnou chirurgii, ve srovnání s okresy JI, NA a RK, a tomu odpovídají i počty hospitalizovaných i operovaných
 - ze tří chirurgických primariátů v okrese Trutnov má Vrchlabí nejvyšší počet operovaných, druhý je Dvůr Králové n. L. a nejnižší Trutnov; ze všech hospitalizovaných jsou dle CMI nejtěžší pacienti v Trutnově a Vrchlabí; nejnižší CMI z celého kraje má Dvůr Králové n. L.,
 - o spektru hospitalizovaných pacientů a operovaných pacientů a o jejich spádu je potřeba doplnit přesnější údaje; v operačním spektru ve Dvoře Králové i ve Vrchlabí je větší množství artroskopii, takže zde může být i podstatná ortopedická klientela, viz. obr. 7.15 (CHIR).
- Ve Dvoře Králové n. L. je ročně na chirurgii přes 2000 hospitalizovaných, které, pokud by došlo k uzavření chirurgie ve Dvoře Králové n. L., nebudou ostatní nemocnice schopné převzít, zejména pokud nedojde k výraznějšímu přesunu nedolčených chirurgických pacientů na kvalitní a připravená léčebná následná lůžka.
- Dokud nedojde ke stabilizaci kapacity lůžek chirurgie ve FN HK po dostavbě nového pavilonu, nelze vyloučit nedostatek kapacit pro provádění chirurgických výkonů v kraji. Závisí to i na stavu po zprovoznění dostavby areálu nemocnice Náchod, kde se

¹⁴ 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/>

počítá se zvýšenou prostupností chirurgie, ale i na vývoji projektu dostavby nemocnice Rychnov. n. Kněžnou, kde zatím nebyla potvrzena příslibená státní dotace.

- Pokud jsou někde hraniční kapacity pro chirurgické výkony, jsou ovlivněny nejen stavebními a technickými nedostatky, ale též nedostatkem zdravotnického personálu.
- Plány MZ ČR směřují k posílení nemocnic v sídlech okresů, kde by výlučně měly být nemocnice akutní péče v kraji, a to spolu s urgentním příjmem (Emergency), které bude základním centrem nepřetržité pohotovostní služby v okrese.¹⁴
- Argumentem zástupců Dvora Králové, n. L. je fakt, že DK je větší město (22 tis. obyvatel) nežli okresní města Jičín a Rychnov n. Kněžnou, která mají svou akutní nemocnici.
- Ze zkušeností managementu zdravotnictví panuje souhlas, že minimální spád pro efektivitu akutní nemocnice by měl být 100 tis. obyvatel. V některých vyspělých státech se toto číslo zvyšuje až na 250 tis. obyvatel, tak jak roste technologická složitost nemocnic, které vyžadují pro kvalitní práci i vysoce specializovaný personál. Ostatní nemocnice doporučují zachovat, ale reprofilizovat na komunitní nemocnice s maximem doléčovacích a dlouhodobých lůžek s ambulantním a komplementárním zázemím a s nevyšší bazální internou, event. elektivní chirurgií.²⁶
- Menší spády pro malé nemocnice lze zvažovat, pokud je dopravní dostupnost špatná. V případě Dvora Králové je možno předpokládat poměrně brzké zlepšení dostupnosti směrem na Hradec Králové, díky rozestavěné dálnici D11 do Jaroměře. Dálniční napojení na Trutnov bude trvat déle. Dopravní vzdálenost mezi nemocnicí v Trutnově a ve Dvoře Králové n. L. je však maximálně 20 km.
- Case-mix index operovaných chirurgických pacientů, vypovídající o tíži hospitalizací, je v kraji po FN HK nejvyšší v Náchodě a Trutnově, nejnižší je ve Dvoře Králové n. L. a před ním ve Vrchlabí.
- V nemocnici Dvůr Králové n. L. je zavedené kvalitní oddělení urologie se spektrem pacientů spíše elektivního (neurgentního) charakteru. O urologické oddělení měla zájem nemocnice Jičín, zdravotní pojišťovny se však k volbě mezi Dvorem Králové n. L. nevyjádřily. Pacienti z okresu Jičín, vyžadující urologický zákrok, se rozdělují mezi Dvůr Králové n. L. a Hradec Králové (pravděpodobně v PPCHC). Názor urologů nepreferuje zrušení jednoho lůžkového oddělení a kapacitu stávajících zařízení považují za dostatečně vytíženou, obzvláště s růstem specializace FN HK na onkourologické výkony a jiné obtížné případy, včetně robotické operativy.
- Podle urologů je fungování urologického primariátu možné i bez stálé přítomnosti chirurgů v nemocnici.
- Pro zachování urologického i chirurgického oddělení je nezbytný stavební zásah do dvou stávajících operačních sálů, které jsou hygienicky nevyhovující a provoz se zde udržuje pouze jako hygienicky povolené dočasné provizorium. Rozhodnutí o řešení cestou rekonstrukce stávajících sálů nebo přístavbou nových, dosud nebylo učiněno.
- Jednoznačné vyjádření ZH KHK k celé situaci dosud nepadlo. Plány na úpravy nemocnice v Trutnově výrazněji s posílením chirurgického oddělení zatím nepočítají.
- Primář chirurgického oddělení v nemocnici Dvůr Králové n. L. zastává reprofilizaci chirurgie tak, že si každé z jednotlivých chirurgických pracovišť ZH KHK ponechá

¹⁴ 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/>

²⁶ HROBŇŮ 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)

určité základní spektrum operací, které slouží lidem v okolí, a kromě toho mají některé speciální operace, které neprovádí každá chirurgie a tyto pacienty si s jinými chirurgickými odděleními vzájemně předávají (nebylo definováno, o jaké výkony by se mělo jednat). Do reprofilizace v žádném případě nepočítá přesun k následné chirurgické péči. Trvá na potřebě 2 nových operačních sálů jako náhrady za stávající sály, které již nejsou hygienicky vyhovující.

- Nové operační sály ve Dvoře Králové n. L. v tuto chvíli nepatří k prioritám investičního plánu v rámci holdingu, přestože slouží i pro urologické oddělení.
- Názor FN HK, který má jen poradní charakter, dlouhodobě nepodporuje chirurgickou část v nemocnici ve Dvoře Králové n. L. Za vhodné by FN HK považovala reprofilizaci DK n. L. pro kapacity lůžek následné / doléčovací chirurgické péče a pro dlouhodobé hospitalizace. Není cílem péči omezovat či chirurgické primariáty úplně zavírat, ale pokusit se systém péče o pacienty nastavit tak, aby fungoval účelněji a odpovídal aktuálním potřebám pacientů i jednotlivých nemocnic. Je potřeba mít možnost počet a spektrum lůžek flexibilně upravovat. Pokud se nemocnice na současných potřebách shodnou a jasně je nadefinují a návrhy podají komplexně ve shodě ZH KHK i FN HK, pak bude teprve možné znovu oslovit pojišťovny.

K uvedenému souboru faktů je možno dodat, že jasný konsenzus o budoucím profilu MN Dvůr Králové n. L. neexistuje. Je jasné, že v okrese Trutnov je chirurgických lůžek nadbytek a v celém kraji není chirurgických lůžek nedostatek. Na chirurgických lůžkách dnes leží pacienti, kteří tam nezbytně být nemusí a bylo by pro ně možné, aby byli hospitalizováni na internách a zejména na lůžkách následné chirurgické péče. Podle stávajících zvyklostí a celkové konfigurace zdravotnictví v ČR a podle plánů MZ ČR by měl být spád pro akutní nemocnici min. 100 000 obyvatel a v okrese by měla být jen jedna akutní nemocnice s nepřetržitým provozem a centrálním urgentním příjmem. Ani jedna z blízkých nemocnic MN DK a ON Trutnov není ve stavu, kdy by nevyžadovala podstatné investice do rekonstrukcí a obnovy a nebude-li jedna z nich v tomto směru vysoce posílena a druhá utlumena a využita pro nedostatečnou kapacitu, bude to pro region Trutnova vyžadovat celkově vyšší investiční prostředky a v budoucnu i vyšší provozní prostředky. K uvedenému dilematu nejsou pro tuto Analýzu další údaje k dispozici, zejména přesnější spektrum prováděných výkonů, spád, pacientů, možnost převzetí některých pacientů ortopedem (viz velké množství artroskopií) a možnost převzetí výkonů jinými chirurgickými primariáty. Podrobnější analýzu musí dodat ZH KHK a konečné politické rozhodnutí navrhnout vedení KHK, ale jisté je, že 2000 výkonů /rok nelze bez řádné přípravy rozpustit v kraji, už jen proto, že i ve FN HK jsou menší výkony, které má snahu nemocnice uvolnit do jiných okresů.

603 Gynekologie a porodnictví

Úvod a specifika oboru

Gynekologie a porodnictví patří bezesporu k nejúspěšnějším a zároveň i nejsledovanějším oborům českého zdravotnictví. Podařilo se vytvořit organizovaný systém péče o těhotné a rodičky a pacientky s onkologickým onemocněním a díky tomu dosáhnout světových výsledků v perinatologii a zajistit kvalitní optimální péči o onkologickou pacientku. Nicméně v oblasti akutní porodnické péče v posledních letech trpí významnou personální krizí a z porodnictví se vyvinul neatraktivní obor pro lékaře. Personální nestabilita porodnic v posledních letech z oboru učinila značně rizikovou oblast v nemocnicích KHK. Obor gynekologie a porodnictví reprezentuje i primární medicínu a vzdělává své lékaře i pro praktické gynekologie. Část informací o oboru je proto v kapitole V. Ambulantní péče, kde je praktická medicína popsána jako celek.

Obr. 7.1 (GYN) Očekávaný vývoj přírůstku obyvatel KHK

Graf ukazuje bilanci obyvatel KHK (zelené sloupce) a modrá křivka vyjadřuje počet živě narozených. V r. 2018 to bylo 5 677 (viz obr. 2.29). Počet živě narozených by měl podle prognózy klesat cca do r. 2032 téměř až ke 4000 narozených, potom k r. 2043 opět stoupat k 5000 a posléze znovu klesat pod 4000 v r. 2057. Prognózovat objem porodů v KHK a zejména i v jednotlivých okresech je obtížné a přinejmenším lze těžko odhadovat preference matek, jejichž zájem o porodnici je velmi proměnlivý a snadno vede ke vzniku porodnické turistiky. Z prognózy však lze usuzovat, že vzestup celkového počtu porodů v KHK není potřeba očekávat.

Personální stavy

Obr. 7.2 (GYN) Porodnictví a gynekologie (odbornost 603) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/04

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. V počtech nemocničních lékařů dominuje okres HK, kde je zahrnuto vedle FN HK i PPCHC (graf A). Nemocniční ambulance nejsou vykazovány v Jičíně a minimálně v Náchodě a nemocniční lékaři v RK jsou v rámci ON Náchod započítáni do okresu Náchod (graf B). Většina ambulantních lékařů působí v samostatných ambulantních zařízeních a formálně splývají s praktickými gynekology a nerozdělují se na praktické lékaře a ambulantní specialisty. Ve srovnání se stavem v ČR je relativní počet ambulantních lékařů nižší (graf C). Věkové rozložení ukazuje hraniční podíl lékařů ve věku 60+ let, s výjimkou okresu HK, kde je věkové spektrum příznivé.

Ambulantní péče

Obr. 7.3 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Největší část ambulantní péče se odehrává v ambulantních zařízeních. Je specifická v tom, že se její převažující část odehrává v oblasti praktické medicíny, orientované na těhotenství a gynekologickou prevenci. Podrobněji je popsána v kapitole V. Ambulantní péče, zejména v částech výkonů (obr. 5.5a-e), prevence (zejména viz obr. 5.49-5.54) a migrace za péčí (obr. 5.36, 5.47 a 5.48). Personální problémy a jejich výhledy nevytvářejí výraznější ohrožení. Počty úvazků ambulantních gynekologů jsou mírně nižší pouze na Jičínsku, kde jsou i mírně

vyšší dojezdové vzdálenosti (obr. 5.2, 5.3, 5.9), ale jejich prognózovaný demografický vývoj je oproti praktickým lékařům (jak PLD, tak PLDD) celkem příznivý (obr.5.15, 5.16, 5.23) a ani průměrný věk lékařů v oboru nepatří mezi rizikový (obr. 3.11, 3.33), zejména v oblasti ambulantní, která je oproti lůžkové sféře zaměstnání atraktivnější, zejména pro lékařky. Jako pozitivní je vnímaný vysoký souběh úvazků v nemocniční a ambulantní sféře, který dovoluje flexibilněji řešit případné výpadky lékařů a v některých případech i výpomoc v nemocničních pohotovostních službách. Poskytování ambulantní služeb z pohledu zdravotních pojišťoven je zajištěné a stabilní.

Počty výkonů jsou zobrazené na obr. 5.35 c,d, kde je srovnání krajů ČR. Je zde patrné, že počty vyšetření a počty preventivních prohlídek jsou lehce nad průměrem ČR, počty unikátních pojištěnců pacientů (UOP) a počty registrovaných pacientek jsou lehce pod průměrem.

Obr. 7.4 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.5 (GYN) Dětská gynekologie (odbornost 604) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Detailní přehled činností ukazuje pokles počtu ambulancí v okrese Jičín (z 16 na 13) a výrazný pokles počtu vyšetřených na 54 %, s největším poklesem počtu vyšetřených v okrese RK (na 45 %). Počet UOP se však snížil jen nepodstatně. Počty dětských gynekologů a jejich výkony jsou minimální, protože praxe je taková, že se věnují pouze malým dětem a vyšší ročníky jsou již v péči ostatních gynekologů.

Akutní lůžková péče – gynekologie

Obr. 7.6 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Hospitalizační péče a její časový vývoj v zařízeních KHK

Hospitalizační data jsou uvedena pro gynekologickou činnost a porodnictví dohromady, i když se lůžková péče oboru rozpadá do dvou oblastí, z nichž gynekologická je relativně bezproblémová. Netrpí nedostatkem lůžek s výjimkou Náchoda, kde je potřeba navýšit zázemí pro gynekologické operace v centrální chirurgické JIP (bude realizováno po zprovoznění dostavby nemocnice). Tč. dochází k občasnému odkládání operací kvůli obtížnému zajišťování pooperační péče. Z ostatních gynekologických oddělení nebyly větší problémy avizované, samozřejmě s výjimkou personální situace, která se spojuje zejména s porodnickou činností.

Vzhledem k očekávanému postupnému přesunu některých operačních výkonů do ambulantní a jednodenní chirurgie, se vyšší potřeba standardních lůžek gynekologických neočekává. Kritika, podobně jako v jiných oborech, se obrací proti úhradovým mechanismům, které činí jednodenní operativu velmi neatraktivní a lékaři se jí proto snaží vyhýbat. Spontánně se v kraji zvyšovala centralizace náročnějších operačních výkonů a s nástupem formálně kodifikované centralizace onkogynekologické operativy se tento proces dále prohlubuje.

FN HK díky tomu očekává nárůst cca 200 operací/rok, lze však předpokládat, že jednodušší výkony budou v oblastních odděleních zatím zachovány. Svoji roli v centralizaci naopak hrají i pokročilé technologie a i gynekologická operativa má dnes již své pevné indikace pro robotickou operativu v případech, kdy přináší lepší výsledky a rychlejší hojení.

Akutní lůžková péče – porodnictví

Obr. 7.7 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Vývoj počtu porodů v jednotlivých porodnicích KHK

Tabulka ukazuje počet porodů, který se ve sledovaném osmiletém období vyvíjel spíše kolísavě. V celém KHK mírně v posledním roce klesl a nejvíce skokově poklesl počet v Trutnově, kde v druhé polovině roku porodnice personálně zkolabovala. V Rychnově n. Kn. postupně vystoupal počet porodů na nadprahovou hranici 600 porodů (v roce 2020 653 porodů). Počet porodů stoupl v Náchodě, v Jičíně po třech letech klesl a ve FN HK na osmileté maximum vystoupal po 4 letech plynulého růstu na 2 457 porodů.

Porodnictví má oproti gynekologické složce oboru bohužel problémů mnohem více a aktuálně jsou v KHK řešitelné poměrně obtížně. Pokud jde o oblast reprodukčního zdraví (viz kap. II. Demografie a zdraví populace, obr. 2.29-2.49, jsou výsledky péče tam, kde je možno porovnávat stav v ČR a v KHK se zahraničím, kvalitní a neobjevují se žádná negativa. Prenatální prevence a diagnostika problémů plodu je bezproblémová a ve FN HK funguje perinatální centrum, určené i pro Pardubický kraj a částečně pro Liberecký kraj a Kraj Vysočina. Centrum je určeno i pro novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností a patří k největším v ČR. Zjednodušeně je možno konstatovat, že jediným velkým problémem celé této sféry je situace porodnic. Po uzavření porodnice v nemocnici Vrchlabí v r. 2013 je v KHK 5 porodnic, v každém okrese jedna.

Současný stav a potřeby porodnice FN HK

Přestože jsou ve FN HK dvě centra vysoce specializované péče, onkogynekologické a perinatologické (to ve spojení s dětskou klinikou), funguje Porodnická a gynekologická klinika v Hradci Králové i jako okresní porodnice a gynekologické oddělení pro pacientky z hradeckého okresu a přilehlých oblastí. Při zvyšování počtu porodů v posledních letech přes 2000 porodů/rok dochází i k vynucenému uzavírání příjmu rodiček, z důvodů nedostatku lůžek pro matky po porodu. Již též nestačí 4 porodní boxy a 30 porodnických lůžek a porodnice by pro splnění kvalitativních parametrů potřebovala min. 1, lépe 2 porodní boxy a 5 lůžek navíc a přemístění jednotek intenzivní péče, lokalizovaných ve vzdálené budově Dětské kliniky do budovy porodnice. Situace je technicky řešitelná, avšak dostavbu generálně rekonstruované budovy stavebně ani finančně nemocnice kvůli jiným prioritám zatím neplánovala a její potřeba se objevila cca před 4 lety v rámci kolapsu porodnice v Rychnově n. Kn. V případě realizace dostavby by bylo výhodné vytvořit zároveň dva speciální porodní boxy v návaznosti na porodní sál a získat tak variantu Porodního domu s alternativními porody vedenými porodními asistentkami, po kterých část veřejnosti volá a které by byly náhražkou rizikových porodů doma. Pozn.: při frekvenci 1 900 porodů ročně je zapotřebí 5 porodních boxů.²⁷ Aktuálně (březen 2021) FN HK doplňuje informaci, že již plánuje nové Perinatologické centrum v přístavbě k PorGyn klinice, kdy dojde k navýšení počtu porodních boxů a vytvoření Centra porodní asistence splňujícího požadavky na služby typu „porodní dům“.

Současný stav a potřeby porodnic ZH KHK

²⁷ CENTRA VYSOCE SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V PERINATOLOGII V ČR. Výzva k podání žádosti o udělení statutu centra vysoce specializované zdravotní péče podle § 112 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Věstník MZ ČR, částka 1/2019, Částka 1, 14. ledna 2019, str. 64-76. Dostupné z: http://staryweb.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-1/2019_16649_3977_11.html

Stav porodnic ZH KHK je následující:

- Personální vybavení porodnice v nemocnici Náchod je ve stabilizovaném personálním stavu a žádné jiné mimořádné problémy nemá. V novém pavilonu dojde k lepšímu zajištění bezpečnosti a kvality provozu. Deklaruje problémy v souvislosti s využíváním sester ze zahraničí, zejména z východní Evropy (jazykové bariéry, profesní kvalifikace, ochota pracovního nasazení). Nepřetržitý provoz je udržitelný díky nadstandardnímu vztahu s privátním terénem. V současné době částečně pokrývá spád zavřené porodnice v nemocnici Trutnov. V novém pavilonu dojde k navýšení o jeden porodní box na celkové čtyři.
- Porodnice v nemocnici Jičín je stabilní, v r. 2020 přebírala porody z Trutnovska. Největší problém je udržet zdravotnický personál. Pro lékařky a porodní asistentky jsou noční služby vysilující a po dokončení specializace mají snahu odcházet do privátní sféry. Nepřetržitý provoz zajišťují díky externistům z jiných okresů. Pokud by měla porodnice přestoupit počet porodů 1000 ročně, vyžadovalo by to přístavbu.
- Porodnice v Rychnově n. K má dnes dostatek porodů pro udržení provozu a problém s neonatologou byl vyřešen.
- Nemocnice Trutnov. Stav lékařů v r. 2019 byl 6 specializovaných lékařů L3 (úvazky celkem 4,7 – 4x 1,0, 0,5 a 0,2) 3 lékaři L1 a L2 (celkem úvazek 3,0) porodnice v r. 2020 zkolabovala a ještě v březnu 2021 byla mimo provoz. Stavebně vyžaduje rekonstrukci porodního sálu (plánovaná za 2 roky) a obnovu lůžek.

Další obecná fakta, týkající se porodnic v kraji

Platná fakta okolo porodnic říkají následující:

- V r. 1997 bylo v kraji 11 porodnic, tč. jich je 5, v tomto počtu fungují od r. 2014 od té doby počty porodů v KHK vzrostly celkem o 79, viz **obr. 7.7 (GYN)**.
- Všude jsou problémy s porodníky. Z hlediska forezního se stal obor pro lékaře významně rizikový a zájem o něj je nízký. Nepřetržitý 24 hodinový provoz je u personálu velmi nepopulární. V případě porodních asistentek je situace ještě horší než u sester.
- Vznik porodních domů je de facto možný jen v těsné blízkosti větších porodnic, závisí na podnikatelském zájmu a dostatku porodních asistentek a žádná z nemocnic v kraji takovéto zařízení tč. neplánuje vybudovat.
- Potřeba porodnických lůžek vzhledem k nárůstu porodů prozatím spíše stoupala, nyní však lze podle demografické prognózy očekávat do r. 2030 spíše pokles porodů. Pokud nebudou celostátně změněny podmínky prevence na straně novorozence a zajištěna ambulantní neonatologická péče, nelze očekávat pokles doby pobytu na lůžku po porodu.
- Menší porodnice nemusejí mít problémy s kvalitou ani při menším počtu porodů pod formálně daným limitem 600/rok, pokud mají odborně zkušený personál. Nejsou však schopné získávat akreditaci pro vzdělávání a udržet neonatologický provoz a nepřetržitý 24 hod. provoz z důvodů ekonomické neefektivity. Pokud je však politicky obtížné organizačním a politickým rozhodnutím neprofitující porodnici zrušit, musí být její udržení finančně dotováno.
- V případě menšího počtu porodnic je nutné zajistit i dostatečnou dopravní dostupnost. V krizových situacích (dočasný personální kolaps porodnice v Rychnově n. Kněžnou a aktuálně několikátýdenní kolaps porodnice v Trutnově) vyvolávají vyšší nároky na provoz porodnic v okolí, které, pokud by trvaly dlouhodobě, by musely být řešeny investiční podporou. Zkušenost z těchto krizí však ukázala, podobně jako masivní

rušení porodnic na přelomu století, že dopravní problémy s rodícími ženami nenastávají a ojedinělé urgentní převozy Zdravotnická záchranná služba zvládá.

- Demografické prognózy předpovídají pro následující desetiletí snížení porodnosti o cca 15-20 % a po dalších 10 letech návrat porodnosti na úroveň asi o 10 % nižší, než je aktuálně.

Názory na počet porodnic v KHK a varianty řešení rizik při jejich případné redukci

Převládající názor ze strany primářů gynekologických a porodnických oddělení, vedení ZH KHK i kliniky a vedení celé FN HK je zachovat současné schéma 1+4 porodnice v KHK. Názor, tlumočený zástupcem České lékařské komory, by naopak preferoval redukci počtu a koncentraci pracovišť. Ze strany politiků a místních občanů je vysoký odpor k uzavírání jakékoli porodnice, zejména pokud není podložen medicínskými argumenty.

Proti aktivnímu zrušení jedné z porodnic je i potenciální nutnost investičního posílení zbylých porodnických oddělení. Měla-li by část kapacity jedné porodnice dlouhodobě přejít do FN HK (v případě zrušení jedné porodnice), je potřeba, aby o tom FN HK dopředu byla informována a byla podpořena ve finanční oblasti. V současné době nemá potřebný investiční záměr připraven.

Personální stav na porodnických odděleních má zhoršující se charakter. Personální situace je aktuálně tak špatná, že dochází ke kolapsům a není velká naděje, že se tento stav bude dařit zlepšovat. Menší porodnice nejsou navíc atraktivní pro absolventy lékařských fakult, protože jejich specializační vzdělávání je na těchto pracovištích ohroženo.

Celková situace porodnic v kraji se pohybuje na hranici lability. V případě navyšování porodů (i když tč. není na následujících 10 let prognózováno) nebo v případě dlouhodobého uzavření jedné z porodnic by bylo potřeb razantně (stavebně) posílit minimálně jednu ze zbylých porodnic. Tento fakt se týká i FN HK. Pokud by (teoreticky) v rámci ZH KHK zkolabovaly obě dvě v posledních letech labilní porodnice, bylo by pro dvě největší porodnice Náchod a Jičín potřeba vybudovat též intermediální JIP, aby se odlehčilo situaci ve FN HK.

Uzavřít tuto diskuzi je obtížné, ale kraj by měl být na hrozící, nedostatkem personálu vynucené uzavření jedné z porodnic připraven. Investiční posílení zatím stabilních porodnic bez jasné vize snížení počtu porodnic by bylo finančně riskantním krokem, ale zajistilo by vytvoření alespoň jednoho plně garantovaného centra vzdělávání vedle FN HK, kam by se zájemci o obor nebáli hlásit. Pro definitivní rozhodnutí by mohl zajistit Zdravotnický holding KHK alespoň analýzu možností rozšíření porodnice v nově vytvořeném zázemí silně zainvestované nemocnice Náchod a nebo v Jičíně, kde je porodnice stabilní a provozovaná mimořádně efektivně. Alternativa prevence kolapsu celého krajského systému porodnic formou posílení porodnice ve FN HK by byla investičně pravděpodobně nejdražší, ale dlouhodobě nejefektivnější, protože by potvrdila stabilitu perinatálního centra, jehož role poroste, ale i investice do revitalizace menších porodnic v Trutnově či v Rychnově n. Kněžnou by z hlediska stabilizace porodnického provozu byla možná, i když by těžko vedla k vytvoření silného vzdělávacího centra komplexu ZH KHK. Zcela jistý však je fakt, že pokud nedojde spontánně k revitalizaci personální krize v porodnictví KHK, nebude možno investovat do všech pěti porodnic v kraji tak, aby se z nich stala kvalitní, pohodová a dlouhodobě udržitelná atraktivní centra.

Doplňující data k lůžkové problematice

Obr. 7.8 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.9 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2017

Obr. 7.10 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2017

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých nemocnicích pro případné další analýzy.

Obr. 7.11 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz obr. 7.4 (úvod) a 7.5 (úvod). Dle demografických předpovědí je obor gynekologie a porodnictví jedním z mála, kde zejména v souvislosti s očekávaným snižováním počtu porodů je možnost očekávat spíše snižování počtu akutních lůžek.

606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

Personální stavy

Obr. 7.1 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Vysoký počet úvazků je v okrese HK u nemocničních lékařů a týká se FN HK i PPCHC. V Jičíně lůžkové oddělení není a vysoký počet lékařů v okrese Náchod patří v rámci ON Náchod z části i její součástí v okrese Rychnov n. Kn. (graf A). U přepočteného počtu ambulantních lékařů je vysoký počet v okrese HK (graf B). Vyšší je i v okrese Jičín, kde pravděpodobně kompenzují absenci lůžkového oddělení. Počty ambulantních lékařů v KHK jsou pod celostátním průměrem (graf C). Vysoký podíl lékařů ve věku 60+ je v okrese HK (graf D).

Ambulantní péče

Obr. 7.2 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Nebudeme-li počítat Gynekologii a Porodnictví jako ambulantní obor, patřící do primární medicíny, má ortopedie třetí největší počet ambulantních kontaktů z operačních oborů (nejvíce oftalmologie, druhá všeobecná chirurgie – viz **obr. 7.2 (úvod)**). O něco více než 1/3 těchto kontaktů se odehrává v nemocnicích, zbytek v zařízeních ambulantních specialistů. Pokud jde o dostupnost ambulantní ortopedické péče, nejsou registrované problémy s dostupností poskytovatelů ani od zdravotních pojišťoven.

Oblast jednodenní péče zde formálně ustavena je, ale její naplnění je minimální. Jednodenní hospitalizace reprezentují pouze 2,3 % všech ambulantních výkonů, i když ambulantních operací bude jistě podstatně více. O ambulantních výkonech operačního či endoskopického charakteru a o jednodenní lůžkové péči je k dispozici poměrně málo informací. Tato forma je ve většině operačních oborů (s výjimkou oftalmologie, gynekologie či drobné chirurgie) dost nepopulární. Hranice, kdy se provádí operační výkon ambulantně, v režimu jednodenní hospitalizace nebo při plné hospitalizaci, se velmi různí a obvykle se o nich tvrdí, že ve vyspělých zdravotnických systémech je tohoto typu výkonů na úkor hospitalizací prováděno výrazně více, ale tyto diskuze jsou v ČR vedeny desítky let a nejsou pro ně k dispozici širší analýzy. Problematika je v této kapitole zmiňována v části Chirurgie / Problematika některých specifických odborných činností a chirurgických specializací ve FN HK i v KHK / **Jednodenní péče**. Celá tato problematika je vhodná pro podrobnější posouzení na úrovni zdravotních pojišťoven.

Obr. 7.3 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Výkony v ortopedických ambulancích od r. 2013 do r. 2018 narostly cca o 10 %. V okrese TR přibýly dvě ambulance, jedna zanikla v okrese Jičín. Podle poměru počtu ambulancí a celkových úvazků funguje výrazná část ambulancí pouze na částečný úvazek. Nejvýraznější to je v okrese TR. Nejvíce přepočtených kontaktů pacienta s ambulancí na 100 000 obyvatel je v okrese HK.

Akutní lůžková péče v KHK

Obr. 7.4 (ORT) Ortopedie (odbornost 606). Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Celkový počet lůžek v kraji je 147, z toho je 77 (cca polovina) ve FN HK, kde je v rámci tohoto fondu lůžková stanice pro děti. Z primariátů v kraji má nejvyšší počet hospitalizovaných FN HK. Mezi jednotlivými odděleními není velký rozdíl v CMI, ale ve FN HK je nejdelší ošetrovací doba. Procento operovaných je všude vysoké, obložnost lůžek nižší v FN HK a v Trutnově. Podle primářů je kapacita ortopedických lůžek v kraji v průměru dostatečná. Objem produkce, jaký by odpovídal potřebám pacientů v celém kraji, je limitován úhradami zdravotních pojišťoven zejména u náročnějších výkonů. Od r. 2012 se počet hospitalizovaných na ortopedických lůžkách zvýšil v kraji o 4 %, nejvíce v Trutnově (29 %) a mírný útlum o 6 % je v Náchodě. Ve spektru pacientů, hospitalizovaných na ortopedických pracovištích jsou výrazně zastoupeni operovaní pacienti, jejichž podíl činí 86-93 %.

Lokálně chybí cca 5 ortopedických lůžek primariátu v Trutnově a operace musejí být občas omezované. Kapacity ve FN HK jsou limitované spíše restrikcí úhrad zdravotních pojišťoven. Nemocnice Vrchlábí je připravena transformovat 12 z 27 chirurgických lůžek na ortopedickou odbornost, zdravotní pojišťovny však tento proces spíše brzdí. V Jičíně, kde není ortopedické oddělení, se ortopedické výkony provádějí jen v rámci sdílených výkonů (artroskopie, traumatologická operativa) – s tímto stavem zdravotní pojišťovny obecně souhlasí. Podobně funguje ortopedická operativa na společném lůžkovém fondu i v PPCHC v Hradci Králové a velký počet artroskopií je prováděn i na chirurgických odděleních v MNDK a ve Vrchlábí.

Intenzivní péče

U starších a náročnějších pacientů jsou operační výkony odsouvány kvůli nedostatku kapacity JIP pro pooperační péči (Trutnov, Náchod, Rychnov n. Kn.). Výhledově bude, díky stárnutí populace a rostoucí potřebě ortopedické operativy u starších pacientů a vyššímu výskytu polymorbidit, potřeba více pooperační intenzivní péče. Již nyní jsou však kapacity JIP v krajských nemocnicích omezovány i díky nedostatku intenzivistů a zejména kvalifikovaných sester. Proces stárnutí pacientů vedle problémů JIP vyžaduje i stále narůstající potřebu následné a ošetrovatelské péče po operacích na doléčovacích, event. rehabilitačních lůžkách.

Obr. 7.5 (ORT) Vývoj počtu všech hospitalizací dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ortopedie

Obr. 7.6 (ORT) Vývoj počtu hospitalizací s operačním výkonem dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ortopedie

Tabulky ukazují věkové spektrum pacientů, kteří se objevují na ortopedických lůžkách. Nejvíce ve FN HK, kde je v rámci kliniky vyčleněno dětské oddělení. Ze statistik je patrné, že většina dětí do 14 let je hospitalizována tam, ale vyšší věkové kategorie dětí jsou hospitalizovány i mimo dětská oddělení, podobně jako na okresních chirurgických primariátech, kde supluje obor dětská chirurgie. Spektrum hospitalizovaných dětí mimo dětské primariáty je též diskutováno v souvislosti s hospitalizacemi ve FN HK a podílem jiných klinik/primariátů oproti dětem, hospitalizovaným na Dětské klinice, viz **obr. 7.9 (PED)**.

Pohled na dětskou ortopedickou problematiku má zajímavou souvislost se stávající personální krizí, která výrazně postihuje dětskou medicínu. Ortopedie nemá formálně vytvořenou dětskou variantu svého oboru ani ve formě dětské specializace s atestací nebo ve formě dětské

nástavby s certifikátem, přestože děti úspěšně léčí a z pohledu vzdělávání ani personálních krizí v řadě oborů včetně jejich dětských odnoží nedošlo v tomto směru u ortopedů k žádným dramatickým situacím. Tento fakt je zde zdůrazněn proto, že vzdělávací model ortopedů by mohl být zkoumán obory, které o svoji stabilitu těžce zápasí (viz dětská psychiatrie nebo neurologie) a nedostatek dětských neurologů se datuje minimálně od 70.let minulého století.

Obr. 7.7 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.8 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.9 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých nemocnicích pro případné další analýzy.

Obr. 7.10 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz **obr. 7.4 (úvod)** a **7.5 (úvod)**. Prognóza počítá poměrně s malým nárůstem lůžek, který by se mohl ještě z části omezit v případě, že by se podařilo posílit oblast následné rehabilitace.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Septické diagnózy

V kraji je zřetelným problémem léčba pacientů s ortopedickými septickými diagnózami. Léčba septických diagnóz je jak odborně náročná, tak drahá a prodlužuje hospitalizační dobu. Specializovaná jednotka ve FN HK nestačí, i když lehčí případy jsou na odděleních ostatních nemocnic v KHK léčené. Jedná se o typický problém, který by společně mělo řešit vedení FN HK a ZH KHK a jednat se zdravotními pojišťovnami. Panuje shoda, že větší centralizace v kraji by byla medicínsky výhodná.

Ortopedie vs. Revmatologie vs. Praktické lékařství

Mezi terénními a nemocničními ambulantními ortopedy v okrese Hradec Králové panuje neshoda ohledně indikací revmatologického vyšetření, které by měli indikovat i ambulantní ortopedi, pokud to stav pacienta vyžaduje a nepřenášet tuto indikaci od ambulantních ortopedů v nemocnici. Zjevně se jedná o problém kapacity revmatologů a samozřejmě i problém kompetencí jednotlivých oborů, formalizovaných i neformalizovaných. V tomto místě lze též konstatovat, že ve zdravotnickém systému je objem ambulantní činnosti u revmatologů téměř 4 x menší, než je rozsah ortopedických ambulancí (revmatologie 48 243 vyšetření za rok 2018 v KHK, ortopedie a ortopedická protetika 181 141 vyšetření, viz **obr. 7.3 (INT)** a **7.9 (INT)** a **7.2 (ORT)** a **7.3 (ORT)**), a je otázkou, zda by se neměl operační obor, jakým ortopedie je, v některých oblastech více vymezit. Příkladem může být občas konstatovaný fakt, že bolesti kloubů, podobně jako bolesti zad jsou jednou z nejčastějších diagnóz ve středním a vyšším věku a že se přitom zástupci ambulantní ortopedie shodují ve faktu, že je potřeba zvýšit kompetence praktických lékařů a rozsah jejich preskripce.

Ambulantní ortopedi si též stěžují na neochotu a nedostatečné vybavení menších ambulantních rehabilitací přijímat některé typy pacientů. Tento problém se opakuje i u jiných oborů a lze ho považovat za příklad určitého selhání lékařské samosprávy (ČLK a příslušných odborných společností), která, pokud si chce svoji profesní samosprávu zachovat a neklesat na úroveň manažerského nebo politického dirigismu, by měla řešit tento spor na úrovni svých vedení se zdravotními pojišťovnami a popřípadě i s MZ ČR. Pokud se jedná o problémy kapacit, event. s tím souvisejících úhrad, je zde jistě prostor i pro orgány krajů, které mají zdravotnictví ve svých agendách.

Magnetická rezonance

Technologický vývoj v medicíně jasně směřuje k nutnosti zvyšovat kapacitou magnetické rezonance pro ortopedii. Zobrazení se stává standardem u řady diagnóz a je omezeně dostupné. V minulosti bylo terénními ambulantními lékaři upozorňováno na obtíže ohledně přeposílání digitálních rtg. snímků z Emergency FN HK pro potřebu kontrol hojení fraktur. Problém sdílení elektronické obrazové dokumentace dopadá na více oborů a komplikuje i spolupráci mezi FN HK a dalšími nemocnicemi v kraji.

701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

Personální stavy

Obr. 7.1 (ORL) Otorinolaryngologie – analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Tato standardní sada grafů je však v případě ORL nekompletní. Graf A ukazuje všechny úvazky v okresech, ale reálný je pouze okres HK 24,23 přepočtených úvazků ve FN HK s větší proporcí ambulancí, než ukazuje graf a 6,88 úvazků v nemocnici Jičín. V Náchodě je dle údajů nemocnice primariát s úvazkem 1,0 a v nemocnici Trutnov ordinariát s jedním lékařem. Údaje z ambulantních zařízení jsou snad správné. Graf B ukazuje průměrný věk ambulantních lékařů v jednotlivých okresech. Dle zprávy z FN HK je zde od r. 2018 plný stav lékařů. Podíl starších lékařů je vysoký v okresech HK, JI a TR

Obr. 7.2 (ORL) Otorinolaryngologie – Kapacita ambulantních lékařů na 100 000 obyvatel v přepočtených úvazcích v rámci okresů ČR k 04/2019, pracoviště ORL

Srovnání počtu ambulantních lékařů na mapě ukazuje na vložené tabulce výrazný deficit ambulantních lékařů oproti průměru celé ČR ve všech okresech.

Ambulantní péče

Obr. 7.3 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr. 7.4 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

ORL ordinací v kraji v období r. 2018-2013 ubylo (ze 37 na 31). UOP a vyšetření v celém kraji ubylo. Pokud jde o počty výkonů, tak nejslabší situace s výkony je v okresech RK, NA a TR, kde byl navíc nejvyšší pokles výkonů ve sledovaném období. Od lékařů přicházejí zprávy, že o odkup uzavřených ordinací není zájem, vybavení ambulancí se zdražuje a provoz je ekonomicky neudržitelný. Podle zdravotních pojišťoven jsou však ambulantní služby vyhovující a dlouhé objednací doby se nevyskytují. Jednou z výtek odborníků je fakt, že v oboru ORL je potřeba více lékařů, než je v zahraničí, protože základní problémy z ORL oblasti u nás neléčí praktičtí lékaři a posílají je ke specialistům. V Trutnově chybí foniatr a vážne přidělování sluchadel.

Akutní lůžková péče v KHK

Lůžková oddělení

Obr. 7.5 (ORL) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách ORL v KHK r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Obr. 7.6 (ORL) Vývoj počtu všech hospitalizací dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ORL

Obr. 7.7 (ORL) Vývoj počtu hospitalizací S operačním výkonem dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ORL

Hospitalizací v kraji ubývá, ale vzhledem k tomu, že jich ubývá i na největší lůžkové základně ve FN HK (na 89 % od r. 2012), kde není personální krize, jde pravděpodobně o souvislost s medicínským technologickým vývojem. Menší pokles je i v Jičíně, kde je rezerva

lůžek v podobě nižší obloženosti. Katastrofický vývoj je v nemocnici Náchod, kde během 6 let poklesl počet pacientů na 1/5 a kde je výhled ORL jako nemocniční disciplíny ohrožen, podobně jako je tomu na nelůžkovém ordinariátu v Trutnově. K analogickému poklesu hospitalizovaných pacientů dochází i u hospitalizovaných dětí, které mají v péči všechna tři lůžková oddělení v kraji. Spektrum hospitalizovaných dětí mimo dětské primariáty je též diskutováno v souvislosti s hospitalizacemi ve FN HK a podílem jiných klinik/primariátů oproti dětem hospitalizovaným na Dětské klinice, viz **obr. 7.9 (PED)** a u ortopedické operativy, viz **obr. 7.5 (ORT)** a **7.6 (ORT)**.

V kraji jsou formálně definována 3 lůžková oddělení, ve FN HK, v Jičíně a v Náchodě. V Trutnově je zřízen ordinariát s jedním lékařem, hospitalizace operovaných pacientů jsou řešeny na chirurgických lůžkách. Ve FN HK je další lůžková stanice zřízena pro dětskou ORL v rámci Dětské kliniky, děti jsou však operované na klinice ORL.

Plná akreditace pro specializační vzdělávání lékařů je udržitelná ve FN HK a v Jičíně lze udržet akreditaci I. typu (pro vzdělávací kmen). Působí zde primář a 2-3 rezidenti bez specializace. Naopak zcela neudržitelná je akreditace v Trutnově a v Náchodě. V Rychnově n. Kněžnou lůžková péče není a objevují se zde pouze endoskopické operace v nosní dutině, kterých je více než v Náchodě. V ORL se nikde nepreferují jednodenní chirurgie se zdůvodněním, že u operací v oblasti hlavy a krku je vysoká míra i pozdějšího pooperačního krvácení s ohrožením života pacienta.

Lékařské pohotovostní služby

Dostupnost urgentní péče v oboru ORL není optimální.

- *Náchod*. Během dne pracují pouze 2 lékaři, v případě jejich vytížení na operačním sále přebírá akutní pacienty chirurgická, event. dětská ambulance. Mimo pracovní hodiny je nepřetržitá pohotovost ORL zajištěna jen některé dny v týdnu (v úterý, ve čtvrtek a o víkendech a svátcích 7:00 – 19:00 hodin). I tato limitovaná služba je možná jen za pomoci všech soukromých ambulantních lékařů, kteří jsou však ochotni sloužit 2 - 3 služby v měsíci, ne 5 - 6 služeb, jak by bylo potřeba.
- Pouze *Hradec Králové a Jičín* mají zajištěnu péči v rozsahu 24 hodin denně. Služba v Jičíně má charakter ústavní pohotovostní služby a je zajišťována i s pomocí ambulantních specialistů.
- *Trutnov*. Pohotovostní služby mimo ambulantní hodiny jsou v okrese Trutnov zabezpečeny od 15:30 do 22:00 hodin ve všední dny na chirurgické nebo interní ambulanci a o víkendech a svátcích je zajištěna od 7:00 do 12:00 hodin. Příslužba ORL lékaře na telefonu je trvale zajišťována pouze jediným lékařem. U hospitalizovaných pacientů je telefonická příslužba zajištěna 24 hodin denně.
- V okrese *Rychnov nad Kněžnou* není pohotovostní služba zabezpečena. Pacienty ošetří dětský lékař nebo chirurg a pokud nelze pacienta vyřešit, je odeslán do FN HK.

Obr. 7.8 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.9 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.10 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých nemocnicích pro případné další analýzy.

Obr. 7.11 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz **obr. 7.4 (úvod)** a **7.5 (úvod)**. Prognózované změny v počtu lůžek jsou minimální. Nelze však vyloučit, že je tato prognóza zkreslená poklesem lůžek v Náchodě, kde demografický vývoj překrývá jejich zdánlivá nepotřebnost v těžké personální krizi oboru.

Shrnutí problémů oboru

Další významné problémy

Přes kvalitní vyšší specializovanou péči ve FN HK, kde se od r. 2016 provádějí i kochleární implantace, je běžná standardní péče o občany kraje na hranici udržitelnosti a podle pohledu ZH KHK je ORL jednou z nejohroženějších odborností v kraji. Přes některé finanční restrikce zdravotních pojišťoven v rozvojových oblastech ORL a nízkou podporu jednodenní péče je hlavním problémem personální stav oboru, kde došlo k výrazné redukci počtu lékařů na lůžkovém oddělení nemocnice Náchod a po zrušení poměrně velkého lůžkového oddělení v Trutnově je zde nyní operativa relativně malá a nemocničních lékařů tak málo, že dochází k nedokonalému zajištění pohotovostních služeb v obou okresech a potažmo i v okrese Rychnov n. Kněžnou.

Přestože dnes postihují personální problémy ve zdravotnictví téměř všechny obory a byly proto vyčleněny do zvláštní kapitoly III. této Analýzy, je se zde o nich potřeba zmínit, protože ze specializovaných oborů je ohrožení ORL jedno z nejvyšších. Redukcí oddělení mimo FNHK došlo k výraznému propadu akreditovaných pracovišť a počtu školitelů a obor se bez podpory vzdělávacího procesu na zbylých akreditovaných pracovištích neobejde.

Je nezbytná existence a posílení jednoho až dvou lůžkových pracovišť v KHK a zejména domluva KHK a FN HK o společném systému vzdělávání rezidentů by měla zcela jistě patřit k vysokým prioritám KHK.

706 Urologie

Personální stavy

Obr. 7.1 (URO) Urologie (odbornost 706) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/04

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. V personální problematice není dopad v urologii v oblasti lékařů tak velký jako v jiných oborech a lůžková oddělení nemají s počtem lékařů významnější problémy. Rozdělení nemocničních lékařů v nemocničních odděleních je na grafu A. Lůžková oddělení jsou v HK (nejen ve FN HK, ale i v PPCHC), v Náchodě a ve Dvoře Králové n. L. (okres TR). Personálně silná ambulantní sféra je v Jičíně a v Hradci Králové, kde překračuje průměrné hodnoty ČR. RK, který je jen těsně pod průměrem a Náchod je výrazně pod průměrem, ale hodnoty v RK a v Náchodě neodpovídají výkonům (viz dále, **obr. 7.3 (URO)**). Podle stavu v celé ČR je však průměr KHK pod průměrem ČR. Přes relativní dostatek urologů v lůžkové sféře je však zřejmou hrozbou stárnutí lékařů v ambulancích (Graf D), zejména v okresech RK a NA.

Ambulantní péče

Obr. 7.2 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr. 7.3 (URO) Urologie (odbornosti 706) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.4 (URO) Dětská urologie (odbornosti 707) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

V pětiletém období v urologii (pro dospělé) zřetelně přibýlo výkonů (UOP o 10 %, počty ošetření o 6 %). Mimořádně výrazný vzestup se objevil v Jičíně, kde přibyla 1 ambulance a jsou zde nyní 2, s celkovými přepočtenými úvazky 2,9. Vzestup výkonů zde byl u UOP na 266 %, ale přes tyto výrazné skoky se nepodařilo výkonnost ambulantní urologie v okrese Jičín zvednout na potřebnou úroveň a zůstávají na 1/6 výkonů v okresech Náchod nebo Trutnov (ve srovnatelných relativních přepočtených hodnotách na 100000 obyvatel). Rovněž index počet klinických vyšetření na 1 úvazek lékaře je mimořádně nízký. Všechna uvedená čísla ukazují nedostatečné fungování ambulancí a jednoznačně signalizují špatnou dostupnost urologické péče na Jičínsku. Výtku na stav ambulancí na Jičínsku, uvádí i ZH KHK, který potvrzuje dostupnost ambulantní péče jen 1 den v týdnu a nepokládá péči za dostatečně zajištěnou. Tato situace by zasloužila další objasnění, např. migrační analýzu, která by ukázala, zda pacienti vyhledávají péči v Hradci Králové, ve Dvoře Králové n. L. nebo ve Středočeském či Libereckém kraji.

Pokud jde o dětskou urologii, ta je vázaná na jediné ambulantní (i lůžkové) pracoviště a společný lůžkový fond Oddělení dětské chirurgie a traumatologie ve FN HK. Výkony zde vystoupily v čase na cca 110 %.

Z obecného pohledu lze konstatovat, že v rámci lepšího se vybavení ambulantních pracovišť by bylo z medicínského hlediska řadu výkonů možno přesouvat do ambulancí a ulehčit lůžkové sféře. Ambulantní urologové si však stěžují na přísné regulace zdravotních pojišťoven, které nepovolují proplácení potřebných výkonů. Od poskytovatelů se však objevují informace, že nemocniční urologické ambulance (zejména ve FN HK) jsou značně

přetížené. Objevují se i hlasy, že i v případech lehčích onemocnění by mělo být možné i vyšší zapojení praktických lékařů do jejich léčby u jednodušších diagnóz (záněty dolních močových cest, výměny cévek u chronických polymorbidních pacientů aj.), event. zprostředkovaných i agenturami domácí péče. Nutno však poznamenat, že v aspektu není názor urologů úplně jednotný.

Česká urologická společnost prosazuje, aby byly ambulance plně vybavené, fungovaly nejméně 4 dny v týdnu a poskytovaly komplexní služby. Pokud jde o názory zdravotních pojišťoven, nevidí v ambulantních urologických službách problémy. Noví pacienti jsou přijímáni, v potřebných případech bez čekání, jinak jsou čekací doby do 5 týdnů.

Z ambulantní sféry a se dále ozývá zvyšující se potřeba MR, PET-CT a nukleárních vyšetření, která nejsou ZP hrazena v dostatečné míře. Ambulance mohou též jen těžko kvalitně pracovat bez dostatečných mikrobiologických vyšetření.

Akutní lůžková péče v KHK

Obr. 7.5 (UROL) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách urologie v KHK r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

Klasická hospitalizační tabulka ukazuje cca dvojnásobný počet lůžek a hospitalizovaných ve FN HK oproti dvěma významným okresním primariátům v Náchodě a ve Dvoře Králové n. L., oproti kterým má zřetelně vyšší průměrný CMI, charakterizující obtížnější pacienty. Podíl pacientů z ostatních okresů na Urologické klinice je 39,2 %. Ve FN HK je též oddělení dětské urologie, které sdílí společná lůžka s Oddělením dětské chirurgie a traumatologie a podílí se na jeho spádu 48,2 % dětských pacientů z mimohradeckých okresů celého kraje, viz **obr. 7.1 (CHIR)**. Děti se vzácnějšími diagnózami jsou bez problémů centralizovány ve FN Motol.

Tři hlavní lůžková oddělení v kraji FN HK, Náchod a Dvůr Králové n. L. jsou výrazně posilována i operativou v PPCHC Hradec Králové, kde na 15 lůžkách s vysokým podílem operovaných pacientů (83 % všech hospitalizovaných) zajišťuje cca 600 hospitalizací ročně, tedy o něco větší polovinu hospitalizací oproti Náchodu nebo Dvoru Králové n. L. CMI hospitalizovaných v PPCHC HK je vyšší než v obou jmenovaných nemocnicích.

Na urologických výkonech se z části též podílí menším množstvím operací i nemocnice Rychnov n. Kn. (v rámci sdílených výkonů) a méně i nemocnice Jičín, která se ucházela o 4-8 urologických lůžek v rámci chirurgie, ale zatím bez podpory zdravotních pojišťoven. V delším časovém období počty hospitalizovaných ve FN HK lehce klesly u dospělé urologie a lehce stouply u urologie dětské. Větší pokles pacientů byl u Náchoda a PPCHC HK a ve Dvoře Králové byl naopak zřetelný nárůst. Celková bilance v kraji ukazuje 14% nárůst a ošetrovací doba klesla o 5 %. Dle názoru urologů, ZH KHK a FN HK jsou však minimálně tři lůžková oddělení v kraji nezbytná. Lůžková kapacita je postačující, kromě MN Dvůr Králové n. L., kde by bylo vhodné navýšení počtu lůžek pro nárazové stavy, které nejsou nikterak výjimečné. Stává se zde, že mají 25 i 30 pacientů na 20 lůžek.

V personální problematice není dopad v urologii v oblasti lékařů tak velký jako v jiných oborech a lůžková oddělení nemají s počtem lékařů významnější problémy. Jediná hrozba je v Náchodě, kde se 2 lékaři připravují na důchod a není zatím zajištěna náhrada. Hrozí však nedostatek sester a zejména kapacity JIP v nemocnicích kraje jsou omezovány počtem kvalifikovaných sester i praktických sester. Tento problém se týká i FN HK a nedostatek nelékařského personálu již nyní vede v nemocnici Náchod k občasnému odkládání operací kvůli obtížnému zajišťování pooperační péče.

Pro standardní provoz by v Náchodě potřebovali nárůst 2 lůžek JIP, což bude řešeno po zprovoznění nové přístavby nemocnice. V Náchodě je též pozorován relativně vyšší počet urologických hospitalizací bez operačního výkonu, což je ovlivněno omezenou kapacitou detašovaného interního oddělení mimo hlavní areál nemocnice a urologický primariát zde pomáhá s řešením situace některými hospitalizacemi spíše nefrologického typu. Trvalá lékařská pohotovost je zajištěna ve FN HK a v nemocnicích Náchod a Dvůr Králové n. L.

Obr. 7.6 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.7 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Obr. 7.8 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých nemocnicích pro případné další analýzy.

Obr. 7.9 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII. viz **obr. 7.4 (úvod) a 7.5 (úvod)**. Urologie je jedním z oborů, kde je dopad stárnutí populace poměrně velký a potřeba lůžek zde pravděpodobně poroste. Prognózu nárůstu ambulantních služeb v urologii ukazuje i obr. 5.14.

V urologii, podobně jako v řadě jiných klinických oborů, rovněž panuje souhlas s nutností posílení následné péče (jak domácí, tak doléčovací, hospicové či sociální), která by mohla zkracovat ošetrovací doby na akutních odděleních a z části tak relativní nedostatek akutních lůžek i pro urologické pacienty kompenzovat. Všechny uvedené jevy se stávají naléhavými zejména s výhledem stárnutí populace, které má obzvlášť na urologické problémy (více u mužů) výrazný dopad.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Urologie ve Dvoře Králové n. Labem

Po vyhlášení koncepce MZ ČR¹⁴ bude pravděpodobně centrálně z MZ ČR vyvíjen tlak v rámci soustředění akutních nemocnic do okresních center, kde bude povinnost plného 24 hodinového servisu pro akutní případy s oddělením Emergency. Znovu se tím bude v budoucnu otevírat diskuze o směřování operačních oborů nemocnice v MN Dvůr Králové n. L., kde je jedna ze tří menších chirurgií v okrese Trutnov, viz **obr. 7.9 (CHIR) a 7.12 (CHIR)** a pro KHK kapacitně významná urologie. Podle ideje komunitních nemocnic P. Hroboně²⁶ by zde však byla možná elektivní operativa s pohotovostními službami lékařů pouze pro hospitalizované pacienty a bez urgentního servisu pro ambulantní sféru, což je model, který se úspěšně rozvinul v PPCHC HK, Protože jak ON Jičín, která se o urologické oddělení ucházela, tak ON Trutnov i MN Dvůr Králové vyžadují určité investiční náklady na svoji

¹⁴ 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/>

²⁶ HROBONĚ 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 (přípraveno k vydání)

renovaci či reprofilizaci, je na nadřízeném orgánu (ZH KHK), aby navrhl další konfiguraci urologické hospitalizační sítě (viz též *Potřebný počet chirurgických primariátů v KHK a profílace nemocnice ve Dvoře Králové n. Labem*). Pro rozhodovací proces by bylo potřeba získat alespoň orientační toky urologických pacientů za hospitalizacemi i ambulantními výkony mezi okresy KHK, event. i migrace mezi KHK a přilehlými kraji, které tč. nejsou k dispozici, ale mohly by být vyžádány od ÚZIS ČR v rámci Národního registru hrazených zdravotních služeb, aby bylo možno situaci detailněji vyhodnotit. Podle zkušeností a expertních odhadů má urologie v nemocnici ve Dvoře Králové poměrně široký spád z okresů Trutnov i Jičín, i když se zdá, že řadu pacientů z Jičína přebírá PPCHC v Hradci Králové.

Otázky centralizace urologie v rámci KHK

Předpokládá se další postupná centralizace technologicky vysoce náročných operačních výkonů, zejména uroonkologické péče, do FN HK. S dosavadní centralizací náročnějších výkonů do FN HK i se spoluprací mezi nemocnicemi v kraji panovala spokojenost, ale díky zvyšování náročných postupů to vyvolá i větší potřebu přesouvat výkony, které běžně zvládají ostatní urologická oddělení, mimo FN HK. Již dnes se zde však objevují občasné delší čekací doby na výkony u neonkologických pacientů.

ZH KHK jednoznačně deklaruje, že v nemocnici Náchod je možné určité spektrum uroonkologických diagnóz rovněž zajistit. Vzhledem k tomu, že MZ ČR ustavilo centrum vysoce specializované péče v uroonkologii ve FNHK, musel by pro činnost nad rámec Věstníku MZ ČR (částka 6/2020) získat ZH KHK změnu legislativy) Některé menší uroonkologické výkony mimo centrum však možné jsou. Jednání o oboustranně prospěšném řešení této situace mezi vedením FN HK, ZH KHK a příslušnými zástupci oboru bude nezbytné.

ZH KHK plánuje v Oblastní nemocnici Náchod, a.s. i robotickou chirurgii, kde je pro ni vytvořen jeden ze sedmi operačních sálů. Převládá však názor, že i nadále zůstane robotická chirurgie centralizována ve FN HK a většina pacientů, kteří jsou pro tento odborně, personálně a finančně mimořádně náročný výkon indikováni, jsou právě pacienti s onkourologickou diagnózou. Potřeby indikovaných urologických pacientů pro tuto oblast jsou v KHK tč. uspokojovány. Decentralizace těchto drahých robotických technologií je ekonomicky i medicínsky neúčelná a v nejbližších 5-7 letech nepřipadá v úvahu. Při jednáních ke Koncepti bylo nabídnuto, že s rozvojem robotické chirurgie ve FN HK bude možnost pro lékaře ZH KHK operovat své pacienty na těchto technologiích ve FN HK. Vzhledem k vysokému počtu náročných urologických pacientů ve FN HK je i velký prostor pro dohodu urologických pracovišť v kraji, která by zajistila primariátům dostatečný počet jiných náročných výkonů tak, aby jejich prestiž a akreditace pro specializační vzdělávání neutrpěly.

Potřeby urologických pacientů indikovaných pro robotickou chirurgii jsou v KHK tč. uspokojovány, ale neplatí to pravděpodobně o pacientech v Pardubickém kraji. Lze očekávat, že se časem prosadí robotická technologie i tam, ale v mezidobí by bylo férové zjistit, zda je dostupnost této péče pro jednoznačně indikované pacienty z Pardubicka dostatečná. V každém případě je po indikovaných robotických výkonech stále větší medicínsky opodstatněná poptávka.

708 Anesteziologie a intenzivní medicína (ARIM)

Úvod a specifika oboru

Obor anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína (dále jen „ARIM“) vzešel v druhé polovině 20. století z chirurgie a byl u nás, na rozdíl od vyspělých zemí, dlouho pokládán za pouhý servis operačním oborům. Od té doby však obor prodělal velký strukturální vývoj a postupně se prosadil i v intenzivní péči, kde si vybudoval dominanci v léčbě nejtěžších pacientů, vyžadujících resuscitaci. Ještě asi před 40 lety bylo jeho hlavní náplní podávání anestezií a patřil k oborům s nevyšším počtem lékařů v nemocnicích. Lékařů však býval nedostatek a často tak limitoval počty operačních výkonů. Postupně se však díky vybavení, péči o bezpečí anestezie a vzrůstající prestiži v intenzivní medicíně stal oborem velmi atraktivním. Anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále jen „ARO“) zejména v okresních nemocnicích převzala na svá lůžka nejtěžší pacienty. Lehčí pacienti však z části zůstali na tzv. oborových jednotkách intenzivní péče (zejména při interních a chirurgických odděleních). Ve velkých nemocnicích však význam oborových JIP zůstal výrazný, jak bude demonstrováno dále.

Metodická poznámka. Informace v této části jsou vedle standardních zdrojů pro celou tuto kapitolu čerpané též ze zdrojů:

- Národního registru zdravotnických pracovníků ÚZIS ČR (dále jen „NR-ZP“),
- Národního registru hrazených zdravotních služeb ÚZIS ČR (dále jen „NRHZZ“),
- Národního registru intenzivní péče ÚZIS ČR (dále jen „NRIP“),
- České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče ČLS JEP (dále jen „ČSARIM“).

Dle aktualizace ÚZIS ČR na jeho webových stránkách je však NRIP v r. 2016 stále ve výstavbě a na webu nejsou širší výsledky dostupné. Objevila se však naděje na zlepšení, a tou by mohl být Národní informační systém anesteziologické péče (dále jen „NISAP“), založený ČSARIM ve spolupráci s ÚZIS ČR v r. 2018. Tento systém začal automaticky sbírat data o činnosti oboru od r. 2019, zejména na bázi NR HZZ a dalších národních registrů.²⁸

Personální stavy

Obr. 7.1 (ARIM) Anesteziologie (odbornost 708) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. V případě ARIM je standardní sada grafů redukována kvůli nedostatku dat. Rozdělení lékařů na lůžka IP a na anesteziologické výkony, tj. ambulantní, není příliš relevantní a vede ke zmatečnému pohledu na nemocnici Jičín (graf A). Jediná užitečná informace je z grafu B, kde je příznivý věkový poměr u lékařů pro anesteziologické výkony.

²⁸ *Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha.* Dostupné z: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

Obr. 7.2 (ARIM) Počet anesteziologů a jejich pracovní zařazení v krajích ČR, r. 2019

Obr. 7.3 (ARIM) Počet anesteziologů v krajích ČR přepočteno na počet obyvatel kraje, r. 2019

Graf 7.2 (ARIM) Ukazuje absolutní počty anesteziologů (osoby), stratifikované podle typu pracoviště. Tabulka na dalším obrazu, vytvořená ze stejných dat, zobrazuje přepočtený počet anesteziologů na 100 000 obyvatel kraje. Stav je podprůměrný a signalizuje, že při přepočtu na celou populaci kraje KHK chybí v oboru oproti průměru ČR téměř 15 lékařů.

Aktuální personální nedostatky v jednotlivých částech KHK byly dle zpráv z nemocnic následující (situace r. 2019):

- Hradec Králové – Klinika ARIM se intermitentně potýká jak s nedostatkem lékařů, tak s nedostatkem sester.
- PPCHC v Hradci Králové je bez personálního deficitu. Vedle podávání anestezií funguje JIP převážně jako pooperační péče.
- Jičín – vyhovující stav.
- Náchod – aktuálně vyhovující personální stav.
- Rychnov nad Kněžnou – Kritický nedostatek všech kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) vede k opakovanému omezení 5 provozovaných resuscitačních lůžek na 3.
- Trutnov – nedostatek nelékařského zdravotnického personálu.
- MN Dvůr. Králové n. L. je jedinou nemocnicí, kde jsou anesteziologové zapojeni pouze do podávání anestezií. Mimo statistiky anesteziologické péči.
- Vrchlabí – aktuálně chybí -2 lékaři a 15 sester, ze 7 lůžek akutní JIP funguje pouze 5.
- Jednoznačné statistiky o počtu lékařů nejsou, a to v oblasti privátní sítě anesteziologů v kraji, která je vázaná na privátní chirurgická pracoviště, vyžadující podávání anestezií.

O smlouvě ohledně jednotného specializačního vzdělávání lékařů jedná FN HK a ZH KHK. V rámci ZH KHK mají tč. akreditaci I. stupně Jičín a Náchod, plná akreditace II. stupně je ve FN HK. Žádat o akreditaci I. stupně mají v plánu nemocnice Trutnov a Rychnov n. K. Během projednávání přípravný klinický tým koncepce za ARIM deklaroval možnost zajištění 35 míst pro rezidenty do kmene a celkově desítky dalších míst pro vyšší část rezidentury. Tak jako prakticky ve všech oborech panoval soulad mezi vedením FN HK a ZH KHK spolupracovat na kvantifikaci potřebných počtů rezidentů pro potřeby celého kraje.

Anesteziologické výkony

Obr. 7.4 (ARIM) Výkony anesteziologické péče v ČR, r. 2010-2018

Oblast anestezií patří, co do objemu práce v oboru ARIM, stále k největším. Počty výkonů v anesteziologické péči jsou k dispozici pouze za celou ČR. Detailnější údaje za KHK a jejich vývoj se nepodařilo získat. Z dat ČR v období r. 2010-2018 vyplývá, že spektrum anesteziologických výkonů se mění. Přibylo kombinací více typů anestezií (31 %), počty celkových anestezií se nezměnily, o 1 % přibylo dlouhých anestezií a téměř o 15 % ubylo anestezií u těžkých pacientů se skóre ASA 3+.

Obr. 7.5 (ARIM) Počet hospitalizací s anestezií v ČR, r. 2010 - 2018 a mortalita do jednoho dne od anestezie po krajích, r. 2018

Obr. 7.6 (ARIM) Počet hospitalizací s anestezií v ČR r. 2010 - 2018 a 30denní mortalita po anestezií po krajích, r. 2018

Oba obrázky patří do analýzy kvality poskytované péče, která je pro anestezie celorepublikově sledovaná a reprezentují zcela fundamentální údaje. Sledování na úrovni krajů zajišťuje pro statistické potřeby velké kohorty pacientů, takže případná chyba, způsobená různým spektrem pacientů, je do jisté míry eliminovaná. Parametr mortality po anestezií do jednoho dne a do 30 dnů je v KHK oproti celé ČR velmi nízký a v obou případech to jednoznačně svědčí o mimořádné vysoké kvalitě oboru v KHK. Mortalita do 30 dnů výrazně od r. 2010 klesla i v celé ČR, ale KHK patří stále k nejlepším. V připomínkách k anesteziologickým činnostem ARIM zmínili zástupci oboru v KHK potřebu plošného zlepšení technického vybavení pro sledování hloubky anestezie, zotavování ze svalové relaxace a péče o tělesnou teplotu, které by vedlo k dalšímu zvyšování bezpečí pacienta v rámci celkové anestezie. Dále zdůraznili potřebu celokrajského sjednocení kritérií a postupů anesteziologického monitoringu.

Ambulantní péče

Obr. 7.7 (ARIM) Anesteziologie a intenzivní medicína (odbornosti 708) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Obr. 7.8 (ARIM) Anesteziologie (odbornosti 708) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Obr. 7.9 (ARIM) Algeziologie (odbornosti 710) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Spektrum anesteziologické činnosti není ze statistik zřejmé a anesteziologové jsou zapojeni do předanesteziologických vyšetření u těžkých pacientů (u lehčích zajišťují vyšetření praktičtí lékaři), u ambulantně podávaných anestezií (u menších chirurgických, gynekologických aj. ambulantních výkonů), v ambulancích bolesti jsou zapojeni jako algeziologové, což je návstavný obor pro lékaře z velkého množství klinických oborů, vedle anesteziologů, mj. i vnitřní lékařství a praktické lékařství¹². Dvě třetiny anesteziologických ambulancí je v nemocnicích a ve výkaznictví pro ZP procházejí všichni hospitalizovaní, kterým byla anestezie poskytnuta. Údaje o ambulantně poskytovaných anesteziích nejsou k dispozici a jediným signálem jsou počty anesteziologů v „jiných“ zařízeních na grafu **obr. 7.2 (ARIM)**. Statistické analýzy, které by dovolily posoudit časový vývoj a srovnávat počty výkonů s jinými kraji, nejsou však běžně k dispozici a tato situace je spojena s obecnou problematikou počtu ambulantních operací v ČR.

Kapacita ambulancí bolesti je dle zpráv odborníků významně deficitní a v r. 2018 byla v KHK registrována pouze jedna ambulance v okrese HK. O dlouhodobosti léčby potřebných pacientů svědčí téměř 4 kontakty průměrného pacienta za rok. Hlavní odborníci, kteří léčbu bolesti u těžkých forem dlouhodobé bolesti zajišťují, jsou anesteziologové, onkologové a odborníci na paliativní medicínu, kterých nejsou na trhu práce přebytky, ale přesto od nich zaznívá vysoká potřeba těchto ambulancí, které se staly, minimálně v KHK velmi nedostatkovými a velmi potřebnými. Svou roli na tomto deficitu hrají i zdravotní pojišťovny, i když je nutno přiznat, že náklady na tuto péči nejsou zanedbatelné, zvláště v oblasti léčiv.

¹² Vyhláška č. 152/2018 Sb., o návstavných oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1 Návstavné obory, označení odbornosti lékaře a zubního lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí, minimální délka vzdělávání v návstavném oboru a příloha č. 2 obory specializačního vzdělávání, jejichž absolvování je předpokladem pro zařazení do vzdělávání v návstavném oboru. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152>

Podle odborných společností je potřeba cca 1 ambulance na 100-150 tis. obyvatel, optimálně v blízkosti všech všeobecných akutních nemocnic. I když tato problematika nepatří výlučně oboru ARIM, je nutno upozornit, že v minulosti bylo opakovaně upozorňováno na roli praktických lékařů, kteří u nás oproti vyspělým zdravotnickým zemím nevyužívají pro jednodušší typ této léčby patřičnou moderní opiátovou preskripci.

Druhou, též relativně maloobjemovou ambulanti službou, jejíž postavení není ani organizačně, ani úhradově v KHK optimalizováno, je domácí plicní ventilace. Angažují se v ní anesteziologové, sestry specializované v intenzivní péči a agentury domácí péče, ale jak potřebných pacientů, tak zdravotnických odborníků je v kraji málo a určité spory o její provozování a úhradu vyžadují koordinaci v rámci celého kraje, ke které se hlásí vedení FN HK, ale celý proces stále není odladěn a nikde není dáno, co je považováno za standard péče pro tyto pacienty.

Akutní lůžková intenzivní péče v KHK

Akutní intenzivní péče (dále jen „IP“), dnes v rámci epidemie Covid-19 mimořádně pečlivě sledovaná, vyvolávala i v éře před epidemií celou řadu připomínek odborníků, a to i přesto, že celá tato sféra se v posledních 30 letech výrazně rozvíjela, co do znalostí, technologií i nákladů. Jak již bylo konstatováno v úvodu, pro analýzu IP je potřeba předeslat, že na rozdíl od vyspělých zemí, kde byli anesteziologové jednou z hlavních medicínských a organizačních hybných sil, začal u nás vývoj IP v 60. letech minulého století na bázi více oborů, především interny. Oddělení anesteziologie a resuscitace (dále jen „ARO“) vznikaly pomaleji (přínejmenším v rámci KHK) a silně se rozvinuly jednotky intenzivní péče na oborové bázi.

Tato historie je uváděna proto, že při diskuzích s anesteziology je možno slyšet argumenty, že počet lůžek na ARO je nízký. Je potřeba konstatovat, že pokud lůžka stejného typu, tj. lůžka JIP, na kterých je možno poskytovat zdravotními pojišťovnami hrazenou resuscitační péči v nejvyšších kódech TISS (Therapeutic Intervention Severity Score), je nutno tato lůžka či JIP brát jako ekvivalentní s lůžky či odděleními ARO a zařazovat je do příslušných statistik.

Obr. 7.10 (ARIM) Počet lůžek na pracovištích oboru ARIM v ČR, 2010-2018

Ve sledovaném období poklesl uvedený počet lůžek ARO o cca 4 % a počet resuscitačních ošetrovacích dnů (dále jen „OD“) o téměř 15 %. Uvedený celorepublikový obraz, který deklaruje počet resuscitačních lůžek pod hlavičkou ARIM, pravděpodobně však není skutečným obrazem celé resuscitační a intenzivní medicíny, protože nebere v potaz lůžka ani počet resuscitačních OD na jiných oborových JIP, než jsou JIP pod hlavičkou ARIM, jak bylo zmíněno v předchozím odstavci.

Obr. 7.11 (ARIM) Přehled lůžek a ošetrovacích dní na akutních JIP s resuscitační péčí pro dospělé v KHK, r. 2018

Prezentovaná tabulka vychází z dat, která jsou *in extenso* prezentována za celý KHK v následujícím obrazu. Zde jsou vybrány pouze údaje pro lůžkové stanice intenzivní péče pro dospělé, které mají se zdravotními pojišťovnami uzavřenou smlouvu pro poskytování resuscitační péče a mohou vykazovat ošetrovací dny (dále jen „OD“ s nejvyššími TISS body). Analýza shrnutá v tabulce má za cíl osvětlit některé diskrepance, naznačené v předchozím obraze, které se týkají jak počtu resuscitačních lůžek, tak počtu ošetrovacích dnů.

- Podle zástupců ARIM v KHK je norma odborné společnosti ARIM pro lůžka vyššího typu 1,1 lůžka na 10 000 obyvatel a není v KHK naplněna. Při zběžných debatách není

úplně jasné, zda se tento údaj a údaje v předchozím **obr. 7.10 (ARIM)** týkají jen oddělení ARO, která jsou plně v gesci anesteziologů, a nebo reprezentují celý systém JIP, do kterého se započítávají i JIP dalších oborů. (Pozn.: podproblémem je ještě otázka, kam se mají přiřazovat lůžka JIP, týkající se dětí, tj. ve FN HK výlučně na Dětské klinice, a v této debatě se pro zjednodušení s nimi nepočítá).

- *Počty lůžek.* Při započtení všech lůžek ARO v celém KHK (včetně Kliniky ARIM ve FN HK) je v KHK 35 lůžek ARO, tj. podle uvedené normy 0,64 lůžek/10 000 obyvatel, tedy zřetelně méně než stanoví anesteziologická společnost. Pokud se však do resuscitačních lůžek započtou i lůžka oborových JIP, kde jsou rovněž lůžka s povolenými resuscitačními kódy (82 lůžek ve FN HK bez lůžek Kliniky ARIM), dostáváme se na počet 117 resuscitačních lůžek v kraji), což mění zmíněný index na hodnotu 2,12 lůž. /10 000 obyvatel a toto číslo normu výrazně překračuje.
- *Resuscitační ošetrovací dny.* Pokud jde o počty resuscitačních OD, je jich v KHK vyprodukováno 4984/rok na odděleních ARO (tj. včetně Kliniky ARIM ve FN HK, ale bez oborových JIP), je to 2,6 % ze všech 199 146 resuscitačních OD v ČR, viz **obr. 7.10 (ARIM)**. To je podstatně méně, než je poměr obyvatel KHK oproti ČR, který je 5,2 %. Naopak všech resuscitačních OD na JIP v kraji (tj. i včetně oborových JIP ve FN HK), která mohou resuscitační dny vykazovat, je zde celkem 12 048 resuscitačních OD, což je podíl 6,0 % z počtu v celé ČR.

Uvedená analýza bude zmatečná to té doby, než se vyjasní rozdíl mezi termíny „počet resuscitačních lůžek“ a „počet lůžek na odděleních ARO/klinikách KARIM“. To teprve vysvětlí, proč je z jednoho pohledu v KHK na ARO podle průměru ČR lůžek a resuscitačních výkonů velmi málo, a naopak z pohledu na celý blok resuscitační péče je lůžek a výkonů nadprůměrně mnoho. Zdá se tedy, že systém JIP v kraji do oblastí lůžkové péče, která by hrozila kolapsem, nepatří a rezervy systému se dokonce ukázaly i v případě epidemie Covid-19. Celá tato analýza je zde prezentovaná hlavně jako příklad potřeby srozumitelného vysvětlování metodiky statistik, zejména pokud by se v KHK měla tato oblast v budoucnu výrazněji rozšiřovat.

Jako dodatek lze konstatovat, že z analýzy též vyplynulo, že podíl anesteziologů na nejtěžší intenzivní péči je, oproti menším nemocnicím ve FN HK, relativně malý. Klinika ARIM má pouze 12,8 % ze všech resuscitačních lůžek ve FN HK a 20,2 % z celé produkce resuscitační péče v počtech OD, zatímco oddělení ARO nemocnicích KHK mají 29,9 % resuscitačních lůžek a 41,4 % produkce OD. Je k tomu však možno dodat, že nejméně na dvou oborových JIP z šesti s resuscitačním programem (celkem 26 lůžek na dvou operačních oborech) jsou ve FN HK vedoucími lékaři anesteziologové. Je to samozřejmě organizační záležitost, která je plně v rukou vedení FN HK, ale zde je to konstatováno jako připomenutí, že obor ARIM, který je v nemocnicích, co do počtu lékařů jedním z největších, by měl mít podíl na nejvyšší péči JIP dostatečný tak, aby jeho odborná úroveň a prestiž oboru byla na výši. Obor ARIM může výrazně ovlivnit počty rezidentů a jejich zájem o obor, podobně jako počet adeptů nástavbového oboru intenzivní medicína, kterých není nikdy dostatek a kteří se mohou rekrutovat z řady specializovaných oborů, tak jak jsou vyjmenovány v legislativě.^{11,12}

¹¹ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1. Specializační obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95?text=95%2F2004>

¹² Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1 Nástavbové obory, označení odbornosti lékaře a zubního lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí, minimální délka vzdělávání v nástavbovém oboru a příloha č. 2 obory specializačního vzdělávání, jejichž absolvování je předpokladem pro zařazení do vzdělávání v nástavbovém oboru. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152>

(Těmito obory jsou anesteziologie a intenzivní medicína, gynekologie a porodnictví, chirurgie, infekční lékařství, kardiochirurgie, kardiologie, klinická onkologie, radiační onkologie, neurochirurgie, neurologie, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, pediatrie, urologie, vnitřní lékařství, dětská chirurgie, endokrinologie a diabetologie, pneumologie a ftizeologie, popáleninová medicína, geriatricke nebo urgentní medicína).

Obr. 7.12 (ARIM) Přehled lůžek a ošetrovacích dní na akutních JIP v KHK podle TISS, r. 2018

Tabulka poskytuje celkový přehled JIP lůžek v celém kraji a ve sloupcích s počty ošetrovacích dnů podle TISS kódů. Sloupce s TISS skóre reprezentují zleva doprava počty resuscitačních, vyšších a nižších OD a tím i popisují rozsah práce jednotlivých JIP v nemocnicích. Přes různou strukturu oddělení ARO a oborových JIP je intenzivní péči, v malé i velké nemocnici, potřeba vždy vnímat jako určitý společný lůžkový fond pro celou nemocnici, kde potřeby pacientů v čase kolísají a flexibilita JIP je velmi žádoucí. Struktura tohoto zázemí je závislá na velikosti nemocnice, uspořádání budov, historickém vývoji a na provozních podmínkách, ale samozřejmě i na dohodě vedení nemocnice a jednotlivých primariátů. Nic to však nemění na zkušenostech, že zejména v menších nemocnicích je centralizace JIP a společný lůžkový fond efektivnější, zejména tam, kde lůžková oddělení nejsou rozptýlená do více budov a kde jsou jednotlivé primariáty schopné spolupracovat bez větších vzájemných rivalit.

Konkrétní potřeby IP, tlumočené z jednotlivých nemocnic, jsou uváděné u jednotlivých oborů a zde jsou shrnuty zkušenosti převážně z pohledu odborníků ARIM.

- S navýšením počtu lůžek se počítá po zprovoznění dostavby nemocnice Náchod, kde by měla vzniknou centrální JIP chirurgických oborů se 14 lůžky.
- V Trutnově, kde pracoviště ARO plní z části i roli NIP, je deklarována potřeba 10 lůžek pro ARO a chirurgickou IP, 12 lůžek pro interní JIP, 5 lůžek NIP a 5 lůžek DIOP.
- V Rychnově n. Kn. je k dispozici pouze 5 lůžek, což způsobuje uzávěry příjmu pro pacienty ZZS a omezování operačních zákroků.
- V PPCHC Hradec Králové slouží 8 lůžek nižší IP pouze jako dospávací lůžka po anesteziích.
- Ve Vrchlábí byla zřízená lůžka JIP v r. 2018 a o jejich provozu informace nejsou.

Obr. 7.13 (ARIM) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách ARO v KHK r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Zde prezentovaná statistika je vytvořena z hospitalizačních případů dle DRG. Protože podle této metodiky je místo hospitalizace uváděné tam, kde byla hospitalizace ukončena, nefigurují zde počty všech pacientů na lůžkách ARO, ale pouze počty těch pacientů, kteří zde zemřeli a nebo byli přeloženi mimo vykazující nemocnici. V této tabulce je u kliniky ARIM FN HK 198 hospitalizovaných, zatímco celkový počet byl 447. Z nich 22,5 % mimokrajských a z pacientů KHK bylo 47,9 % pacientů z mimohradeckých okresů KHK, viz obr. 6.27 a 7.1 (CHIR).

V tabulce jsou ve všech nemocnicích zobrazené relativně malé počty pacientů ze všech hospitalizovaných, ale jsou zde mimořádně vysoké průměrné Case-mix indexy, které dokladují extrémní nákladovost této péče. Zkušenost z velkých referenčních nemocnic je, že cca prvních 5 % nejdrazších pacientů nemocnice konzumuje 50 % nemocničních nákladů.

Obr. 7.14 (ARIM) Počet hospitalizačních případů DRG dle délky UPV na lůžkách ARO v KHK r. 2018

V souborech jsou zachycena podrobná data, zobrazující spektrum činností v jednotlivých akutních nemocnicích, pro případné další analýzy.

Obr. 7.15 (ARIM) Anesteziologie a intenzivní medicína (odbornosti 708) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Obecná pasáž o prognózách potřeby akutního lůžkového fondu v r. 2030 je v úvodu této kapitoly VII., viz [obr. 7.4 \(úvod\)](#) a [7.5 \(úvod\)](#). Potřeba nárůstu o 4 lůžka bude nejspíše záviset na rozvoji následné IP, která není v KHK zatím jednoznačně dohodnuta.

Následná a dlouhodobá intenzivní péče v KHK

Obr. 7.16 (ARIM) Přehled lůžek následné intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v KHK, r. 2020

Dle nomenklatury VZP je tato péče klasifikována jako NIP (následná intenzivní péče, kód 7D8) a DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče, kód 7U8). Aktuální stav v KHK dle tabulky je 17 lůžek NIP (Vrchlabí 12, Broumov 5) a 5 lůžek DIOP (Broumov). Přehled následného a dlouhodobého lůžkového fondu, včetně intenzivních lůžek, je i v kapitole VI. Lůžková péče (viz příslušná část v textu a [obr. 6.1b](#)). Bližší statistické hospitalizační údaje o počtu pacientů a jejich délce pobytu nejsou k dispozici.

Tč. se dokončuje rekonstrukce „Staré nemocnice“ (součást FN HK), kde bude v dlouhodobém nájmu privátní firma provozovat lůžka typu LDN (20), NIP (20) a DIOP (20). Diskuze o struktuře této nové kapacity byly rozporuplné a v rámci jednání o Koncepci nedošlo ke konsenzu. Není pochyb o tom, že nová kapacita je jako celek přínosná a výklad, že oslabí jiná zdravotnická zařízení tím, že odláká jejich personál, nebyl obecně akceptován.

Výtky však zůstaly v tom, že 20 lůžek NIP je pro KHK nadbytečné a je zde nutno posílit spíše lůžka LDN, kterých je pro okres Hradec Králové kriticky málo. S přírůstkem lůžek DIOP je souhlas.

ZH KHK s rozšířením kapacit neakutní péče ve svých nemocnicích kvůli restrikcím personálu nepočítá. Je zde však diskrepance mezi názory ZH KHK a přípravným odborným týmem koncepce ARO, který naopak konstatuje potřebu navýšení NIP i DIOP po 30 lůžkách, zejména pro okolí Hradce Králové a pro jihovýchod KHK. Severozápad KHK je v současnosti saturován Středočeským a Libereckým krajem.

Vedení nemocnic Trutnov požaduje rozšíření stávající JIP i o 5 lůžek NIP a 5 lůžek DIOP s argumentací, že tento typ pacientů je na běžných lůžkách JIP v nemocnici již v současnosti hospitalizován.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Je nutné kontrolovat koordinaci péče v oblasti uzavírání JIP kvůli zdravotnické záchranné službě, ale i pro běžné překlady pacientů. Pro operativní potřeby Zdravotnické záchranné služby KHK uvedená koordinace funguje, podobně jako systematická mezikrajská komunikace na hranicích se sousedními kraji.

Přestože má řada anesteziologů na středících ZZS úvazky na služby, nejsou to všude oddělení ARO, která kontakty mezi nemocnicemi a ZZS zajišťují. Kontakty nemocnic se zdravotnickou záchrannou službou jsou však ze strany ZZS průběžně sledovány a fungují. Tam, kde je zajištěn pro urgentní pacienty jednotný vstup do nemocnice, funguje kooperace ZZS přes Centra urgentní medicíny. Ta však zatím v KHK chybí v Jičíně, Trutnově a v Rychnově n. Kn. a podle koncepce MZ ČR by zde měla být vybudována.¹⁴ Chybějící oddělení Emergency v nemocnici Vrchlabí a Dvůr Králové n. Labem by budována být neměla, protože s urgentním provozem 7 dnů v týdnu / 24 hod denně počítá MZ ČR pouze v centrálních všeobecných okresních nemocnicích. Více viz i v kapitole IV. Zdravotnická záchranná služba.

¹⁴ 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/>

801 Laboratorní obory a patologická anatomie

Úvod a specifika oboru

V tomto bloku jsou shrnuty významné laboratorní obory a patologická anatomie. Radiologie a nukleární medicína jsou uvedené zvlášť. Prezentované laboratorní obory společně s patologickou anatomií (zejména její složkou bioptické diagnostiky) a zobrazovacími obory jsou složitým konglomerátem diagnostických oborů, vytvářejících tzv. komplement. Jedná se v podstatě o podpůrný systém pro klinické obory, které finálně stanovují diagnózu a pacienty léčí. Je to do značné míry zjednodušená charakteristika jmenovaných komplementárních oborů, které do terapie určitý přesah mají, jako např. např. metabolické či osteologické ambulance biochemie, lůžka nukleární medicíny pro léčbu izotopy nebo intervenční zásahy radiodiagnostiky. Výrazně takto duální jsou zejména obory alergologie a klinická imunologie a hematologie a transfúzní lékařství, které jsou pro lékaře klinické a laboratorní části sice spojené vždy pod jedním specializačním oborem, ale jejich laboratorní a klinické části mohou fungovat organizačně odděleně jak v ambulantní, tak v nemocniční sféře.

Tato část kapitoly VII. se zabývá převážně neklinickými činnostmi probíraných oborů a sleduje jejich odbornosti podle klasifikace zdravotních pojišťoven. Tabulka zde v textu ukazuje všechny odbornosti s kódem ZP a zvýrazněny jsou ty, ke kterým byly pro Analýzu k dispozici alespoň nějaká data, a která mají objemem své produkce širší dopad na činnost klinických oborů v rámci kraje a reprezentují pro ně významné odborné zázemí.

PRACOVÍŠTĚ KLINICKÉ BIOCHEMIE	(801, 881),
PRACOVÍŠTĚ LÉKAŘSKÉ MIKROBIOLOGIE	(802),
PRACOVÍŠTĚ LÉKAŘSKÉ PARAZITOLOGIE	(804),
PRACOVÍŠTĚ LÉKAŘSKÉ VIROLOGIE	(805),
PRACOVÍŠTĚ PATOLOGICKÉ ANATOMIE	(807),
PRACOVÍŠTĚ SOUDNÍHO LÉKAŘSTVÍ	(808),
LABORATOŘ ALERGOLOGICKÁ A IMUNOLOGICKÁ	(813),
LABORATOŘ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY	(815),
LABORATOŘ LÉKAŘSKÉ GENETIKY	(816),
LABORATOŘ KLINICKÉ CYTOLOGIE	(817),
LABORATOŘ HEMATOLOGICKÁ a TRANSFÚZNÍ LÉKAŘSTVÍ	(818, 222),
LABORATOŘ PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA	(820),
LABORATOŘ MYKOLOGICKÁ	(822)

Vlastní klinické činnosti oborů s komplementární/laboratorní složkou jsou probrány v jiných oblastech (např. hematologie aj. v rámci interny) a nebo jsou natolik specializované, že přesahují rámec této Analýzy.

Zatímco analýzy klinických oborů v ostatních částech této kapitoly jsou postavené zejména na parametrech kapacity (pracovníci, lůžka, ambulance), výkonů (počty hospitalizací, počty ambulantních kontaktů a někde počty charakteristických výkonů), není spektrum a rozsah výkonů v oblasti laboratoří a patologické anatomie součástí běžně dostupných statistik a nejsou snadno k dispozici, někdy i z konkurenčních důvodů. Jsou zde proto prezentovaná data, která byla snadno k dispozici, tj. převážně personální údaje, počty kontaktů pacientů s komplementem a počty produkováných bodů agregované na okresy. Ukazatele produkce není možné vázat ani na jednotlivá pracoviště a seznam komerčních pracovišť není snadné sestavit, protože řada vzorků odchází mimo KHK a do pracovišť laboratorních řetězců, která nelze snadno lokalizovat. Analýza má z uvedených důvodů jen omezené množství validních

dat a vyhodnocování situace vychází více než z exaktních informačních zdrojů spíše jen z expertního posuzování problémů. V kraji nejsou na dostupnost laboratorních vyšetření výraznější stížnosti a pro KHK je tato oblast tedy spíše ekonomickým nežli medicínským problémem, protože řada úhrad zdravotních pojišťoven je v této oblasti lukrativní a jsou-li vyvedeny z nemocnic do soukromých subjektů a nemocnice si jimi nemohou kompenzovat své ztráty, znamená to oslabování jejich hospodaření. Principiální vina není v soukromém podnikání, ale v neschopnosti zdravotnictví regulovat úhrady veřejného zdravotního pojištění tak, aby napříč všem oborům a výkonům byl poměr mezi vynaloženými náklady a úhradami pro všechny segmenty poskytovatelů zdravotních služeb přibližně stejný.

Personální stavy

Obr. 7.1 (LAB) Laboratoř klinické biochemie (odbornost 801) - analýza úvazků nositelů výkonů – lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Obr. 7.2 (LAB) Laboratoř klinické mikrobiologie (odbornost 802) - analýza úvazků nositelů výkonů – lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12,

Obr. 7.3 (LAB) Patologická anatomie (odbornost 807) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/12

Obr. 7.4 (LAB) Laboratoř alergologie a imunologie (odbornost 813) - analýza úvazků nositelů výkonů – lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Obr. 7.5 (LAB) Laboratoř lékařské genetiky (odbornost 816) - analýza úvazků nositelů výkonů – lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Obr. 7.6 Laboratoř hematologie (odbornost 818) - analýza úvazků nositelů výkonů – lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12 VŠ, r. 2019/12

Obr. 7.7 (LAB) Transfuzní lékařství (odbornost 222) - analýza úvazků nositelů výkonů – lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. U laboratorních nositelů výkonů jde buď o lékaře nebo o VŠ pracovníky ve zdravotnictví. V případě nemocničních laboratoří zahrnují údaje za ON Náchod i údaje z nemocnice Rychnov n. K. U personálních údajů jsou v případě laboratoří spojeni lékaři i nelékaři, kteří jsou nositelé výkonů, u patologické anatomie to jsou jen lékaři. Pozn. u obr. 7.6 (LAB) nebyl standardní graf C k dispozici.

V celé sérii obrazů jsou nejpodstatnější informace v segmentech vlevo dole (grafy C), kde je porovnání průměrného stavu za celý kraj s průměrnými stavy pracovníků v ČR (vodorovná modrá čára). Graf zároveň přehledně zobrazuje poměr pracovníků mezi nemocniční sférou a ambulantními, převážně privátními poskytovateli. Nad průměrem ČR jsou počty pracovníků biochemie, v průměru pak jsou patologie, alergologie/imunologie a transfuzní lékařství (hematologie není k dispozici). Deficit pracovníků je v mikrobiologii a genetice. Žádný z oborů nevykazuje vysoký podíl starších pracovníků. Ve všech zobrazených oborech je v KHK, na rozdíl od ostatních krajů, jen minimální podíl soukromých laboratoří mimo nemocnice. Signalizuje to však jen stav poskytovatelů v kraji, což ale neznamená, že vzorky obyvatel s bydlištěm v KHK nejsou odesílány jinam. Statistiky v tomto směru jsou k dispozici jen pro opačné směřování vzorků ambulantních pacientů, a to ve směru „migrace“ do KHK. U cytologie, biochemie a mikrobiologie to je cca 10-12 % vzorků, hematologie 16 %, patologie 24 %, alergologie/imunologie 29 % a genetika 40 % (viz obr. 5.47 a 5.48).

Podle zpráv z jednotlivých nemocnic si obory klinická biochemie, mikrobiologie, patologie, hematologie aj. stěžují na nedostatek lékařů. Malý počet lékařů v laboratořích je z části kompenzován nelékařskými odborníky, vesměs vysokoškoly. Na pracovištích patologie

jsou však lékaři nenahraditelní. Lékař v biochemické či jiné laboratoři je nutný, i když se jedná o velmi technický obor. Lékař vede konzultační činnost s klinickými pracovišti, navrhuje postupy dalšího vyšetřování či léčby, posuzuje interakce apod. Těchto specialistů je obvykle na pracovním trhu malý počet, což potom dělá výrazné problémy zejména na menších pracovištích, v případě nemoci, odchodu do důchodu apod., kdy je takřka nemožné sehnat adekvátní náhradu.

V laboratořích se začíná projevovat i nedostatek zdravotních laborantů, což je ovlivněno zejména systémem vzdělávání. Aby mohl laborant samostatně pracovat v laboratoři, musí absolvovat bakalářské studium., po kterém však řada lidí studuje dále a na magisterské úrovni pak už nechce pracovat jako zdravotnický laborant.

Počet pracovníků v laboratořích je a bude jistě ovlivněn procesem robotizace a automatizace, ale pouze do určité míry. V nemocnici, kde je poskytována akutní lůžková péče, je nutno udržet nepřetržitý provoz laboratoří, což zvyšuje nároky na počet pracovníků a zhoršuje ekonomiku pracovišť oproti velkým (převážně soukromým) laboratořím řetězcového typu, které pracují obvykle jen v jednosměnném provozu.

Vyšetření pro ambulantní pacienty

Obr. 7.8 (LAB) Laboratorní obory, patologická anatomie a blízké odbornosti – Počet vyšetření pro ambulantní pacienty v nemocnicích a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

V tabulce se podobně jako u ambulantních klinických výkonů uvádějí i počty laboratorních vyšetření za celý kraj, rozděleno na nemocnice a ambulantní terén (viz obr. 5.44). Ukazuje se, že velká většina těchto výkonů je provedena v laboratořích nemocnic. Jaké jsou však celkové počty výkonů pro všechny (tj. i pro hospitalizované) pacienty není k dispozici a též se neví, kolik laboratorních výkonů od pacientů v KHK je zpracováváno v mimokrajských laboratořích.

Podrobnější tabulky s produkčními daty za jednotlivé okresy zde nejsou uváděné. Objemy činností laboratoří v jednotlivých okresech lze odhadovat pouze z předešlých personálních grafů. Jedinou výjimkou je patologická anatomie a počty pitev, kdy data byla dostupná.

Obr. 7.9 (LAB) Patologická anatomie – Počty zemřelých celkem ve FN HK a v nemocnicích ZH KHK a počty provedených pitev. KHK, r. 2016-2020

Větší část pitev se odehrává ve FN HK a část v Náchodě, kde je primariát patologické anatomie. Pro Jičín poskytuje službu nemocnice Mladá Boleslav, která nemocnici zároveň poskytuje i vyšetření histologických a cytologických preparátů. Ostatní pitvy přebírá FN HK (Fingerlandův ústav patologie, zdravotně bezpečnostní pitvy Ústav soudního lékařství).

Oproti minulosti, kdy bylo pitev násobně výše, se nyní počet ustálil. Díky zdokonalené klinické diagnostice a anatomickému zobrazování (endoskopie, CT, MR, Nukleární medicína) ubyla potřeba diagnostiky *ex post*, ale i zákonné podmínky tuto agendu výrazně změnily. Nový Občanský zákoník podmínky extrémně potlačil, ale novela Zákona o specifických zdravotních službách v r. 2016 pitvy, po souhlasu blízkých a v případě řádného zdůvodnění potřeby v potřebném rozsahu, znovu umožňuje.

Tabulka i jako vedlejší informaci ukazuje více než 16 % nárůst nemocničních úmrtí v kraji, pravděpodobně v souvislosti s epidemií Covid-19.

Dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

Některé záležitosti komplementu jsou společné pro většinu oborů. Pokud jsou zde ale prezentované věci, specifické pro jednotlivé obory, je na to upozorněno.

Primariáty a počty pracovišť

Laboratorní obory jsou v ČR hodně segmentovány, což výrazně komplikuje situaci při hledání pracovníků do laboratoří, protože se jedná o lékaře i nelékaře, kteří mají velmi úzkou specializaci a je jich velmi málo. Pokud jde o vysokoškoláky, kteří absolvují nelékařské obory, musí absolvovat ještě kurz, který je přesune do zdravotnické kvalifikace. Řešit potřebu úzké specializace je snazší ve velkých nemocnicích, kde jsou laboratorní disciplíny specializované a obvykle mají mnoho zaměstnanců. V menších nemocnicích provozovat jednotlivé oborové laboratoře však není ekonomické a využívá se zde tzv. konsolidace laboratoří pod jedním vedením. Diskuse o sloučení laboratorních oborů je však obtížná a primáři větších specializovaných odborných oddělení ve velkých nemocnicích se jim s podporou odborných společností brání. Zde je nutno konstatovat, že univerzálnější lékařská specializace „Laboratorní medicína“ v EU existuje a je praktikována ve 12 zemích, včetně Slovenska. Většina soukromých laboratoří i u nás je konsolidovaná, což je vedle jednosměnného provozu další důvod jejich vyšší efektivity, protože zajišťují jen provoz technicky laboratorní, a nikoliv již interpretační a konzultační. Teoreticky má manažerské řešení situace dvě možnosti. První je možnost založit silný společný vzdělávací kmen a po něm připustit možnost specializace společné a nebo v jednotlivých užších oborech. Ta by byla v dnešní turbulentní době atraktivnější z hlediska flexibility pracovníka na pracovním trhu. Druhou možností je centralizace laboratoří, která při dnešních dopravních možnostech a elektronické komunikaci životaschopná je (viz např. mikrobiologie v KHK), ale nemůže být stoprocentní kvůli akutním příjmům a těm vyšetřením, která jsou nutná okamžitě. Pro většinu neurgentních vyšetření je však řešení rozumné a využívají ho soukromé laboratoře (o jejich problematice viz dále) nebo málo dopravně vzdálené nemocnice např. v Holandsku.

Aktuální počet laboratorních pracovišť v KHK je dle konstatování odborníků uspokojivý. Kapacita nemocničních laboratoří by zvládla pojmout všechny segmenty zdravotnických vyšetření pro celý kraj i bez soukromých laboratoří.

Statistiky, které by dokladovaly kapacitu a produkci laboratoří, nejsou běžně k dispozici, stávající podklady jsou obtížně hodnotitelné a jednoduché přehledné údaje, kolik a jakých vyšetření je produkováno na jednotlivých laboratorních pracovištích, nejsou k dispozici.

Jednotlivé odbornosti

Klinická biochemie. Ve FN HK na Ústavu klinické biochemie a diagnostiky (ÚKBD) působí 11 lékařů, 4 specializovaní kliničtí biochemici a 8 farmaceutů.

Péče o pacienty s osteoporózou a ambulance při biochemiích. FN HK se potýkala se situací, kdy byla snížena kapacita osteologických ambulancí a z ambulance v Náchodě je přesun pacientů do FN HK. Nyní se už situace zlepšila, ale pacientů s osteoporózou bude přibývat a bylo by vhodné tuto péči v rámci KHK posílit a osteologii v Náchodě udržet. V Jičíně by personálně byla ambulance pro osteoporózu možná, nemocnice však nemá smlouvu se zdravotními pojišťovnami, protože není vybavena denzitometrem. Metabolické ambulance fungují ve FN HK, v Jičíně a v Trutnově.

Mikrobiologie. V kraji jsou pracoviště ve FN HK, Jičíně, Trutnově a v Náchodě. Podle mikrobiologů je v akutní nemocnici pracoviště kvůli konzultacím kliniků nezbytné.

Patologická anatomie. Dominantní pozici má pracoviště ve FN HK, kde se centralizují specializovaná vyšetření pro celý kraj. Běžná vyšetření pro celý kraj není FN HK schopná zvládnout. Samostatné pracoviště je v Náchodě. Komunikace mezi pracovišti je dobrá. Obor nevyžaduje práci v nepřetržitém režimu.

Genetika. Je nasmlouvána pojišťovny ve FN HK a v Trutnově (zde je bývalá primářka z dět. oddělení v důchodovém věku).

Alergologie a imunologie, nukleární medicína. Jediný primariát s pojišťovnou nasmlouvanou laboratoří je ve FN HK, přestože tyto výkony jsou produkovány ve všech nemocnicích v rámci sdílených výkonů. Stejně tak je tomu i u výkonů nukleární medicíny, které má nasmlouváno pouze nemocnice Trutnov. Výkony jsou produkovány ve všech nemocnicích, rovněž opět v rámci sdílených výkonů.

Hematologie a transfuzní služby v KHK. Transfuzní oddělení se schopností zpracovávat odebranou krev jsou ve FNHK, v Náchodě a v Trutnově. V Jičíně je jen odběrové místo a krev se odesílá ke zpracování do FN Král. Vinohrady Praha, spolupráce funguje dobře.

Celorepublikově a také v KHK vznikl problém s *nárůstem počtu pracovišť pro komerční odběr krevní plasmy*, která je vesměs zpracovávána mimo ČR, a to i pro potřeby jiných zemí. Dochází tak k přetahování dárců krve do těchto středisek, která dárce platí a odběr plné krve na transfuzních stanicích je ohrožován. Mimo jiné k tomu dochází v době, kdy se díky demografickému vývoji snižuje i počet prvodárců. FN HK upozornila, že by neměly být povolovány, ale zákonný režim to nedovoluje. U činností zahrnutých do poskytování zdravotních služeb a vázaných na oprávnění, které je vydáváno krajským úřadem, platí po splnění zákonných podmínek nárokovost. Pokud žadatel doloží všechny podklady a splní podmínky stanovené zákonem č. 372/2011 Sb. a vyhláškami č. 92/2012 Sb., technické a věcné vybavení a č. 99/2012 Sb., personální vybavení, pak nelze oprávnění nevydat.

Odbornosti nasmlouvané výlučně ve FN HK

- Virologie,
- soudní lékařství,
- klinická cytologie,
- screening děložního hrdla,
- alergologie a imunologie (řada výkonů prováděná i jinde v rámci sdílených kódů).

Různé

Vztahy nemocnic se soukromými laboratořemi. Je zde několik poloh, které vztahy zhoršují. Vesměs jsou dány, jako u jiných výběrových, relativně dobře výdělečných oborů, nerovnoměrným oceněním oborů v nemocnicích, které jsou často prodělečné a musejí být zvýhodněnými obory podporovány.

- Pro nemocnice vytvářejí soukromé terénní laboratoře *ekonomický problém*. Vzhledem k lukrativnosti těchto laboratoří, které nepracují v režimu pohotovostí, unikají výkony pryč z kraje a ztrácejí se z nemocničních laboratoří, které si tak nemohou kompenzovat vyšší náklady způsobené nepřetržitým režimem 24/7.

- Důležitým aspektem je *doba převozu*, tj. délka transportu vzorku, který by měl být do 2 hodin v laboratoři ke zpracování. Běžnou praxí však je, že část vzorku putuje do Prahy, část do Brna, což je samozřejmě na úkor kvality vzorku. Režim není kontrolován. Pokud nebude tato oblast ošetřena zákonem, a to ve smyslu, že vzorek nesmí opustit kraj, pojišťovny tento problém nemohou řešit.
- Ve vztahu k soukromým laboratořím hraje roli i odborný pohled. V nemocnicích má pacient své kompletní záznamy o vyšetřeních a ty se těžko srovnávají s výsledky ze soukromých laboratoří, které používají jiné přístroje a metodiky.

Technický stav budov

- FN HK – staví se nová budova pro transfuzní oddělení.
- Biochemie FN HK – bude potřeba rozšířit příjem vzorků.
- Očekává se velká expanze v genetice (FN HK), ale tam je zatím hodně limitováno pojišťovnou i prostory.
- Ve Dvoře Králové n. L. fungují nové laboratoře již 2 roky. Nedošlo k nárůstu kapacity, pouze ke zlepšení prostorových podmínek.
- V Trutnově se začalo stavět, resp. rekonstruovat.
- V Jičíně je nevyhovující stav a počítá se s výstavbou klinických laboratoří v rámci novostavby Pavilonu „A“.
- V Náchodě se plánuje sestěhování laboratoří do jednoho prostoru.

Komunikace

Stále není dořešeno předávání žádank a výsledků v elektronických informačních systémech.

809 Radiodiagnostika a nukleární medicína

Úvod a specifika oboru, kromě personálního stavu je problematika oboru popsána zvláště pro radiodiagnostiku a pro nukleární medicínu.

Personální stavy

Obr. 7.1 (RTG) Radiodiagnostika (odb. 809) -analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019

Obr. 7.2 (RTG) Magnetická rezonance (odb. 810) -analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019

Obr. 7.3 (RTG) Mamografický screening (odb. 806) -analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019

Obr. 7.4 (RTG) Nukleární medicína (odb. 407) -analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Třídění rentgenologů do tří odborností (radiologie a zobrazovací metody a mamografický screening) personální analýzu komplikuje, protože zejména z krajského pohledu by bylo jednodušší srovnávat počty všech rentgenologů mezi kraji.

Na obr. 7.1 (RTG) je na grafech A B patrné orientační rozložení úvazků v kraji, na grafu C je dokladováno, že počet rentgenologů v KHK odpovídá průměru ČR a graf D ukazuje, že pouze v okrese Trutnov je vyšší podíl lékařů ve věku 60+. V oblasti mamografického screeningu je patrný nízký úvazek v Trutnově, což pravděpodobně souvisí s horšími výsledky parametrů screeningu v tomto okrese (viz obr. 5.50, 5.53 a 5.54). Průměr KHK v personálním zajištění této činnosti je však na úrovni celé ČR. Ve sféře nukleární medicíny je stav lékařů stabilizován a jak je patrné na grafu C obr. 7.4 (RTG), je stav lékařů zdánlivě na dvojnásobku průměru ČR, což je však při stavu 3 úvazků z části lokální nahodilost.

Zdravotnický personál z pohledu poskytovatelů péče. V celém KHK chybělo standardní naplnění 7 úvazků kvalifikovaných rentgenologů, které byly vykryty nadúvazky nebo důchodci. Problém oboru však vychází i z nerovnoměrného lokálního rozložení lékařů, zejména v okresních nemocnicích. Mladí lékaři nemají o působení zde zájem, a to ani přes různé pobídkové mechanismy, a na bázi dobrovolnosti se nedaří lékaře do okresních nemocnic získávat. Velmi vyhrocená je personální situace v Oblastní nemocnici Trutnov, a.s., kdy hrozí, že vzhledem k náhlému snížení úvazků a počtu lékařů, nebudou schopni obsadit služby, ani pokrýt částečnou druhou směnu na MR.

Na Radiologické klinice FN HK není tč. s lékaři problém dramatický a v ostatních profesích (s výjimkou fyziků pro nukleární medicínu) je situace stabilní. U rtg. asistentů se situace vylepšila po otevření výuky na Univerzitě Pardubice.

Nukleární medicína má největší personální problém s nedostatkem radiologických fyziků, který se týká i fyziků na radioterapii, a to vzhledem k tomu, že radiologický fyzik musí být fyzicky přítomen při ozařování. Tento problém je celorepublikový, sahá desítky let do historie, prohlubuje se v souvislosti s novými ozařovači a PET přístroji a eskalovaly ho i legislativní změny, týkající se radiační ochrany. Problém by bylo potřeba řešit na celostátní úrovni ve spolupráci příslušných odborných společností, s asociacemi nemocnic, MZ ČR a univerzitami a zástupci profesních organizací.

Radiodiagnostika

Obr. 7.5 (RTG) Počet MR a CT přístrojů v zemích OECD, r. 2017 (na 1 mil. obyvatel)

Obr. 7.6 (RTG) Počet MR a CT vyšetření v zemích OECD, r. 2017 (na 1 tis. obyvatel)

Obr. 7.7 (RTG) Počet MR a CT vyš. na 1 přístroj/rok ve vybraných zemích OECD, r. 2017

V celé oblasti komplementárních výkonů, podobně jako i u řady dalších oborů, není jednoduché sledovat vývoj výkonnosti a zdaleka ne všechny obory mají k dispozici sadu pilotních výkonů, které charakterizují stav oboru. U rentgenologie je to spíše výjimka, která však dovoluje dobře usměrňovat další vývoj oboru objektivním („evidence based“) způsobem. Zde prezentované statistiky vývoje kapacity, produkce a efektivity využití kapacit MR a CT nejen popisují stav oboru v ČR a KHK, ale jsou též dobrým příkladem, ve kterých oblastech je možno zdravotnickou statistiku zlepšovat.

Prezentované grafy OECD na počtu CT a MR přístrojů a vyšetření na počet obyvatel ukazují, že jejich kapacita je výrazně pod úrovní vyspělých zemí.²⁹ Využití obou typů přístrojů přitom ukazuje, že počty vyšetření na jednom přístroji jsou vyšší, než je průměr OECD.

V rámci objektivnosti je však potřeba též upozornit, že jak přístrojů, tak vyšetření je oproti většině vyspělých evropských zemí zřetelně méně, ale přesto velmi kvalitní zdravotnické systémy v Holandsku a v Izraeli, které mají též podprůměrné parametry kapacity a výkonů na obyvatele jako ČR, naznačují i určitou možnost v racionalizaci indikací k těmto vyšetřením.

Obr. 7.8 (RTG) Relativní počty MR vyšetření v krajích, r. 2018 (pouze pojištěnci VZP)

Obrazy demonstrují výrazně podprůměrný počet MR vyšetření v KHK, který je obzvlášť překvapivý ve srovnání s Pardubickým krajem, kde se vyšetřuje téměř dvojnásobek pacientů. Před definitivními závěry o podhodnocení smluvních úhrad, které omezují možnost uspokojit potřebný počet pacientů v KHK, je však potřeba uvedená čísla konfrontovat podle metodiky kmenových pacientů a ujistit se, zda pacienti z KHK nejsou ve větším množství vyšetřováni v Pardubickém kraji, což by podezření na podfinancování tohoto segmentu rozptýlilo. K uvedenému zajímavému jevu, který se týká MR vyšetření je však férové dodat, že celkové náklady na kmenové pojištěnce KHK jsou od všech ZP dohromady vyšší než náklady na pojištěnce Pardubického kraje. Nemocnice Pardubického kraje, a.s. jako celek hospodaří lépe než nemocnice v ZH KHK, které přitom dostávají od KHK zřetelně vyšší dotace. Tato problematika je blíže analyzována v kapitole VIII. – Ekonomika zdravotnictví v KHK (viz obr. 8.10a, 8.10i., 8.13, 8.14).

Obr. 7.9 (RTG) Vývoj počtu MR vyšetření v ČR a v KHK v čase, r. 2015-2018 (pouze pojištěnci VZP)

Počty vyšetření MR se v KHK zvýšily v tříletém období r. 2015-2018 na 121 %, tedy více, než v celé ČR (115 %).

Obr. 7.10 (RTG) Radiodiagnostika a blízké odbornosti. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Přes chválu ohledně statistik CT a MR je ve spektru činnosti rtg. oddělení zmapování dalších činností podstatně slabší, přestože těchto vyšetření je o řád více. Statistiky těchto vyšetření nejsou pro konvenční radiodiagnostiku a ultrazvuková vyšetření v přehledné formě běžně k dispozici, podobně jako pro vysoce finančně a přístrojově náročnou intervenční radiologii,

²⁹ *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>

zejména vaskulární, která se soustřeďuje v centrech ve větších nemocnicích a tč. se v KHK provádí převážně ve FN HK.

Magnetická rezonance

MR je oblast, která z oboru tč. reprezentuje největší výzvy v zobrazovacích metodách, protože se jedná nejen o metodu s rostoucím diagnostickým potenciálem v oblasti měkkých tkání, ale současně i o metodu, která nezatěžuje pacienty ionizujícím zářením. CT vyšetření je dnes velmi podstatným zdrojem radiační zátěže a poměrně vysoké radiační dávky také dominují nejen v rámci dalších zobrazovacích metod (angiografie, PET vyšetřování, metodiky izotopové diagnostiky), ale i dalšího využití ionizujícího záření v radiační a izotopové léčbě. Lékařské ozáření se tak přes veškerý technologický pokrok v redukci nezbytných dávek postupně stalo hlavní částí celoplošné radiační zátěže populace. Proto se MR dnes stává celosvětově nejprogressivnějším vyšetřením a je trend nahrazovat CT v řadě indikací vyšetřením MR. Důvody jsou v některých případech ve vyšší kvalitě zobrazení, ale i tam, kde je zobrazení rovnocenné, se upřednostňuje MR kvůli radiační ochraně. Rozšiřování v ČR zatím brání finanční restrikce a regulace (MZ ČR – přístrojová komise, ZP – uzavírání smluv), ale významnou brzdou je v tomto případě i vysoká personální náročnost.

Dle přístrojové koncepce MZ ČR by měl každý okres mít svoji MR – ve FN HK se počítá se 3 – 4 přístroji a v každém dalším okresu 1 MR v holdingové nemocnici. V rámci holdingu by měly být 4 MR přístroje. Tč. jsou k dispozici v Trutnově, Náchodě a v Rychnově n. Kn. (zde privátní pracoviště, o jehož zpětném odkoupení nemocnicí se tč. uvažuje, ale pravděpodobně s velmi vzdálenou perspektivou). Posledním okresem by měl být Jičín, kde bude MR řešena v novostavbě Pavilonu „A“.

Medicínsky se rozšiřují užitečné indikace MR, např. v ortopedii a v dalších oborech a vzhledem k převisu poptávek po vyšetření a dlouhým čekacím dobám se po dobu, než bude stav přístrojů v KHK naplněn, počítá s využitím přístrojů na více směn. Objem MR kapacity ve FN HK bude záviset na tom, kolik personálních kapacit bude k dispozici v rámci pracovišť v ZH KHK pro optimalizaci rozmístění. Aktuální stav je Trutnov 1,5 směny, Hradec Králové 5,5 směny (3 přístroje, rezonance, z toho jeden přístroj, určený pro plánování radioterapie, je sdílen s onkologií), Rychnov n. Kn. - privátní rtg. pracoviště 1,5 směny, Náchod 1 směna od února 2019.

CT přístroje

V kraji se neobjevují výraznější problémy a podrobnější počty přístrojů a výkonů nejsou předmětem stížností. FN HK má 3 CT pracoviště, denně mají 4,5 směny a počet pacientů narůstá v souvislosti s tím, jak se navyšuje centralizovaná péče (zejména o pacienty s ikty a onkologickými problémy). Očekává se potřeba zvyšování kapacity CT v průběhu následujících 3–4 let. Ve Dvoře Králové n. L. je snaha repasovat starší rtg. přístroj a z pohledu rentgenologie je zde též problém rozsahu výkonů, který neumožňuje výukovou akreditaci pracoviště bez CT. Ústavní pohotovostní služba je v MN DK zajištěna pouze telefonickou přísluhou, ale je to dostatečné, protože chirurgické urgentní zásahy v noci jsou cca 2x měsíčně. V ostatních nemocnicích ZH KHK jsou ÚPS zajištěné.

Konvenční rtg. vybavení.

V tradičních rtg. oblastech včetně ultrazvukové diagnostiky došlo v posledních letech mj. i díky grantů z EU k pozitivnímu vývoji a technicky jsou oddělení stabilizována.

Technický stav budov

Jičín – očekává se zlepšení technického stavu rtg. prostor v rámci připravované výstavby nového pavilonu.

Angiografie a intervenční vaskulární výkony

Ve FN HK pracují specialisté na 2 směny, od 6:30–21:00, zatím jsou schopni kapacitně požadavky zvládat. Podmínkou fungování je však dostatek sester, protože práce je zde považovaná za velmi namáhavou. Rostou počty pacientů s cévními mozkovými příhodami.

FN HK by časem uvítala, pokud by vzniklo satelitní pracoviště v KHK, které by zavádělo centrální žilní katétry, a to s ohledem na skutečnost, že každý pacient s maligním onemocněním má v dnešní době nějaký způsob dlouhodobého žilního přístupu a počty těchto pacientů se zvyšují. Ve FN HK jsou všechny dlouhodobé centrální žilní katétry implantovány rentgenology na angiografickém pracovišti. Všechna podobná pracoviště mimo FN HK, však byla v kraji postupně uzavřena, a tak by musel tuto agendu převzít v rámci holdingu jiný obor, např. intenzivisté. Nejedná se však o vysokou prioritu, zatím FN HK poptávku zvládá.

FN HK si je vědoma nedostatku lůžek pro angiografická vyšetření z kraje. Bylo na to již při dřívějších projednáváních poukazováno chirurgy z FN HK i z některých holdingových nemocnic. Vedení FN HK již dříve deklarovalo ochotu sloučit lůžka cévně chirurgická a angiologická a tento problém řešit (viz podrobnější rozprava v části Vnitřní lékařství a Chirurgické obory).

Nukleární medicína

V KHK jsou 3 pracoviště nukleární medicíny – FN HK, Trutnov a Jičín. Dle názoru FN HK (doc. Doležal, přednosta oddělení NM) je toto pokrytí optimální a není nutno přidávat pracoviště v Náchodě, odkud je vyhovující dojezdová vzdálenost do Hradce Králové i do Trutnova. FN HK zachování pracovišť nukleární medicíny v Trutnově a v Jičíně podporuje. Nemocnice v Náchodě se o nové oddělení neuchází. Panuje společný názor, že by spíše než vytváření nového pracoviště bylo vhodné investovat do již existujících pracovišť.

Obr. 7.11 (RTG) Nukleární medicína (odbornost 407) - Počet kontaktů pacientů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Nukleární medicína tak jako jiné komplementární obory produkuje výkony jak pro potřebu ambulancí (viz zobrazená tabulka) tak pro hospitalizované pacienty jiných oborů. Na rozdíl od ostatních komplementárních oborů má však svá lůžka, která nemohou být zařazena pod standardní lůžkový fond a vytváří specifickou malou stanici pro aplikaci izotopové léčby se speciálním radiačním a ekologickým režimem. Lůžka nukleární medicíny jsou pouze ve FN HK (6 lůžek v kontrolovaném pásmu) a slouží např. pro pacienty s maligními nádory štítné žlázy.

PET (pozitronová emisní tomografie)

Jediný PET-CT skener v kraji má spád ze třech komplexních onkologických center ve FN HK, v Pardubicích a v Liberci. Čekací doby se prodlužují na 2 měsíce. Nový přístroj je již připraven v nemocnici Pardubice a bude uveden do provozu začátkem r. 2021, což provozu ve FN HK ulehčí, přestože zde jde o přístroj z r. 2008, který již není zcela spolehlivý a FN HK se

připravuje na jeho obměnu. Představa odborné společnosti je, že rozumné pokrytí v ČR by reprezentovalo 1 PET přístroj na 500 000 obyvatel, takže doplnění PET v Libereckém kraji by situaci znormalizovalo.

SPECT gamakamery

Na cca 100 000 obyvatel se předpokládá pokrytí 1 SPECT gamakamerou. V Jičíně je jeden přístroj před obnovou. V Trutnově je potřeba obměnit planární kamery, které SPECT neumožňují. Za 2 roky by zde mělo být zprovozněno nové pracoviště nukleární medicíny a vznikne prostor pro 2 SPECT kamery. Zatím se spokojí jen s jedním přístrojem a druhý by připadal v úvahu až po rozšíření personálu o 2-3 lékaře. FN HK zachová 1 PET a 3 SPECT gamakamery a s dalším rozšířením nepočítá a z prostorových důvodů by to tč. ani nebylo možné.

Scintigrafie

V Jičíně je jediné pracoviště v kraji, které poskytuje scintilační vyšetření plicní ventilace. Toto vyšetření je indikováno před operacemi plic a slouží pro pneumoonkochirurgické centrum ve FN HK. Jedná se o vyšetření se solidní úhradou výkonu a je na domluvě nemocnice Jičín, ZH KHK a FNHK, zda bude v Jičíně toto vyšetření i nadále provozováno.

Další dílčí problémy obou oborů a vazby na jiné obory

Sdílení dat. Podobně jako většina oborů žádají i zástupci zobrazovacích oborů o vyřešení přenosu, event. sdílení velkoobjemových obrazových dat, žadanek na vyšetření i jejich popisů mezi nemocnicemi, popřípadě i ambulantní sférou. Inspirací mohou být metropolitní systém v Brně, popřípadě i systém v Pardubicích. Současné přenášení dat na transportabilních nosičích či po internetu je zastaralý a je velkou překážkou při předávání pacientů, při konzultacích a při nočních službách. Vyřešení tohoto problému by výrazně zlepšilo spolupráci mezi ZH KHK a FN HK.

Koordinace komplementárních vyšetření i mezi FN HK a okresními nemocnicemi. Modelová ilustrace problému je následující. V situaci, kdy FN HK posílá pacienty na vyšetření MR zpět do spádu, se nezdá stane, že pacient přijde do okresní nemocnice s tím, že má za 3 dny jít na kontrolu i s výsledkem a netuší, že se měl objednat v předstihu.

Podobné případy však nastávají u nedostatkových vyšetřovacích kapacit i uvnitř FN HK a jejich systémovým řešením by bylo samozřejmě posílení nedostatkového komplementárního vyšetření. To však obvykle kratší či delší dobu trvá a pak ho musí v první řadě zvládat dvojice indikující – provádějící lékař a pokud se nemohou dohodnout, tak jejich nadřízení, popřípadě u častých a dokumentovaných případů i nemocniční managementy. Velkým nešvarem je tyto problémy nedostatečné kapacity systému ponechat na pacientech.

925 Domácí zdravotní péče

Úvod a specifika oboru

Domácí zdravotní péče (dále jen „DZP“) je činnost zajišťovaná kvalifikovanými sestrami v domácím prostředí pacienta tak, aby bylo úspěšně dokončeno doléčení pacienta a nebo, aby byl úspěšně stabilizován chronicky nemocný pacient, který se nemůže jednoduše a v potřebné frekvenci dostavovat ke svému ošetřujícímu lékaři. Sestry poskytují tento typ péče samostatně a spolupracují s ošetřujícím lékařem, který péči indikuje tak, aby péče přispěla k co nejrychlejšímu uzdravení a získání soběstačnosti. Péče je vhodná pro pacienty, kteří potřebují pravidelnou ošetrovatelskou péči, převazy, mobilizaci, rehabilitaci, apod., popřípadě i terminální péči, pokud si nepřejí na konci života hospitalizaci.

DZP patří ke zdravotnickým službám, u kterých narůstající počet náročnějších a starších pacientů vyvolává zvyšování poptávky. Je velmi pravděpodobné, že potřeba domácí zdravotní péče bude pokračovat i v následujících letech. Důležitou roli hraje i vývoj medicíny, který umožňuje zkracování hospitalizační doby a doléčování na následných lůžkách nebo doma, má-li pacient dobré sociální zázemí a částečnou medicínskou podporu.

Zdravotní sestry se obvykle sdružují v různě velkých agenturách DZP. Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných přepočtených pracovních úvazků ve smluvním vztahu, tak aby byla zajištěna péče s dostupností 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. U poskytovatelů domácí péče, kteří neposkytují domácí péči nepřetržitě 24 hod denně, je minimální počet úvazků 3,0 (Koncepte Domácí péče, MZ ČR 2021). Smlouva se zdravotními pojišťovnami je pro určité území, které může být v rozsahu obce a až cca 25 km od střediska. Rozptyl těchto parametrů je však velký a jednotný organizační vzor pro ně neexistuje. Při rozdělení pacientů mezi sestry domácí péče je přihlíženo mimo jiné k místu bydliště pacienta a lokálního terénu a dalším kritériem při rozdělení pacientů je náročnost poskytované péče z důvodu zamezení přetěžování zdravotnického personálu, protože poskytování péče je psychicky i fyzicky náročné. Noční služby fungují v případě potřeby pacientů, zejména v oblasti domácí paliativní péče.

Některé aspekty a vazby DZP jsou zmíněny i v Kapitole VI. Lůžková péče, zejména v části Problematika paliativní péče a konce života a Souhrn problémů lůžkových zdravotních služeb, včetně problémů na pomezí služeb sociálních a paliativních. Od roku 2021 je platná Koncepte domácí péče³⁰, která je komentována jako dodatek na konci této části DZP.

Personální stavy

Obr. 7.1 (DZP) Domácí zdravotní péče (odbornost 925) - analýza úvazků nositelů výkonů – sester DZP, r. 2019/12

Podrobnější metodické vysvětlení k této sérii obrazů je v této kapitole **Úvod/ Technické poznámky k datovým tabulkám a grafům**. Smluvní úvazky podle VZP z r. 2019 jsou v KHK na 100 000 obyvatel cca 26,9 tj. o 3, 3 úvazku vyšší oproti průměru ČR (23,6). Stav je

³⁰ Koncepte domácí péče. MZ ČR, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>

v okresech nerovnoměrný a zřetelně nad průměrem je v okresech TR a NA, pod průměrem v okrese HK (grafy B a C). Graf D ukazuje, že počet sester ve věku nad 60+let je malý. Základní statistiky týkající se domácí zdravotní péče jsou k dispozici v pravidelných přehledech ÚZIS ČR. Data se sbírají cestou klasického ročního hlášení.³¹ Podle uvedeného zdroje nehlásí v průměru 30 % povinných jednotek, což je mnohem horší než u ostatních ambulantních zařízení. Rozptyl v krajích je 17,6 %-36,7 %, domácí agentury v KHK jsou v tomto ohledu druhé nejlepší, 18,2 %). Publikována jsou data do úrovně krajů.

Obr. 7.2 (DZP) Vývoj absolutního počtu pacientů v domácí zdravotní péči, graf, ČR r. 2007-2018

Obr. 7.3 (DZP) Vývoj počtu návštěv a pacientů DZP, ČR r. 2007-2018, přepočteno na 1000 obyvatel populace

Oba obrazy ukazují vývoj výkonů DZP v období r. 2007-2018 v ČR. Ve sledovaném období nedochází k výraznějšímu nárůstu počtu pacientů. Počet pacientů v uvedeném období kolísá cca mezi 135 000-150 000 pacienty ročně. Nárůst návštěv v období 11 let byl 6 %, nárůst pacientů (UOP) 1,1 %, nárůst pacientů ve věku 65+ let 1,9 %.

Obr. 7.4 (DZP) Relativní počet pracovníků DZP na 100 000 obyvatel v krajích, průměrné úvazky v r. 2018

Obraz ukazuje kapacitu DZP v úvazcích v jednotlivých krajích ČR. V KHK je

- druhý nejvyšší počet úvazků všech zdravotnických pracovníků pracujících bez odborného dohledu (36,3 oproti průměru ČR 28,0),
- třetí nejvyšší počet úvazků sester se specializací (20,2 oproti průměru ČR 15,3).

Obr. 7.5 (DZP) Počet návštěv, výkonů a pacientů DZP, provedených v krajích ČR r. 2018, přepočteno na 1000 obyvatel populace

Tabulky a grafy ukazují, že DZP v KHK má

- třetí nejvyšší počet návštěv,
- nejvyšší počet vykázaných výkonů,
- třetí nejvyšší počet pacientů a
- druhý nejvyšší počet pacientů ve věku 65+.

Obr. 7.6 (DZP) Domácí zdravotní péče a domácí paliativní péče – Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Dle tabulky je v hlavní odbornosti 925 podle zdroje ÚZIS ČR poskytována veškerá péče DZP prostřednictvím ambulantních zdravotnických zařízení. Je to v diskrepanci s obr. 7.1 (DZP) (grafy A, B), kde je podle VZP HK asi ¼ pracovníků DZP nasmlouvána v okrese Náchod v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Péče v KHK podle vyjádření poskytovatelů DZP

- Kapacity nejsou po kraji rozloženy zcela rovnoměrně. Vícekrát zazněly názory, že efektivní a stabilizovaná síť DZP existuje na Rychnovsku, kde úspěšně kompenzuje nedostatek dlouhodobých a sociálních lůžek. Relativní počet pracovníků DZP v tomto okrese je přitom lehce pod průměrem KHK.
- Pracovníků, kteří poskytují služby DZP v KHK, je tč. více, než je průměr v ČR.
- Počet pracovišť DZP v rámci KHK je v současné době dostačující. Kapacity však nejsou po kraji rozloženy zcela rovnoměrně. Hůře pokryto je asi jen území

³¹ ZDRAVOTNICTVÍ ČR: stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2018. NZIS REPORT č. K/31 (08/2019), ÚZIS ČR <https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pecce-2018.pdf>

Broumovska. Pozn.: dle smluvních úvazků je relativní počet pracovníků DZP v okrese Náchod v relativních hodnotách druhý nejvyšší, viz obr. 7.1 (DZP).

- Spektrum péče je široké, od běžných ošetrovatelských úkonů až po specializované činnosti Podobně jako u sociálních služeb jsou i na DZP kladeny odborně vyšší požadavky, než jsou běžné ošetrovatelské úkony. Převazy, péče o chronické rány a domácí rehabilitace jsou typickými příklady. Vedle často diskutované otázky domácí plicní umělé ventilace v kraji (cca „jen“ 10 případů, ale odborně velmi náročné záležitosti), se výrazně častěji objevují potřeby vybavení kyslíkovými koncentrátory, infuzními pumpami, podpory na peritoneální dialýze, parenterální výživě, žilních portech či podpora po transplantacích. Pokud jde o domácí umělou plicní ventilaci, FN HK přislíbila projednat s odborníky a se zdravotními pojišťovny návrh koordinace systému poskytování v KHK, který by měl být kompatibilní se schvalovacími postupy MZ ČR.
- Nedošlo ke shodě v názoru na to, jak by měla vypadat agentura domácí péče v Královéhradeckém kraji. Problematika byla diskutována a byly konstatovány tyto odlišné názory.
 - Jeden názor je, že základní opora domácí zdravotní péče by měla být postavena na jednotkách, které jsou schopny obstarat dojezdovou vzdálenost do 25 km a zároveň mají určitou minimální velikost, aby zvládly péči 24/7 (tj. větší agentury domácí péče).
 - Druhý názor – nelze stanovit minimální počet úvazků pro domácí péči – i malé agentury mají své opodstatnění, například v odlehlejších místech.

Jedná se o záležitost smluvní politiky zdravotních pojišťoven, která musí podporovat různou potřebu odlišných geografických a sociálních lokalit.

- Při projednávání jednotlivých odborností se diskutovalo i o roli praktických lékařů při indikaci výkonů DZP. Ne všude je spolupráce s praktickými lékaři optimální. ZP ujišťují, že regulace na indikaci DZP u praktických lékařů již neexistují, ale přesto jsou lékaři, kteří DZP neindikují v dostatečné míře. Zdá se ale, že se jedná spíše o individuální potřeby pacienta, nežli systémovou záležitost. Zástupci praktických lékařů tvrdí, že ve své většině indikují podle zkušeností s pacienty a s jejich problémy. Zdá se však být jasné, že pokud nedojde ke zřetelnému posílení praktické medicíny a ke zvýšení počtu kvalitních praktických lékařů, budou podobné problémy přetrvávat a nedojde k posílení role DZP natolik, aby narůstaly počty pacientů, kteří mohou být zajištěni zdravotně i sociálně tak, aby poklesl tlak na nedostatkové pobytové formy péče.
- Obory, které mají zájem o rozšiřování a vyšší dostupnost DZP, jsou rehabilitace, paliativní péče a v některých případech i operační obory, které praktikují ambulantní operační výkony a potřebují dohled nad pacientem v období hojení.

Další dílčí problémy oboru a vazby na jiné obory

- Diskuse ukázala, že DZP trpí spíše podfinancováním úhrad než nedostatkem kapacit. Požadavky na vyšší rozsah DZP jsou ze strany odborné i patientské veřejnosti a není pochyb o tom, že se jedná o důležitou službu na rozhraní zdravotní a sociální péče, která při dobrém fungování může kompenzovat nedostatek pobytové péče. Důležitou roli může hrát i v případě péče paliativní. Spolupráce zdravotních a sociálních domácích služeb je potřebná, neparuuje však jednoznačný názor na jejich

institucionální propojení. Formálně toto propojení možné je a větší poskytovatelé ho využívají a poskytují obě tyto služby propojeně.

- Potenciál agentur DZP a personální obsazenost jsou na relativně dobré úrovni, ale značnou brzdou jejich činnosti jsou úhrady péče. Platy sester ve sféře DZP zaostávají za nemocničními službami a omezují tak naplnění personálních stavů.
- Plátcí navíc nemají k dispozici žádný nástroj, který by dovolil zohlednit v úhradách obtížnost pacientů.
- Plátcí ZP brání možnosti poskytovat domácí fyzioterapii. Tvrzení, že rehabilitace v doléčování i v dlouhodobé péči je nedostatek, vedle odborníků z oboru rehabilitace potvrzují i zástupci dalších klinických oborů.
- Všechny uvedené úhradové problémy se navíc zhoršují faktem, že objem poskytnuté péče se trvale zvyšuje všem střediskům domácí péče, právě z důvodu nárůstu ošetrovatelsky náročnějších pacientů, vyžadujících vyšší počet návštěv a větší objem použitého zdravotnického materiálu. S restrukturalizací lůžek v nemocničních zařízeních dochází k přesunu ošetrovatelsky náročnějších pacientů do domácí péče. Přestože nárůsty péče DZP jsou v uvedených statistikách poměrně malé, je možné, že latentní potřeby se zde neuskutečňují díky regulacím ze strany plátců.

Výše uvedené problémy nemá kraj možnost snadno a systematicky ovlivnit. Navíc kooperace mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb není snadná.

V rámci dotační politiky se naskýtá určitá možnost pomoci kraje v oblasti vzdělávání studentů, event. i personálu.

- Současně s nárůstem ošetrovatelsky náročných pacientů (pacienti na DUPV, pacienti s ČŽK atd.) stoupají nároky na vzdělání všeobecných sester, které je třeba školit v nových postupech.
- Další problematikou jsou stáže studentů v agenturách (není hrazena jejich praxe), flexibilní dostupnost půjčoven pomůcek pro DZP a podpora spolupráce s centry duševního zdraví, která nemají celotýdenní provoz.

Jedním z provozních problémů, který komplikuje aktivity, je fakt, že DZP nemá legislativně usnadněno parkování při návštěvách klientů a výrazně to v některých zónách komplikuje její činnost. Na tento fakt je zde upozorněno i s vědomím, že ho tvůrci Koncepce v tomto materiálu těžko mohou vyřešit a jsou za to kritizováni.

Dodatek – Koncepce domácí péče, MZ ČR 2020³⁰

Většina problémů, o kterých poskytovatelé DZP diskutovali během přípravy Koncepce, má celostátní charakter, popřípadě se dotýká úhradové a smluvní politiky zdravotních pojišťoven. Příkazem ministra č. 18/2018 dne 5. června 2018 byla zřízena pracovní skupina jako odborný poradní orgán MZ ČR pro koncepční řešení poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta a zabezpečení efektivního fungování domácí péče v ČR. Koncepce DP byla zpracována v souladu s doporučeními Metodiky přípravy veřejných strategií³². Rozpracovává část analytickou a strategickou, zatímco implementační část bude pokryta v akčních plánech domácí péče na léta 2021–2023 a 2024–2025.

³⁰ *Koncepce domácí péče*. MZ ČR, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>

³² *Typologie strategických a prováděcích dokumentů. Metodické doporučení*. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2017. Dostupné z: https://www.mmr.cz/getmedia/a8e367ae-8c84-48f2-9ce4-5484e4d5de52/Typologie-strategickych-a-provadecich-dokumentu_final.pdf

Ministerský materiál má následující strategické cíle.

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

Některé principy koncepce jsou shrnuty v následujících příkladech, které mohou být orientačními body pro vývoj, který lze u DZP v následujících letech očekávat.

- Nad pacientem bude vznikat multidisciplinární tým, garantovaný praktickým lékařem, a jeho úzkou spoluprací s poskytovatelem domácí péče. V týmu mohou být poskytovatelé různých odborností. Tento princip zohledňuje připravované změny v primární péči ČR, jejímž cílem je postupná proměna a posílení primární péče tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší a přitom kvalitní zdravotní péči snadno dostupnou pacientovi.
- Posílením role sester v DP bude zajištěna maximální možná míra a kvalita péče a tím bude umožněno setrvání pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí co nejdéle.
- V první pětileté fázi nebude projekt rozpracovávat propojení s poskytovateli sociálních služeb.
- V rámci domácí péče je poskytována ošetrovatelská, léčebně rehabilitační a paliativní péče včetně case managementu, který bude obsahovat vyhledávání, prosazování a monitorování služeb od různých poskytovatelů. Významnou složkou je koordinace této péče a její zprostředkování mezi pacientem a ostatními aktéry multidisciplinárního týmu.
- Sestra DP ve spolupráci s lékařem a dalšími NLZP navrhne tu nejlepší formu ošetrovatelského plánu prospěšného pro pacienta a pravidelně bude informovat indikujícího lékaře.
- Budou preferovány týmy DP poskytující nepřetržitou dostupnost domácí péče, tj. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce.

Přenesené kompetence od indikujícího lékaře na poskytovatele domácí péče budou např.

- preskripce vymezených zdravotnických prostředků (terapeutické krytí a obvazový materiál k ošetření a hojení chronických ran, kompenzační pomůcky pro zajištění mobility, inkontinenční pomůcky, stomické pomůcky bez schválení revizním lékařem, kompresivní pomůcky (zodpovědnost a finanční nákladovost preskribovaného materiálu zůstává na poskytovateli domácí péče),
- preventivní péči a edukace pacientů nebo jejich příbuzných/blízkých,
- cévkování mužů, výplach střev (klyzmatu), ošetřování chronických ran, kožních lézí, extrakci stehů u ran,
- zavádění a udržování inhalační a kyslíkové terapie u pacientů v preterminálním a terminálním stavu, zavedení periferního žilního katétru.

Další oblasti (oftalmologie, specializovaná centra, lékárenská péče)

Výčet všech specializačních oborů a oblastí není úplný a některé z nich se z různých důvodů již do kapitoly VII. nepodařilo vložit, ať to bylo z důvodů rozsahu podkladů, kapacity přípravného týmu Koncepce, obtížnější komunikace v době epidemie Covid-19 či jiných technických důvodů. Tři z nich (oční lékařství, specializovaná centra v kraji a lékárenská péče) jsou proto ve zjednodušené formě probrány v této poslední části kapitoly VII. Je však potřeba konstatovat, že tato část má spíše doplňkový a informativní nežli analytický charakter. Neznamená to samozřejmě, že by tyto oblasti byly ze zorného úhlu kraje vyřazeny a i ony se mohou na kraj, v případě problémů či ohrožení svých pacientů, obracet tak, jako jakýkoliv jiný subjekt, působící ve zdravotnictví v KHK.

705 Oftalmologie

Díličí údaje, zmiňované v jiných kapitolách

Kap. V. Ambulantní péče

- **Obr. 5.47** migrace ambulantních pacientů

Kap. VI. Lůžková péče

- **Obr. 6.24, obr. 6.25** migrace pacientů z a do KHK
- **Obr. 6.27 a 7.1 (CHIR)** migrace pacientů do FN HK
- **Obr. 6.30** pokles hospitalizovaných pacientů, v letech 2008-2010, v KHK výrazně vyšší než v ČR

V této kapitole VII. též **obr. 7.2 (ÚVOD)** počty ambulantních pacientů u specialistů a v nemocnicích.

Oftalmologie je jedním z nejrychleji se vyvíjejících oborů medicíny, a to jak v oblasti diagnostiky, tak léčby konzervativní, laserové i chirurgické. Oproti jiným chirurgickým oborům má svá specifika – nitrooční operace se řadí k tzv. mikrochirurgickým výkonům, které je třeba provádět pod kontrolou operačního mikroskopu a velmi precízně. Převažujícím trendem posledních let je rozvoj zejména ambulantní oftalmologie, kdy mnohé zákroky (např. operace katarakty) se provádějí v rámci tzv. jednodenní chirurgie. Pro běžnou i špičkovou diagnostickou i léčebnou péči je nutné odpovídající přístrojové vybavení.

Oční klinika FN HK³³ je hlavním poskytovatelem zdravotní péče v oboru oftalmologie v Královéhradeckém kraji, reprezentuje jediné lůžkové oddělení v kraji a zajišťuje pro kraj pohotovostní službu.

- Na lůžkové části je 20 lůžek. Zde jsou hospitalizováni pacienti po náročných operacích, úrazech či s akutními stavy. Většina operací se dnes provádí ambulantně, k tomu slouží stacionář. Sem pacienti přicházejí v den operace, jsou připraveni na zákrok a po výkonu jsou s doprovodem propuštěni do domácího ošetřování.

³³ Oční klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/ocni>

- Ambulantní složka je velmi rozsáhlá, funguje zde několik poraden – dětská a strabologická, glaukomová, vitreoretinální, diabetologická, onkologická, neurooftalmologická, poradna pro syndrom suchého oka a elektrofyziologická laboratoř. Na klinice je zřízené centrum pro léčbu makulárních chorob, které patří mezi několik pracovišť v republice, která zajišťují péči o tyto finančně náročné pacienty.
- Zvláštní jednotku představuje refrakční ambulance, která se věnuje pacientům, kteří se chtějí zbavit brýlí, jak pro refrakční vady, tak pro presbyopii. Speciální vybavení ambulance umožňuje provádět nejpřesnější a nejpodrobnější měření, která umožňují následné operace excimerovým laserem nebo operace čočky.

V kraji působí ambulantní oční oddělení v nemocnici Trutnov, které má k dispozici operační sály a příležitostně lůžka v rámci sdíleného lůžkového fondu. Péči očního lékařství rovněž poskytuje několik soukromých klinik, kde je k dispozici i operační léčba a síť ambulantních oftalmologů. Spolupráce mezi pracovišti oboru je dobrá. S naprostou většinou z nich má Oční klinika FN HK dobrou spolupráci.

FN HK významně spolupracuje s Tyfloservisem, což je organizace zabývající se péčí o slabozraké i nevidomé pacienty. V sociální sféře úzce spolupracuje s oddělením sociální péče ve FN HK.

Oční klinika FN HK je akreditovaným pracovištěm vyššího stupně. Výuka probíhá i na jiných pracovištích, ze kterých zaznívá, že získání akreditace je složité. Dříve se všechna školení prováděla formou intenzivní stáže na vyšším pracovišti např. 3-4 týdny, kdy se školitel plně lékaři věnoval. nyní musí absolvovat několikaměsíční stáž na klinice, kde se po většinu doby věnuje papírové dokumentaci.

Na Oční klinice FN HK jsou sledovány parametry kvality nitroočních operací, zejména u katarakt. U ambulantních lékařů parametry kvality nejsou a vzhledem k tomu, že je jejich práce velmi rozmanitá a spektrum pacientů široké, je jejich stanovení obtížné.

Specializovaná centra

Pojem centrum se ve zdravotnickém systému vyskytuje v řadě nejrůznějších významů, počínaje očkovacími centry, výukovými centry nebo centry excelence. Specifická multioborová centra bývají v nemocnicích centra zřizovaná podle manažerské varianty organizačního uspořádání, kdy vedle běžného hierarchického uspořádání typu vertikálního organizačního „pavouka“, zřizují horizontální struktury napříč např. nemocničních primariátů, které mohou mít jisté pravomoci, křížící se s pravomocemi šéfů primariátů (např. antibiotická střediska, konziliární služby, Centrum pro poruchy spánku a biorytmů, centrum intenzivní péče, Mezioborové centrum intenzivní péče, Osteologické centrum, Centrum pro poruchy spánku a biorytmů, Diabetologické centrum aj., a připravuje se Centrum paliativní péče).

Centra vysoce specializované péče

Centra, na která chce upozornit tato část, jsou centra, která zakládá MZ ČR na základě zákonného zmocnění, konkrétně dle Části dvanácté Fakultní nemocnice a Centra vysoce specializované péče zákona č. 372/2011 Sb.¹³ Přehled těchto center je uveřejněn na webových

¹³ 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>

reakreditaci v periodě několika let. Dle informací z FN HK (březen 2021) se objevují občasné výpadky v provozování Iktového centra v Trutnově.

Naopak mezi centra vysoce specializované péče, která v KHK nejsou, patří např. Centrum dětské kardiologie, centra péče o pacienty s popáleninami, péče o farmakorezistentní epilepsii, Toxikologické informační středisko, Centrum vysoce virulentních nákaz nebo transplantační centra pro jiné transplantace, než jsou transplantace ledvin.

Zajímavá studie MZ ČR asi z r. 2013 (není přesně datovaná) „Mapování územních rozdílů v přístupu k péči návazné a vysoce specializované“³⁵ dokumentuje dostupnost a kvalitu návazné péče (tj. péče na pracovišti, které indikuje pacienta do CVSP, tak na pracovišti, které pacienty z CVSP přejímá) v souvislosti se zkušenostmi z činností:

- traumatologických CVSP,
- komplexních onkologických CVSP,
- kardiovaskulárních CVSP a
- cerebrovaskulárních a iktových CVSP.

Studie uvádí, že v době vzniku byla CVSP dimenzována dostatečně a poskytovala péči takovému množství pacientů, kteří tuto úroveň péče potřebovali. Upozornila však na fakt, že návazná péče je stejně potřebná a ukázala na regionální rozdílnosti a specifika v přístupnosti a kvalitě péče, která není na stejné úrovni jako v rámci CVSP a často se velmi výrazně liší mezi jednotlivými návaznými zařízeními.

V případě cerebrovaskulární a iktové péče, kde je síť CVSP nejrozsáhlejší, je klíčová rychlost poskytnutí lékařského ošetření. U všech center je potom klíčová podpora v péči následné. Pokud jde o KHK, tak největší nedostatky z pohledu poskytovatelů centrové péče se týkaly zejména rehabilitace, interní péče a fyzioterapie, interní a následné (doléčovací) péče.

Centra se zvláštní smlouvou se zdravotními pojišťovnami

Vyhláška MZ ČR č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a PZLÚ, zavedla do systému zdravotní péče ATC skupiny léků, jejichž preskripce je omezena. Číselník diagnóz pro "centrovou péči" byl vypracován ve spolupráci s odbornými společnostmi. Seznam pracovišť je k dispozici na webu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a uvádí pro každého poskytovatele kompletní rozsah ATC skupin, které je oprávněn předepisovat³⁶. S poskytovateli je uzavírán dodatek smlouvy na každý rok, přičemž je stanovena celková částka, kterou poskytovatel nemůže překročit. Nejsou stanovovány žádné dílčí částky pro jednotlivé diagnostické skupiny. Poskytovatel se tak může chovat efektivně a nevyužité prostředky z jedné diagnostické skupiny využít pro jinou diagnostickou skupinu.

Pro KHK existují v r. 2021 smlouvy pro FN HK (celkem 274 ATC položek léčiv), pro jednoho privátního ambulantního poskytovatele v oblasti hematologie, dva poskytovatele v revmatologii a jednoho v očním lékařství (celkem 27 ATC položek léčiv). Jedná se o léčiva z již jmenovaných oblastí a dále z oblasti onkologie, endokrinologie, oblasti onkologie,

³⁵ Mapování územních rozdílů v přístupu k péči návazné a vysoce specializované. MZ ČR. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9826/21918/Mapov%C3%A1n%C3%AD_%C3%BAzemn%C3%ADch_rozd%C3%ADl%C5%AF_4%20%2011.pdf

³⁶ Seznam specializovaných pracovišť – center se Zvláštní smlouvou. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Dostupné z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/seznam-specializovanych-pracovist-center-se-zvlastni-smlouvou>

hematoonkologie, pneumologie, hematologie, nefrologie, dermatologie, neurologie a virologie. Nejvyšší náklady (pro KHK, r. 2019, jen pacienti VZP) byly terapeutické skupiny cytostatika cca v mil. Kč (339,0), imunosupresiva (262,3), imunostimulancia (67,6), oftalmologika (44,7) a antivirotika pro systémovou aplikaci (40,4). Dalších 16 ATC skupin se pohybovalo v hodnotách 16,6 až 0,1 mil. Kč. Celkem se jednalo o 831 mil. Kč a celkem bylo léčeno 3 225 pacientů (UOP – unikátní ošetření pacienti). Náklad na jednoho pacienta v uvedené sféře centrových léků je cca 258 tis. Kč/rok.

Přestože se v uvedené oblasti často mluví o extrémně rostoucích nákladech, bylo by pro vyhodnocení těchto nákladů potřeba znát průměrné náklady a počty pacientů i pro jiné chorobné stavy, zejména pokud by se mělo diskutovat o nákladech celého systému veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.), popřípadě o nákladech na zavádění nových drahých zdravotnických technologií.

Lékařenská péče

Stav v ČR

Údaje jsou čerpány z publikace ÚZIS 2020.³⁷ Lékárny včetně jejich odloučených oddělení výdeje léčiv mohou být organizačně začleněny u poskytovatele lůžkové péče, mohou být samostatné nebo součástí nějakého sdružení lékáren bez ohledu na jejich zřizovatele, stejně tak výdejny zdravotnických prostředků. Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb registroval k 31.12.2019 celkem 2 754 lékáren včetně odloučených oddělení výdeje léčiv, z toho 111 nemocničních lékáren a 2424 veřejných lékáren a 219 odloučených oddělení výdeje léčiv. Vedle těchto zařízení lékařenské péče bylo registrováno také 220 výdejen zdravotnických prostředků.

Na jednu lékárnou včetně odloučených oddělení výdeje léčiv připadalo 4 218 obyvatel, tedy na 10000 obyvatel připadalo 2,37 lékáren (zvýšení počtu obyvatel na 1 lékárnou o 9,6 % oproti roku 2018). U výdejen zdravotnických prostředků, na jednu výdejnu připadalo 48 608 obyvatel a na 10000 obyvatel připadlo 0,21 výdejen zdravotnických prostředků (snížení počtu obyvatel na 1 výdejnu zdrav. prostředků o 5,07 % proti roku 2018) s poznámkou, že zdravotnické prostředky jsou také vedeny, vydávány a prodávány v rámci lékáren.

Z celkového počtu 74,12 mil. receptů připadá na nemocniční lékárnou 9,04 mil. receptů, což představuje 12,2 %, to je shodný procentuální podíl jako v roce 2018, ostatních 65,08 mil. receptů připadá na síť veřejných lékáren, s meziročním růstem 7,5 %.

Lékařenská péče v KHK

V KHK jsou dvě nemocniční lékárnou FN HK, Královéhradecká lékárnou a.s. (zřizovaná KHK) a chystá se otevření nemocniční lékárnou v ON Jičín, a.s., pokud nebude spojena s lékárnou kraje, čemuž se zatím nemocnice brání. Veřejných lékáren je v KHK celkem 154. Počet lékáren na 10 000 obyvatel ukazuje orientačně tabulka, ze které vyplývá, že v KHK je druhý nejvyšší počet lékáren na počet obyvatel.

³⁷ Lékařenská péče 2019, ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 2/2020, Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008320/ai-2020-02-lekarska-pece-2019.pdf>

Kraj	SČK	VYS	JCK	ULK	LBK	PLK	OCK	ČR	SMK	PKK	HMP	ZLK	JMK	KHK	KVK
Lékáren /10.000	1,92	2,10	2,11	2,17	2,23	2,25	2,36	2,57	2,40	2,43	2,50	2,64	2,73	2,83	2,92

Přípravný tým Koncepce se dotázal na zkušenosti a problémy s lékárenskou péčí v kraji a oslovil zástupce Ústavní lékárny ve FN HK, Královéhradecké lékárny a.s. a zástupce veřejných lékáren. Od poslední jmenované sféry ani po urgencích reakce nedošla. Přípomínek, které se týkají přímo situace v KHK, bylo málo.

- Lékárna s nepřetržitou pracovní dobou je pouze ve FN HK. Kraj ji má nasmlouvanou v rámci závazku veřejné služby s FN HK, čímž kraj lékárenskou pohotovostní službu finančně podporuje. V KHK nefunguje pohotovostní služba v rámci jednotlivých okresů. Údajně je to způsobeno personálním nedostatkem. Tento nedostatek je z části kompenzován lékárnami v obchodních centrech, někde otevřených do 20-21 hodin.
- V periferních částech hrozí nedostatek odborného personálu (magistr farmacie, farm. asistentka) pro zabezpečení provozu lékáren (Broumov, Náchod, Červený Kostelec).
- Lékárny ohrožuje snižování úhrad a zvyšování provozních a mzdových nákladů. Stále trvá hrozba výdeje léků mimo lékárny a připravovaná změna legislativy pro umožnění činnosti internetových lékáren.
- V KHK dochází k postupnému uzavírání lékáren v menších obcích (Častolovice, Předměřice n. L. atd.). Někde jsou nerentabilní lékárny provozovány díky příspěvku na podporu jedinečných lékáren od zdravotních pojišťoven a podpoře obecních úřadů.

Výše uvedená tabulka s počtem lékáren v kraji nesignalizuje v průměru nedostatek lékáren v KHK, faktem však je, že uvedený průměr nemusí být dostatečným ukazatelem lokálních problémů. Výsledkem studie Centra investic, rozvoje a inovací KHK (Dotazníkové šetření mezi obcemi KHK, r. 2018)³⁸ byla relativně vysoká nespokojenost v některých částech kraje. Necelá třetina respondentů hodnotila dostupnost lékárny (výdejny léků) jako vynikající či velmi dobrou. Za nedostatečnou nebo nevyhovující označila dostupnost lékárny víc než třetina respondentů. Nejhorší dostupnost lékárny (výdejny léků) mají obce ve SO ORP Nová Paka, Kostelec nad Orlicí, Rychnov nad Kněžnou a Trutnov. V SO ORP Nová Paka polovina respondentů označila dostupnost lékárny (výdejny léků) jako nevyhovující. V SO ORP Kostelec nad Orlicí označilo skoro 42 % respondentů dostupnost služeb lékárny (výdejny léků) za absolutně nevyhovující a zároveň 33 % respondentů za vynikající (nejlepší hodnocení mezi SO ORP).

Většina dalších problémů, na které respondenti upozorňovali, se týkala celostátních problémů, jako zpoždění MZ ČR ve vydávání exekutivních pokynů, týkajících se specializačního vzdělávání, nespokojenost s odklonem od principu pevné ceny léčiv, zneužívání reklamy na léčiva, zvýšení rozsahu administrativy v rámci protipadělkové směrnice, chybějící úhrady za konzultaci související z lékovým záznamem pacienta, provázání IT systémů mezi lékárníky a lékaři, výpadky léků, rozsah kompetencí lékárníků aj.

³⁸ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ MEZI OBCEMI KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE DUBEN –KVĚTEN 2018, Centrum investic, rozvoje a inovací

Seznam použité literatury a citací

1. BÝMA S., ŠONKA P., SEIFERT B., ŠTOLFA J. *Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018*. Dostupné z: <https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>
2. *Strategie Reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. 10. 2013* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2019. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
3. *Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020* [online]. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, ©2016. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvoje-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK- 2 .pdf>
4. *Psychiatrická péče 2017 Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-178-6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>
5. *Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 – Analytická a Návrhová část*. Materiál byl schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje dne 22. 6. 2020 usnesením č. ZK/29/2289/2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/dusevni-zdravi/ostatni-informace-305587/>
6. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r, 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817)*. Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf
7. *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817)*. Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>
8. *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 online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/
9. BURCIN Boris, KUČERA Tomáš a KURANDA Jan. *Prognózy vývoje obyvatelstva královéhradeckého kraj a jeho vybraných územních součástí na období 2018–2050*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta Katedra demografie a geodemografie, 2019. Prezentace východisek, předpokladů a výsledků prognóz, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 13. února 2019

10. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?text=48%2F1997>
11. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95?text=95%2F2004>
12. Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152>
13. 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>
14. 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/>
15. *Nutriční ambulance v krajích*. Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče. Dostupné z: <http://www.skvimp.cz/nutricni-ambulance/kralovehradecky-kraj/>
16. Osobní sdělení, doc. MUDr. Ivan Vařeka Ph.D., Rehabilitační klinika FN HK
17. *Lékařská pohotovostní služba Královéhradeckého kraje – přehled [online]*. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?id=314631>
18. *Health at a Glance: Europe 2018, State of Health in the EU Cycle*, OECD/European Union 2018. ISSN 2305-6088, str. 27, obr. 1.6. Dostupné z: [health_glance_eur-2018-en.pdf \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/health_glance_eur-2018-en.pdf)
19. *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>
20. *Psychiatrická péče 2019, zdravotnická statistika*. ÚZIS ČR, 2021. ISSN: 1210-8588, ISBN 978-80-7472-188-5. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--knihovna&id=248>
21. *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>
22. 4. *Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ)*, 5. *Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním*, 6.

Standard akutní lůžkové psychiatrické péče, str. 35-58. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, Ročník 2016, Částka 5, 26. dubna 2016. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-5-2016/>

23. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008. [on-line] [09-09-2013]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf

24. *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>

25. *Požadavky kladené na organizaci onkologické péče v regionech ČR (Článek 2.) a Regionální onkologické skupiny (Článek 3.). Organizace a hodnocení kvality onkologické péče v ČR*. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, Ročník 2017, Částka 13, 15. prosince 2017, str. 85-92. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

26. HROBONĚ 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)

27. *CENTRA VYSOCE SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V PERINATOLOGII V ČR. Výzva k podání žádosti o udělení statutu centra vysoce specializované zdravotní péče podle § 112 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Věstník MZ ČR, částka 1/2019, Částka 1, 14. ledna 2019, str. 64-76. Dostupné z: http://staryweb.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-1/2019_16649_3977_11.html

28. *Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019*, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné z: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

29. *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>

30. *Koncepce domácí péče*. MZ ČR, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>

31. *ZDRAVOTNICTVÍ ČR: stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2018*. NZIS REPORT č. K/31 (08/2019), ÚZIS ČR <https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2018.pdf>

32. *Typologie strategických a prováděcích dokumentů. Metodické doporučení*. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2017. Dostupné z: https://www.mmr.cz/getmedia/a8e367ae-8c84-48f2-9ce4-5484e4d5de52/Typologie-strategicky-ch-a-provade-cich-dokumentu_final.pdf

Analýza - Kapitola VII. (Obrazová část)
Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK

Úvod

Obr. 7.1 (úvod) Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK (neoperačních obory bez dětských pacientů)

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

I. Neopereční odbornosti lékařů (bez dětských odborností)	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
001 všeobecné praktické lékařství	1 020 329	1,20%
101 vnitřní lékařství - interna	234 411	47,70%
404 dermatovenerologie	152 722	22,10%
209 neurologie	143 519	43,20%
103 diabetologie	120 624	18,00%
305 psychiatrie	118 255	15,00%
207 alergologie a klinická imunologie	117 718	13,50%
107 kardiologie	100 213	30,80%
201 rehabilitační a fyzikální medicína	94 131	22,90%
202 hematologie	79 510	97,60%
402 klinická onkologie	64 606	87,70%
205 pneumologie a ftizeologie	64 027	61,60%
105 gastroenterologie	55 833	63,20%
104 endokrinologie	49 928	46,60%
109 revmatologie	48 243	25,60%
222 transfúzní lékařství	48 189	100,00%
903 klinická logopedie	46 399	12,20%
403 radiační onkologie	46 251	96,80%
015 ortodoncie	43 333	6,60%

II. Neopereční odbornosti lékařů (bez dětských odborností)	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
203 infekční lékařství	17 920	94,20%
708 anesteziol. a intenzivní medicína	15 846	67,60%
108 nefrologie	12 892	87,60%
407 nukleární medicína	8 748	100,00%
128 hemodialýza	5 857	86,90%
710 algeziologie - léčba bolesti	4 887	0,00%
309 sexuologie	3 701	0,00%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	100,00%
206 klinická farmakologie	1 835	100,00%
401 pracovní lékařství	1 597	100,00%
106 geriatric	1 373	100,00%
780 hyperbarická a letecká medicína	734	0,00%
204 tělovýchovné lékařství	332	100,00%
110 klinická osteologie	266	100,00%
926 domácí paliativní péče	129	0,00%

Obr. 7.2 (úvod) Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK (a. operační obory bez dětských pacientů, b. dětské obory)

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Operační odbornosti lékařů (bez dětských odborností)	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
014 klinická stomatologie	868 575	3,10%
603 gynekologie a porodnictví	441 829	18,60%
705 oftalmologie, ortopedie oftalmologie	290 347	14,50%
501 chirurgie	267 991	48,50%
606 ortopedie	173 141	39,30%
701 otorinolaryngologie	112 269	41,30%
706 urologie	111 396	51,40%
503 úrazová chirurgie (traumatologie)	32 065	100,00%
601 plastická chirurgie	27 542	92,10%
504 cévní chirurgie	17 842	21,30%
019 stomatologická LSPP	9 582	99,40%
506 neurochirurgie	9 036	100,00%
607 ortopedická protetika	7 681	100,00%
703 audiologie	5 298	100,00%
505 kardiochirurgie	2 938	100,00%
507 hrudní chirurgie	796	100,00%
616 JP ortopedie	406	9,60%
511 jednodenní péče na lůžku chirurgie	101	0,00%

Dětské odbornosti	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
002 PL pro děti a dorost	263 337	0,00%
301 pediatrie	32 666	88,60%
502 dětská chirurgie	18 452	98,60%
409 dětská neurologie	10 174	36,30%
306 dětská a dorostová psychiatrie	9 023	29,30%
302 dětská kardiologie	4 712	44,10%
405 dětská dermatologie	4 648	100,00%
704 dětská otorinolaryngologie	2 430	65,00%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	100,00%
707 dětská urologie	1 748	100,00%
304 neonatologie	1 728	100,00%
604 dětská gynekologie	189	83,10%

Obr. 7.3 (úvod) Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK (a. nelékařské obory, b. komplement)

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Nelékařské oborosti	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
902 fyzioterapeut	232 758	28,50%
925 sestra domácí zdravotní péče	56 144	0,00%
222 transfúzní lékařství	48 189	100,00%
903 klinická logopedie	46 399	12,20%
913 všeob. sestra v sociálních službách	33 485	0,10%
901 klinická psychologie	13 083	17,00%
007 koroner	10 355	0,00%
702 foniatrie	10 099	29,90%
607 ortopedická protetika	7 681	100,00%
128 hemodialýza	5 857	86,90%
927 ortoptista	3 178	0,00%
308 návykové nemoci	3 078	100,00%
917 ergoterapeut	1 452	100,00%
916 nutriční terapeut	758	100,00%
919 adiktologie	477	0,00%
921 porodní asistentka	297	0,00%
926 domácí paliativní péče	129	0,00%
006 klinická farmacie	123	100,00%

Komplement	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
801 klinická biochemie	819 564	91,50%
809 radiologie a zobrazovací metody	443 862	55,60%
802 lékařská mikrobiologie	299 334	77,90%
818 laboratoř hematologická	291 661	91,00%
806 mamografický screening	40 808	40,80%
813 lab. alergologická a imunologická	38 327	100,00%
807 patologická anatomie	33 634	100,00%
815 laboratoř nukleární medicíny	21 480	100,00%
820 lab. screeningu (ca děložního hrdla)	19 015	100,00%
810 magnetická rezonance a CT	12 329	62,40%
407 nukleární medicína	8 748	100,00%
208 lékařská genetika	5 148	96,00%
816 laboratoř lékařské genetiky	3 029	94,40%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	100,00%
206 klinická farmakologie	1 835	100,00%
808 soudní lékařství	794	100,00%
817 laboratoř klinické cytologie	77	100,00%

Obr. 7.4 (úvod) Prognóza (střední odhad potřeby) celkového počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK

	prognóza změny počtu lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	%
FN Hradec Králové	1159,6	1241,2	81,6	107,0%
PPChC Hradec Králové	26,9	27,1	0,2	100,8%
nem.Broumov	25,4	32,1	6,7	126,5%
nem.Dvůr Králové n.L.	96,4	116,7	20,3	121,1%
nem.Jičín	293,8	344,4	50,7	117,2%
nem.Náchod	280,0	311,6	31,6	111,3%
nem.Rychnov n.Kn.	134,0	153,4	19,4	114,5%
nem.Trutnov	229,0	262,2	33,2	114,5%
celkem	2245,0	2488,6	243,7	110,9%

Obr. 7.5 (úvod) Prognóza (střední odhad potřeby) celkového počtu akutních lůžek v KHK podle odborností, dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK

Řazeno dle Δ 2030 - 2018

Obor	r.2018	r.2030	Δ 2030 - 2018	%2030/2018
1_1 - vnitřní lékařství	596,7	749,3	152,5	125,6%
5_1 - chirurgie	471,1	528,5	57,4	112,2%
2_9 - neurologie	112,3	132,1	19,8	117,6%
2_1 - rehabilitace	132,5	149,3	16,7	112,6%
4_2 - onkologie, radioterapie	158,0	172,5	14,5	109,2%
6_6 - ortopedie	126,7	139,7	13,0	110,3%
7_6 - urologie	76,4	85,4	8,9	111,7%
7_8 - ARIM	19,7	23,9	4,2	121,3%
4_4 - dermatovenerologie	18,8	20,2	1,4	107,7%
7_5 - oftalmologie	10,7	11,6	1,0	109,1%
7_1 - ORL	46,3	47,1	0,8	101,7%
6_2 - popáleninová medicína	0,4	0,5	0,1	120,0%
6_5 - stomatochirurgie	8,7	8,8	0,1	100,9%
4_7 - nukleární medicína	3,7	3,7	0,0	100,9%
3_5 - psychiatrie	102,2	102,2	-0,1	99,9%
3_1 - pediatrie	74,2	68,5	-5,7	92,3%
3_4 - neonatologie	122,2	103,1	-19,2	84,3%
6_3 - gynekologie a porodnictví	164,4	142,5	-21,9	86,7%
Celkem	2245,0	2488,6	243,7	110,9%

Řazeno dle %2030/2018

Obor	r.2018	r.2030	Δ 2030 - 2018	%2030/2018
1_1 - vnitřní lékařství	596,7	749,3	152,5	125,6%
7_8 - ARIM	19,7	23,9	4,2	121,3%
6_2 - popáleninová medicína	0,4	0,5	0,1	120,0%
2_9 - neurologie	112,3	132,1	19,8	117,6%
2_1 - rehabilitace	132,5	149,3	16,7	112,6%
5_1 - chirurgie	471,1	528,5	57,4	112,2%
7_6 - urologie	76,4	85,4	8,9	111,7%
6_6 - ortopedie	126,7	139,7	13,0	110,3%
4_2 - onkologie, radioterapie	158,0	172,5	14,5	109,2%
7_5 - oftalmologie	10,7	11,6	1,0	109,1%
4_4 - dermatovenerologie	18,8	20,2	1,4	107,7%
7_1 - ORL	46,3	47,1	0,8	101,7%
4_7 - nukleární medicína	3,7	3,7	0,0	100,9%
6_5 - stomatochirurgie	8,7	8,8	0,1	100,9%
3_5 - psychiatrie	102,2	102,2	-0,1	99,9%
3_1 - pediatrie	74,2	68,5	-5,7	92,3%
6_3 - gynekologie a porodnictví	164,4	142,5	-21,9	86,7%
3_4 - neonatologie	122,2	103,1	-19,2	84,3%
Celkem	2245,0	2488,6	243,7	110,9%

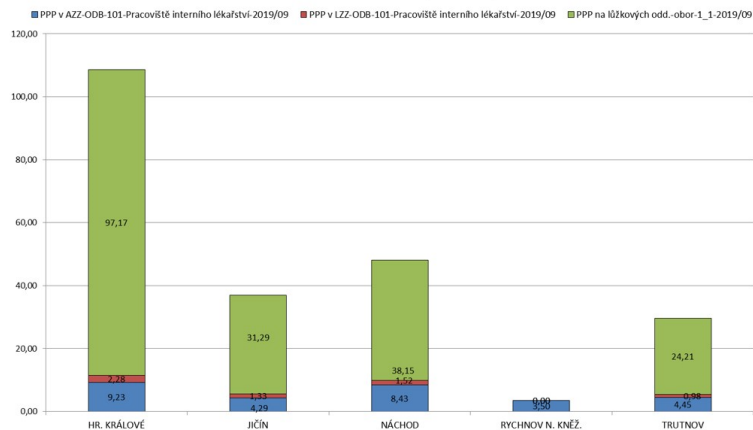
101 - VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ

Obr. 7.1 (INT) Vnitřní lékařství (odbornost 101) - analýza úvazků nositelů výkon v KHK, r. 2019/09

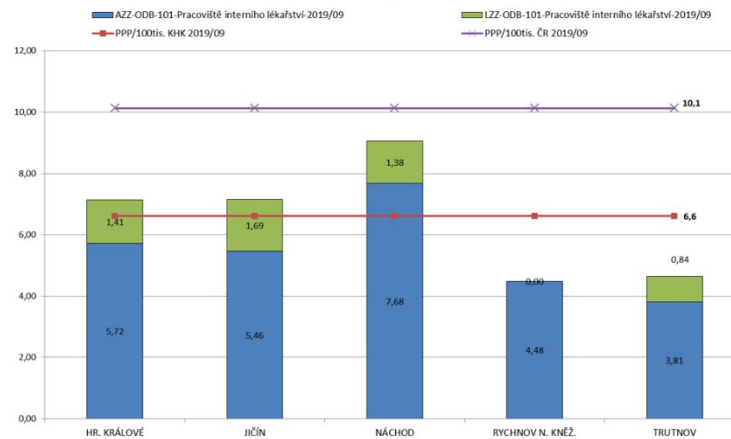
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

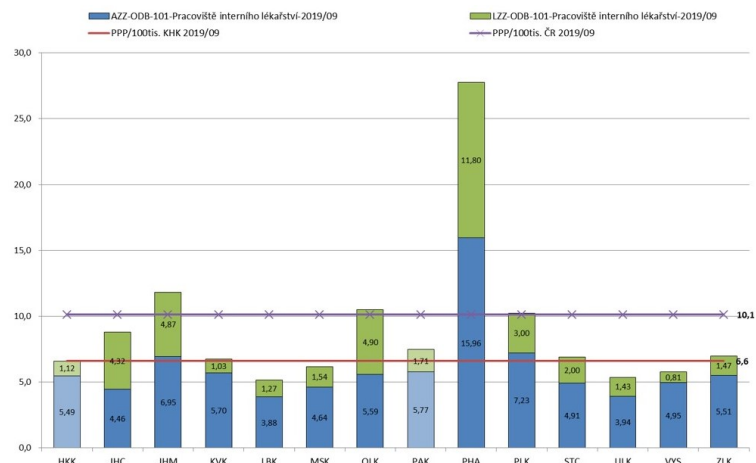
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



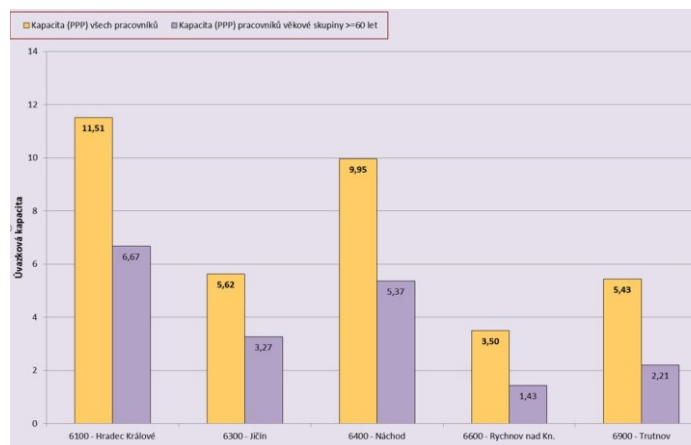
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK

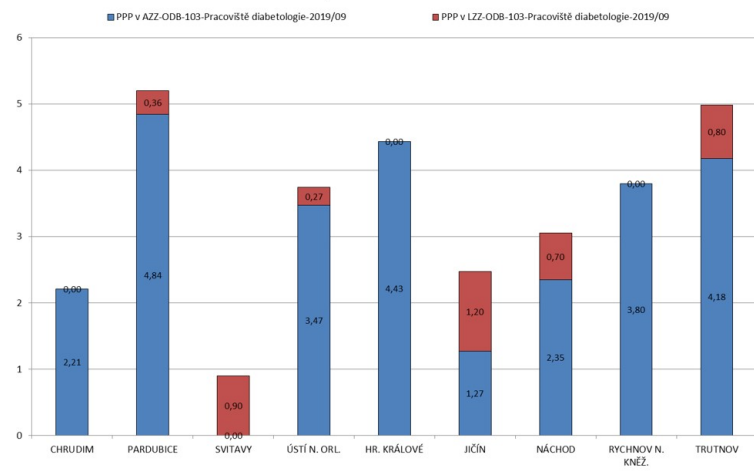


Obr. 7.2 (INT) Diabetologie (odbornost 103) - analýza úvazků nositelů výkonů v KHK, r. 2019/09

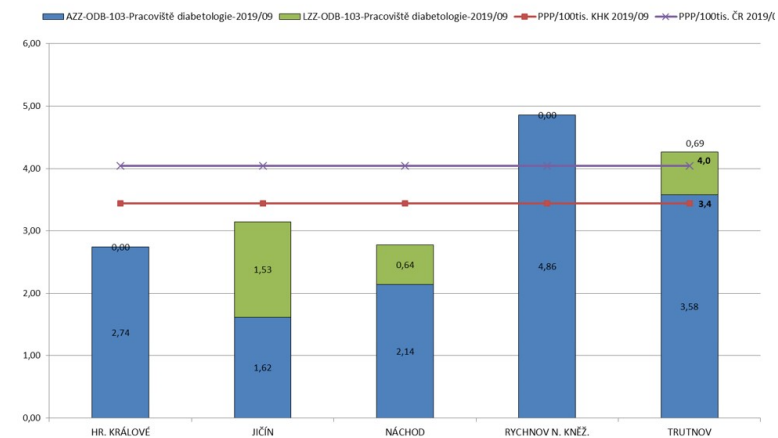
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

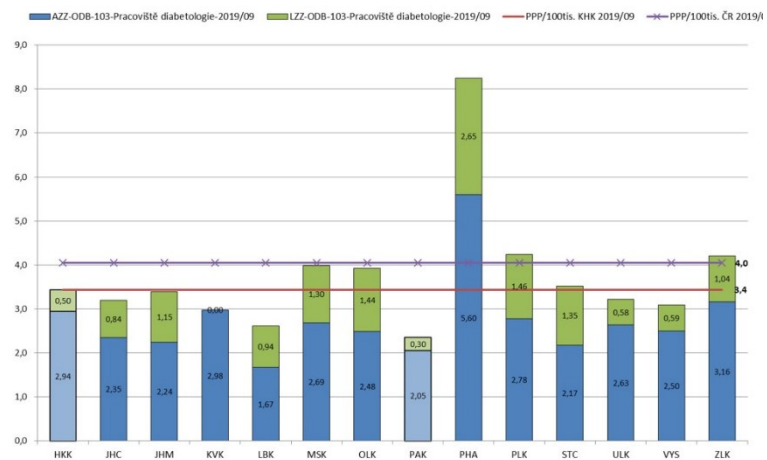
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



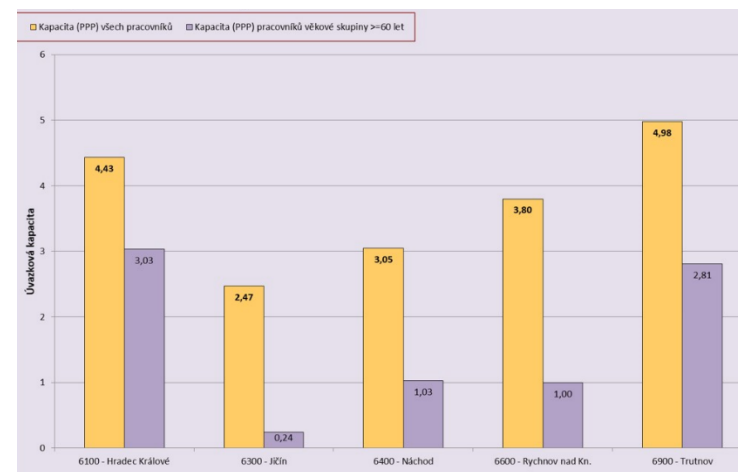
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.3 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti a obory. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
101 vnitřní lékařství - interna	111 926	122 485	234 411	47,70%
102 angiologie	8 212	1 158	9 370	87,60%
103 diabetologie	21 760	98 864	120 624	18,00%
104 endokrinologie	23 259	26 669	49 928	46,60%
105 gastroenterologie	35 285	20 548	55 833	63,20%
106 geriatric	1 373	0	1 373	100,00%
107 kardiologie	30 867	69 346	100 213	30,80%
108 nefrologie	11 287	1 605	12 892	87,60%
109 revmatologie	12 336	35 907	48 243	25,60%
202 hematologie	77 636	1 874	79 510	97,60%
203 infekční lékařství	16 887	1 033	17 920	94,20%
204 tělovýchovné lékařství	332	0	332	100,00%
205 pneumologie a ftizeologie	39 471	24 556	64 027	61,60%
207 alergologie a klinická imunologie	15 901	101 817	117 718	13,50%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	0	1 983	100,00%

Obr. 7.4 (INT) Vnitřní lékařství (odbornost 101) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r.2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	28	9	18	9	18	82
úvazky 2)	19,7	5,7	15,2	4,2	6,8	51,6
UOP 3)	40 050	18 208	22 031	5 467	19 750	105 506
klinická vyšetření 3)	49 814	20 588	31 834	6 644	30 129	139 009
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	12,0	7,1	13,8	5,3	5,8	9,4
UOP 3)	24 470	22 822	19 985	6 913	16 703	19 147
klinická vyšetření 3)	30 435	25 805	28 877	8 401	25 481	25 228
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,24	1,13	1,44	1,22	1,53	1,32
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 527	3 633	2 088	1 600	4 421	2 694
body / 1 klinické vyšetření	841	620	688	739	607	718

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	28	27	9	10	18	17	9	11	18	17	82	82
úvazky 2)	19,7		5,7		15,2		4,2		6,8		51,6	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	40 050	108%	18 208	93%	22 031	100%	5 467	63%	19 750	104%	105 506	99%
klinická vyšetření 3)	49 814	105%	20 588	81%	31 834	87%	6 644	50%	30 129	88%	139 009	88%
body 3)	41 895 152	154%	12 759 080	110%	21 904 228	125%	4 909 125	75%	18 274 803	126%	99 742 388	129%

Obr. 7.5 (INT) Vnitřní lékařství (odbornosti 102-109 – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KH, r. 2018

Zdroj: Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r.2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	53	12	12	12	23	112
úvazky 2)	69,7	12,2	14,8	12,2	11,9	120,7
UOP 3)	84 448	17 468	23 741	20 321	24 408	170 386
klinická vyšetření 3)	116 414	22 871	38 763	33 437	37 829	249 314
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	42,6	15,2	13,4	15,4	10,1	21,9
UOP 3)	51 596	21 895	21 536	25 694	20 643	30 922
klinická vyšetření 3)	71 127	28 667	35 162	42 278	31 993	45 246
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,38	1,31	1,63	1,65	1,55	1,46
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 671	1 881	2 627	2 738	3 179	2 066
body / 1 klinické vyšetření	1 680	967	1 151	658	897	1 276

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	53	49	12	12	12	12	12	13	23	20	112	106
úvazky 2)	69,7		12,2		14,8		12,2		11,9		120,7	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	84 448	110%	17 468	109%	23 741	131%	20 321	104%	24 408	115%	170 386	112%
klinická vyšetření 3)	116 414	104%	22 871	102%	38 763	140%	33 437	104%	37 829	104%	249 314	108%
body 3)	195 584 638	106%	22 108 481	116%	44 619 407	156%	21 990 572	107%	33 921 409	127%	318 224 507	114%

Obr. 7.6 (INT) Revmatologie (odbornost 109) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	6	1	1	1	1	9
úvazky 2)	4,6	1,4	0,8	0,7	0,6	8,0
UOP 3)	12 063	179	1 362	2 128	1 908	17 640
klinická vyšetření 3)	26 576	368	3 881	5 818	3 535	40 178
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	2,8	1,7	0,7	0,8	0,5	1,4
UOP 3)	7 370	224	1 235	2 691	1 614	3 201
klinická vyšetření 3)	16 237	461	3 521	7 356	2 990	7 292
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,20	2,06	2,85	2,73	1,85	2,28
klinická vyšetření / úvazek 1,00	5 815	273	4 851	8 684	5 992	5 035
body / 1 klinické vyšetření	382	315	379	235	432	364

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	6	6	1	0	1	1	1	1	1	1	9	9
úvazky 2)	4,6		1,4		0,8		0,7		0,6		8,0	

VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	12 063	118%	179	437%	1 362	113%	2 128	152%	1 908	1255%	17 640	135%
klinická vyšetření 3)	26 576	111%	368	541%	3 881	91%	5 818	116%	3 535	1841%	40 178	120%
body 3)	10 153 325	127%	116 032	534%	1 470 053	111%	1 369 486	131%	1 527 479	2406%	14 636 375	140%

Obr. 7.7 (INT) Geriatrie (odbornost 106) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Zdroj: Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r.2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	1					1
úvazky 2)	0,7					0,7
UOP 3)	492					492
klinická vyšetření 3)	845					845
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	0,5					0,5
UOP 3)	301					301
klinická vyšetření 3)	516					516
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,72					1,72
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 142					1 142
body / 1 klinické vyšetření	496					496

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	1	1									1	1
úvazky 2)	0,7										0,7	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	492	83%									492	83%
klinická vyšetření 3)	845	83%									845	83%
body 3)	419 147	109%									419 147	109%

Obr. 7.8 (INT) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách vnitřního lékařství a jeho širších podoborů v KHK r. 2018 (Základní hospitalizační statistika)

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky vnitřního lékařství v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	Obor	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet ošetřovacích dní	prům.délka trvání jednoho hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	vnitřní lékařství	236	46		77%	2 043	27 743	13,4	2,83
	gastroenterologie					911	9 098	11,3	1,03
	geriatrie					813	7 631	12,3	1,09
	kardiologie					2 440	18 138	8,4	3,90
	revmatologie					317	3 544	13,5	0,90
	hematologie	65	13		68%	1 796	16 136	10,0	2,19
	pneumologie	31	6		81%	1 138	9 110	9,6	1,19
	infekce	47	5		50%	1 214	8 550	7,7	0,69
Celkem FNHK		379	70		72%	10 672	99 950	9,1	2,20
Dvůr Králové n.L.	vnitřní lékařství	44	4		60%	1 194	9 647	9,1	0,75
Vrchlabí		32	5		48%	875	5 605	7,4	0,60
Jičín		82	12		73%	3 174	21 960	7,9	0,72
Nový Bydžov		22	0		71%	739	5 729	8,9	0,67
Broumov		36	5	11	66%	1 051	6 009	7,1	0,87
Náchod		66	6		69%	2 038	16 515	9,1	0,99
Rychnov n.Kn.		71	6	33	76%	1 634	10 570	7,8	0,85
Trutnov		58	6		76%	2 345	16 002	7,9	0,70
Celkem bez FNHK		411	44	44	69%	13 050	92 037	8,1	0,78
Celkem		790	114	44	71%	23 722	191 987	8,8	1,06

Obr. 7.9 (INT) Vývoj počtu a délky hospitalizací v KHK v rámci odbornosti vnitřní lékařství

Zdroj: analytický podklad k projednávání problematiky vnitřního lékařství v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich)

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	%2018/2012
Hradec Králové	3277	2385	2304	2086	2052	1981	2043	62%
Dvůr Králové n.L.	1081	1134	1247	1207	1180	1166	1194	110%
Vrchlabí	850	913	783	851	843	995	875	103%
Jičín	3181	3196	3253	3271	3234	3255	3174	100%
Nový Bydžov	1487	1412	1308	1256	832	758	739	50%
Broumov	1420	1433	1365	1364	1172	995	1051	74%
Náchod	2514	2521	2637	2655	2202	1971	2038	81%
Rychnov n.Kn.	2371	2592	2433	2507	2242	1753	1634	69%
Trutnov	2746	2589	2699	2676	2408	2353	2345	85%
Celkem	18927	18175	18029	17873	16165	15227	15093	80%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Poskytovatel	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	%2018/2012
Hradec Králové	12,2	12,3	12,8	13,5	13,4	13,5	13,4	110%
Dvůr Králové n.L.	9,7	9,5	9,0	9,1	9,2	9,5	9,1	94%
Vrchlabí	8,0	9,0	9,4	9,1	9,4	7,4	7,4	93%
Jičín	7,9	8,2	8,2	8,3	8,2	8,0	7,9	99%
Nový Bydžov	8,5	8,1	8,9	8,6	9,1	8,2	8,9	105%
Broumov	9,1	8,7	8,3	8,5	7,7	7,9	7,1	77%
Náchod	9,0	8,9	9,1	8,3	8,4	9,1	9,1	101%
Rychnov n.Kn.	8,2	7,9	8,0	7,8	8,0	7,2	7,8	95%
Trutnov	8,3	7,9	7,8	7,8	8,0	7,6	7,9	95%
Celkem	9,1	8,9	9,0	8,9	9,0	8,8	8,8	97%

Obr. 7.10 (INT) Vývoj počtu a délky hospitalizací v rámci příslušných odborností ve FN HK

Zdroj: analytický podklad k projednávání problematiky vnitřního lékařství v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich)

Vývoj počtu hospitalizačních případů ve FNHK

Poskytovatel	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	%2018/2012
Gastroenterologie	321	1011	1089	1069	1001	1016	911	284%
Geriatric	867	940	935	992	950	850	813	94%
Kardiologie	2048	2115	2461	2472	2564	2368	2440	119%
Revmatologie	133	339	345	338	317	351	317	238%
Hematologie	1408	1587	1039	1078	1101	1891	1796	128%
Pneumologie	1261	1231	1223	1174	1255	1189	1138	90%
Infekce	1317	1303	1246	1282	1179	1231	1214	92%
Celkem	7355	8526	8338	8405	8367	8896	8629	117%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu ve FNHK

Poskytovatel	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	%2018/2012
Gastroenterologie	10,4	9,7	9,8	10,1	10,6	10,4	11,3	108%
Geriatric	11,1	10,5	10,7	10,9	11,8	12,0	12,3	111%
Kardiologie	9,3	9,1	8,4	8,6	8,4	8,0	8,4	90%
Revmatologie	11,4	12,7	12,6	12,8	11,7	13,3	13,5	118%
Hematologie	11,1	11,0	12,8	11,9	12,3	10,1	10,0	90%
Pneumologie	8,9	9,4	9,1	9,0	8,6	8,7	9,6	108%
Infekce	7,5	8,0	8,1	7,0	7,5	7,4	7,7	102%
Celkem	9,6	9,7	9,6	9,5	9,6	9,3	9,6	100%

Obr. 7.11 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Seznam hospitalizačních odborností: 101-vnitřní lékařství, 103-diabetologie, 105-gastroenterologie, 106-geriatrie, 107-kardiologie, 109-revmatologie, 203-infekční lékařství, 205-pneumologie

Zastoupení MDC skupin	BR	DK	HK	JC	NA	NB	RK	TU	VR	KHK
00 - Pre MDC	1%	<1%	2%	<1%	1%	<1%	1%	<1%	<1%	1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	3%	13%	7%	2%	2%	2%	5%	2%	5%	5%
02 - Onemocnění a poruchy očí		<1%	<1%	<1%			<1%		<1%	<1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	<1%	2%	2%	<1%	<1%	2%	<1%	<1%	3%	1%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	21%	14%	13%	17%	21%	15%	17%	21%	20%	16%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	33%	22%	35%	32%	33%	20%	31%	29%	33%	32%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	9%	5%	8%	10%	6%	9%	8%	12%	9%	9%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	4%	3%	6%	7%	4%	7%	8%	5%	2%	6%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáň	2%	6%	3%	1%	1%	2%	<1%	1%	9%	3%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáň a prsou	2%	2%	2%	2%	1%	3%	1%	2%	1%	2%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	3%	5%	7%	6%	4%	14%	7%	5%	5%	6%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	7%	5%	4%	9%	10%	12%	9%	6%	6%	7%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	<1%		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%		<1%	<1%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí			<1%		<1%		<1%			<1%
15 - Novorozenci			<1%							<1%
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	4%	5%	<1%	3%	3%	4%	3%	3%	3%	2%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferencované novotvary	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	5%	9%	6%	3%	6%	4%	3%	1%	2%	4%
19 - Duševní onemocnění a poruchy	<1%	8%	<1%	<1%	<1%	2%	2%	<1%	<1%	<1%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy	2%	<1%	<1%	1%	2%	<1%	1%	1%	<1%	<1%
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	1%	<1%	<1%	2%	2%	<1%	2%	2%	<1%	1%
22 - Popáleniny			<1%							<1%
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%	<1%	<1%	1%	1%	<1%	<1%	5%	<1%	1%
24 - Infekce HIV			<1%							<1%
25 - Mnohočetné trauma			<1%							<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále		<1%	<1%	<1%	<1%		<1%	<1%	<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny			<1%	<1%				<1%	<1%	<1%

Obr. 7.12 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí bez chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Seznam hospitalizačních odborností: 101-vnitřní lékařství, 103-diabetologie, 105-gastroenterologie, 106-geriatrie, 107-kardiologie, 109-revmatologie, 203-infekční lékařství, 205-pneumologie

Nejčastěji léčené DRG baze - bez výkonu - I.část	BR	DK	HK	JC	NA	NB	RK	TU	VR	KHK
0535 - SRDEČNÍ SELHÁNÍ	89	89	323	278	153	70	150	188	61	1401
0542 - SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ	102	104	126	294	169	23	131	154	46	1149
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	59	25	417	176	46	35	40	163	40	1001
0436 - PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL	67	23	292	169	134	22	50	163	64	984
1132 - INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	65	43	189	178	106	59	103	117	26	886
1031 - HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ	13	27	398	122	25	46	68	70	10	779
0441 - PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	25	25	171	111	89	50	74	88	47	680
0437 - CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC	58	46	143	83	68	19	63	125	36	641
1830 - SEPTIKÉMIE	49	77	152	69	94	21	35	12	7	516
0533 - AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU	31	25	39	133	125	5	86	54	14	512
1030 - DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY	20	29	182	54	47	59	41	46	27	505
0146 - JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	1	26	384	9	3	2	7	9	7	448
0432 - PLICNÍ EMBOLIE	23	9	118	68	66	4	47	50	14	399
0734 - JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST	12	5	191	69	11	31	35	38	4	396
1633 - PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI	38	51	40	72	52	30	38	52	22	395
0732 - PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ	13	3	141	55	29	10	27	21	2	301
0544 - SYNKOPA A KOLAPS	30	8	72	12	36	2	23	85	33	301
1834 - JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI	2	20	221	7	26	2	9	1		288
1130 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ	8	15	61	65	34	20	32	18	19	272
0932 - FLEGMÓNA	17	16	95	54	23	15	16	21	7	264
0547 - JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	25		25	108	22	3	24	30	16	253
0543 - ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU	12	6	45	21	50	4	15	64	31	248
0434 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU	12	3	145	21	21	6	14	12	6	240
0637 - JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	4	3	85	49	19	15	14	32	17	238
0550 - ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY	2		234							236
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	3	1	41	36	26	2	1	120	5	235
0333 - EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS	5	19	157	22	7	3	2	12	7	234
0733 - PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY	3	23	109	28	14	7	19	21	4	228
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	8	49	46	14	2	11		21	62	213
0631 - PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA	3	11	45	29	27	3	38	41	4	201

Obr. 7.13 (INT) Vnitřní lékařství a blízké odbornosti (odbornost 101, 103, 105, 106, 107, 109, 203, 205) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí s chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Seznam hospitalizačních odborností: 101-vnitřní lékařství, 103-diabetologie, 105-gastroenterologie, 106-geriatrie, 107-kardiologie, 109-revmatologie, 203-infekční lékařství, 205-pneumologie

Nejčastěji léčené DRG baze - s výkonem	BR	DK	HK	JC	NA	NB	RK	TU	VR	KHK
0523 - PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU			320							320
0513 - JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU			240							240
0527 - PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU			182							182
0501 - SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE			171							171
0511 - IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU			146							146
1104 - DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY			50	27	49	1		12		139
0529 - SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU			129							129
0510 - JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU			104							104
0005 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ)	7	1	45	4	10		9	5	2	83
0012 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	2		54	3	2	1	7	2	1	72
0403 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU			60				1	1		62
0502 - VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ			53							53
0610 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU	2		46		2	1		1		52
0013 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM			30	3	3		5	1		42
1801 - VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI	1	2	22	2	6	2	1	1	2	39
1101 - TRANSPLANTACE LEDVIN			35							35
0010 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM			27	1	2			4		34
0522 - PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU			30							30
0705 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU			25		1		2	1		29
0808 - VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ	3		7	7	2		5	2	2	28
0514 - JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY	1		25					1		27
0526 - PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU			26							26
0004 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ)	2		11		5		1	4		23
0507 - IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU			22							22
0509 - VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY			16							16
0518 - KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ			15							15
0804 - TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE	1		1	2	7			3		14
0401 - VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY			12							12
0601 - VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	3		7	1	1					12
0520 - JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU			3	4		1		1	3	12

Obr. 7.15 (INT) Spektrum pacientů na klinikách FN HK (bez pacientů z jiných krajů) s internisticky orientovanými pacienty, r. 2018

Zdroj: Výroční zprávy 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>

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

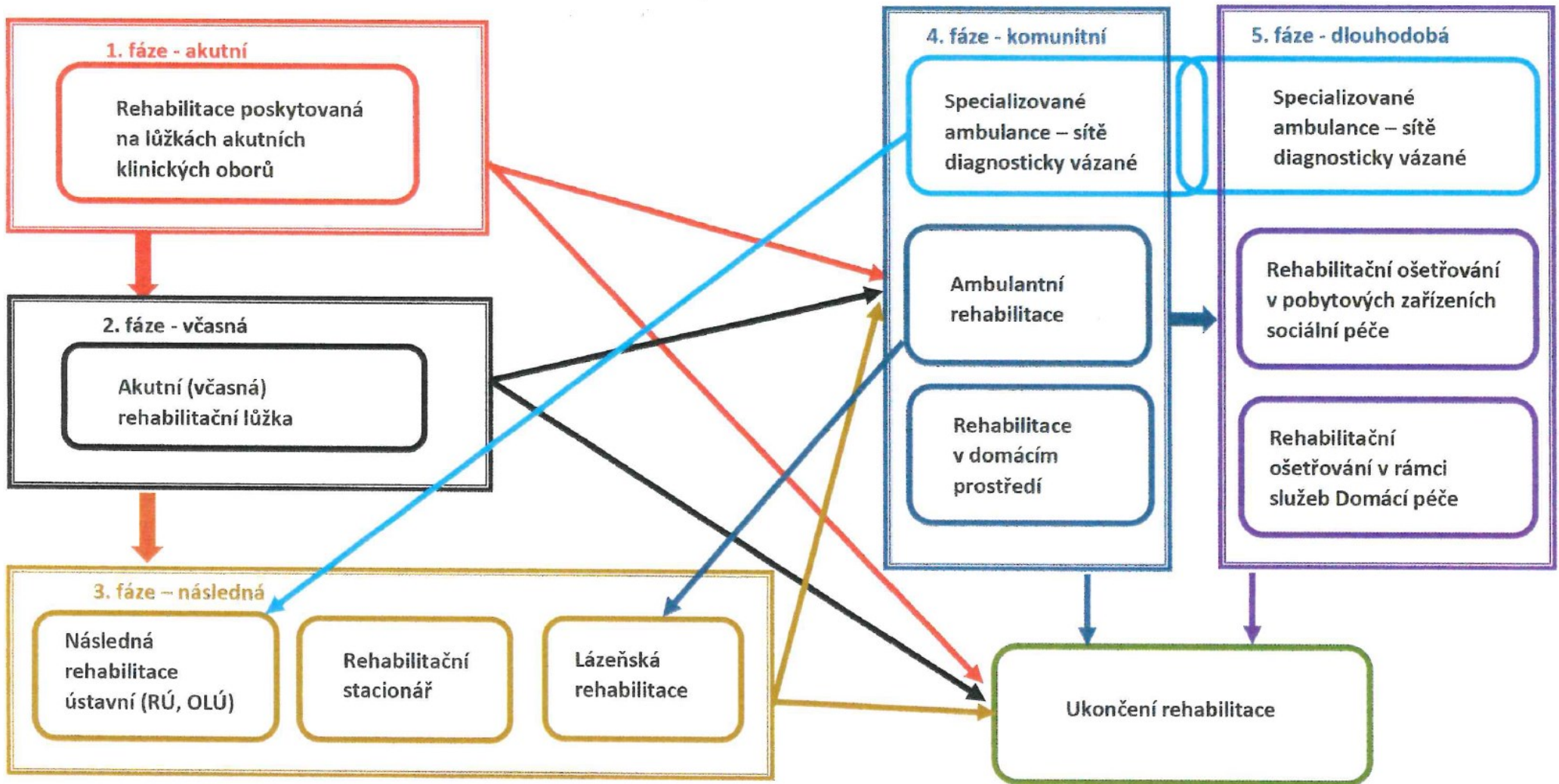
Klinika/oddělení	Počet hospitalizovaných pacientů			
	celkem z KHK	abs. z okresu HK	abs. mimo okres HK	% mimo okres HK
IV. interní hematologická klinika	1 067	409	658	61,7%
Klinika nemocí kožních a pohlavních	299	136	163	54,5%
Klinika onkologie a radioterapie	1 345	677	667	49,6%
Psychiatrická klinika	924	498	425	46,0%
I. interní kardiologická klinika	3 086	1 674	1 412	45,7%
Neurologická klinika	1 571	898	673	42,8%
Plicní klinika	1 005	615	390	38,8%
Dětská klinika	2 762	1 721	1 041	37,7%
Klinika infekčních nemocí	1 115	748	367	32,9%
II. interní gastroenterologická klinika	1 243	911	332	26,7%
Rehabilitační klinika	649	514	135	20,8%
III. interní gerontometabolická klinika	1 842	1 547	295	16,0%
FN HK celkem	16 908	10 350	6 558	38,8%

201 – REHABILITAČNÍ A FYZIKÁLNÍ MEDICÍNA, FYZIOTERAPIE

Obr. 7.1 (REH) Fázový model rehabilitace

Zdroj: Rehabilitační klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Fázový model rehabilitace ve zdravotnictví v ČR - návrh SRFM květen 2019



Obr. 7.2 (REH) Počty a nomenklatura lůžek oboru rehabilitace podle zdravotních pojišťoven r. 2019.

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

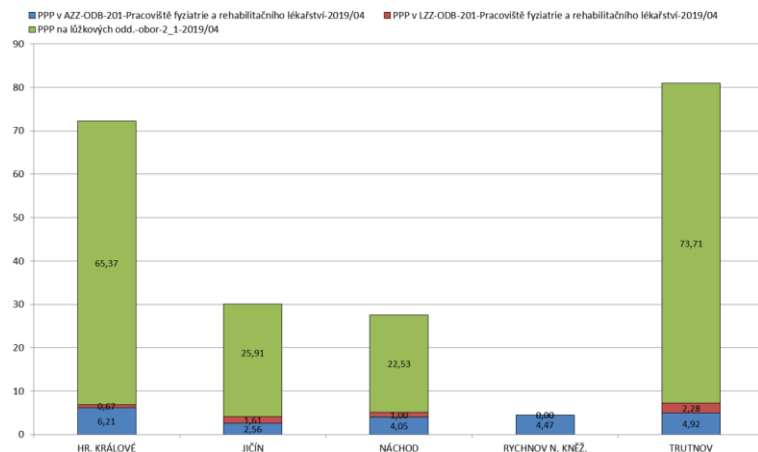
Obor	Název odbornosti	HK	JC	NA	RK	TU	KHK
2H1, 2F1	Akutní péče standardní - rehabilitace	44	35	34		20	133
2U1	Odborný léčebný ústav - následná rehabilitační péče		25			299	324
2L1	Lázeňská péče		380	300		230	910
2C1	Ozdravovny					281	281

Obr. 7.3 (REH) Rehabilitace (odbornost 201, lékaři) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

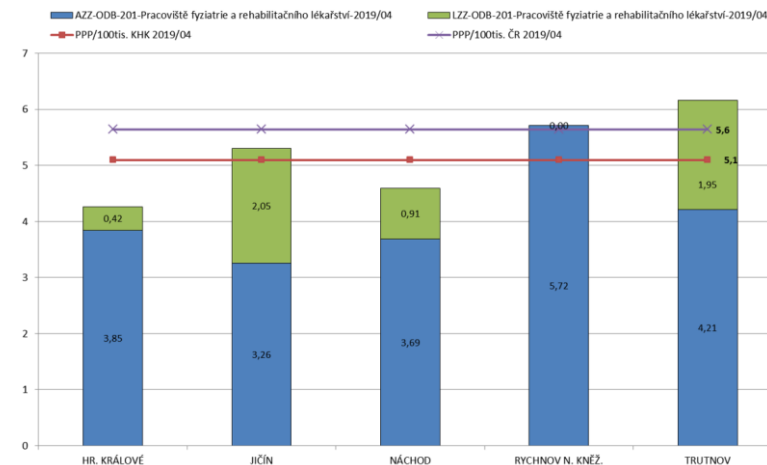
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

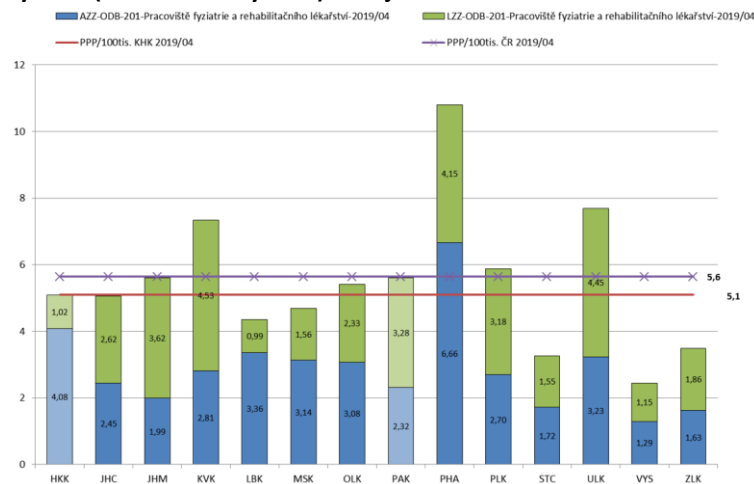
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



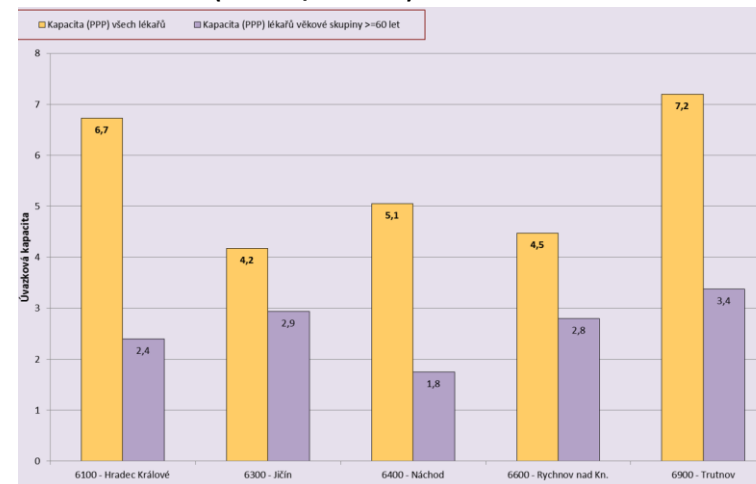
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK

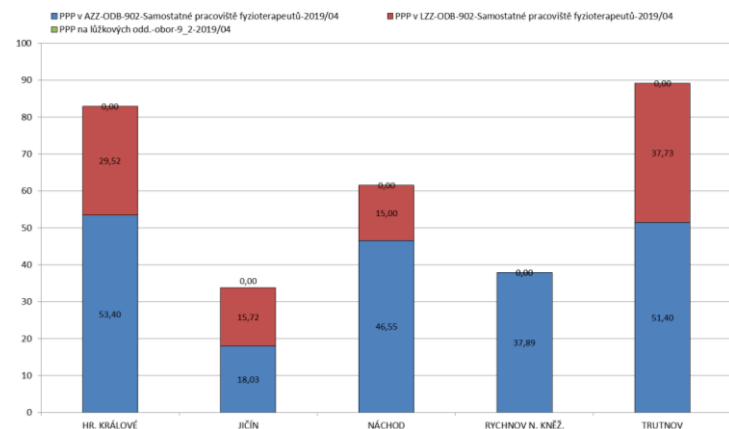


Obr. 7.4 (REH) Fyzioterapeuti (odbornost 902) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

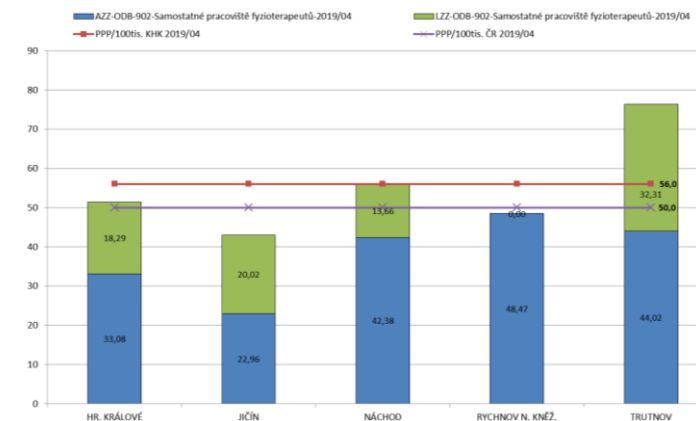
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

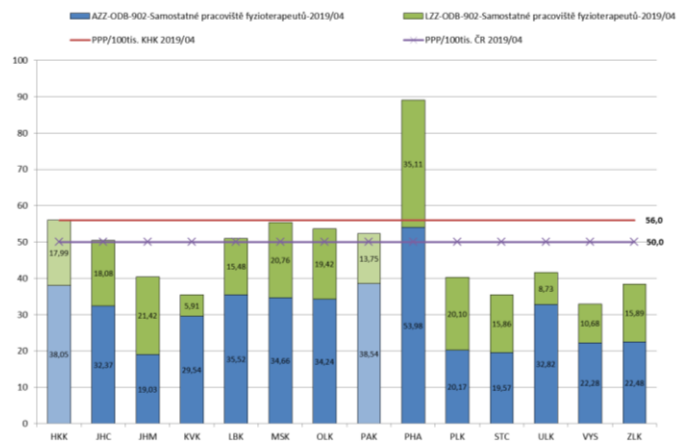
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



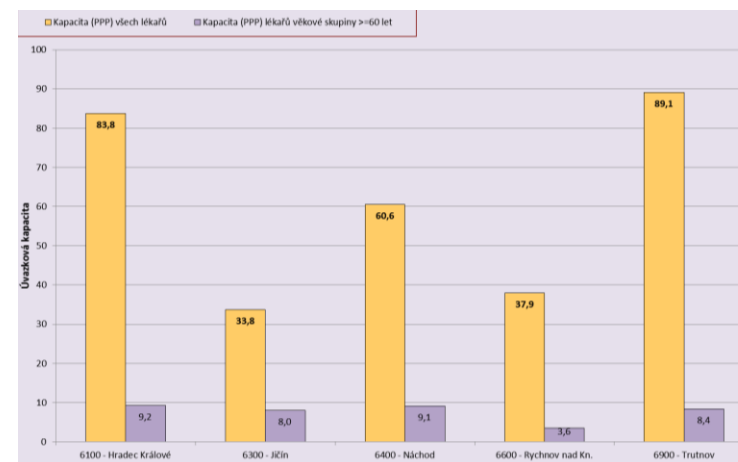
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.5 (REH) Rehabilitace (lékaři a nelékařské odbornosti). Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_ -analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
201 rehabilitační a fyzikální medicína	21 522	72 609	94 131	22,90%
902 fyzioterapeut	66 278	166 480	232 758	28,50%
917 ergoterapeut	1 452	0	1 452	100,00%

Obr. 7.6 (REH) Rehabilitace (odbornost 201 – lékaři). Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 4) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 5) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 6) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	18	9	15	5	12	59
úvazky 2)	12,1	4,1	6,6	4,6	7,0	34,4
UOP 3)	15 690	8 881	15 682	4 799	8 920	53 972
klinická vyšetření 3)	21 726	13 060	25 508	9 125	12 583	82 002
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	7,4	5,1	6,0	5,8	5,9	6,2
UOP 3)	9 586	11 132	14 225	6 068	7 544	9 795
klinická vyšetření 3)	13 274	16 370	23 139	11 538	10 642	14 882
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,38	1,47	1,63	1,90	1,41	1,52
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 793	3 217	3 865	1 975	1 804	2 386
body / 1 klinické vyšetření	482	366	672	568	618	553

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	18	17	9	8	15	14	5	5	12	12	59	56
úvazky 2)	12,1		4,1		6,6		4,6		7,0		34,4	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	15 690	91%	8 881	86%	15 682	113%	4 799	83%	8 920	101%	53 972	96%
klinická vyšetření 3)	21 726	87%	13 060	112%	25 508	125%	9 125	78%	12 583	95%	82 002	100%
body 3)	10 480 456	100%	4 777 798	25%	17 143 782	114%	5 184 957	91%	7 780 198	119%	45 367 191	80%

Obr. 7.7 (REH) Rehabilitace (odbornosti 902 a 917 – nelékaři). Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	23	10	17	22	19	91
úvazky 2)	109,0	43,8	78,7	46,6	102,9	380,9
UOP 3)	27 511	11 630	17 557	12 341	20 050	89 089
klinická vyšetření 3)	0	0	0	0	0	0
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	66,6	54,9	71,4	58,9	87,0	69,1
UOP 3)	16 809	14 577	15 926	15 604	16 957	16 168
klinická vyšetření 3)	0	0	0	0	0	0
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
klinická vyšetření / úvazek 1,00	0	0	0	0	0	0
body / 1 klinické vyšetření	0	0	0	0	0	0

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	23	27	10	10	17	18	22	25	19	18	91	98
úvazky 2)	109,0		43,8		78,7		46,6		102,9		380,9	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	27 511	95%	11 630	227%	17 557	107%	12 341	97%	20 050	111%	89 089	132%
klinická vyšetření 3)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
body 3)	116 772 105	109%	30 605 449	229%	79 372 668	105%	44 578 331	102%	81 113 416	143%	352 441 969	119%

Obr. 7.8 (REH) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách rehabilitace v KHK, r.2018 Základní hospitalizační statistika a časový vývoj 2012-2018.

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky rehabilitační a fyzikální medicíny a fyzioterapie v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	44			81%	797	12994	17,3	1,30
Jičín	35			80%	667	10279	16,4	1,28
Náchod	34			70%	455	8737	20,2	1,44
Trutnov	20			87%	458	6351	14,9	1,25
KHK	133	0	0	79%	2377	38361	17,1	1,31

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	782	821	782	744	767	780	797	102%
Jičín	662	696	640	647	634	680	667	101%
Náchod	400	398	447	432	446	454	455	114%
Trutnov	107	326	366	404	430	429	458	428%
Celkem	1951	2241	2235	2227	2277	2343	2377	122%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	16,9	17,1	17,7	17,8	17,1	16,8	17,3	102%
Jičín	17,0	15,8	16,7	17,1	17,0	16,5	16,4	96%
Náchod	19,5	18,8	18,0	17,3	19,9	19,8	20,2	104%
Trutnov	14,0	14,9	15,7	16,8	16,3	16,2	14,9	106%
Celkem	17,3	16,7	17,1	17,3	17,5	17,2	17,1	99%

Obr. 7.9 (REH) Rehabilitace (odbornost 201) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Nejčastěji léčené DRG baze	HK	JC	NA	TU	KHK
2339 - REHABILITACE 14-20 DNÍ	317	533	178	330	1358
2338 - REHABILITACE 21-27 DNÍ	268	55	192	51	566
2340 - REHABILITACE 5-13 DNÍ	189	65	48	73	375
2330 - REHABILITACE	16	9	10	3	38
2337 - REHABILITACE 28-34 DNÍ	4	4	25	1	34
2301 - OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI	3		2		5
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY		1			1

Obr. 7.10 (REH) Fyzioterapie (odbornost 902) – Počet provedených výkonů ambulantně a při hospitalizacích v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Počet provedených výkonů fyzioterapie v roce 2018	DK	HK	CHL	JC	NA	NP	NB	RK	TU	VR	KHK
21001 KOMPLEXNÍ KINEZILOGICKÉ VYŠETŘENÍ	1	748			1			1	512		1 263
21002 KINEZILOGICKÉ VYŠETŘENÍ	23	8 853	44	350	720	7	803	448	2 269		13 517
21003 KONTROLNÍ KINEZILOGICKÉ VYŠETŘENÍ	8	1 572	173	4 386	667	559	1 616	299	1 765	488	11 533
21017 VYŠETŘENÍ S POUŽITÍM PŘÍSTROJE		2									2
21020 TERAPIE NA PŘÍSTROJÍCH S VYUŽITÍM PRINCIPU BIOLOGICKÉ ZPĚTNÉ VAZBY					163						163
21030 KINEZIOTERAPIE S VYUŽITÍM ROBOTICKÉ TECHNOLOGIE PRO VERTIKALIZACIA NÁCVIK CHŮZE		488									488
21113 FYZIKÁLNÍ TERAPIE II	12 489	21 838	5 371	13 783	6 924	2 718	17 918	6 783	12 053	6 904	106 781
21115 FYZIKÁLNÍ TERAPIE III		3 927					306		1	1	4 235
21116 LOKÁLNÍ PŘÍSTROJOVÁ KRYOTERAPIE										15	15
21117 FYZIKÁLNÍ TERAPIE IV	165	2 652	55	411	256	39	304		42	55	3 979
21211 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ TYP I., 3 - 5 LÉČENÝCH	1	138	3		1		15 655				15 798
21213 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ TYP II., 6 - 12 LÉČENÝCH		4 818			10		6		166		5 000
21215 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA - INSTRUKTÁŽ A ZÁCVIK PACIENTA A JEHO RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ	348	833	318	4 353	595	395	2 211	3	2 264	773	12 093
21217 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ V BAZÉNU S TEPLOU VODOU - 15 MINUT		3 167					1 738		8	1	4 914
21219 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA INDIVIDUÁLNÍ POD DOHLEDEM NA PŘÍSTROJÍCH	101	31 598	13	102	25 707	33	7 239	3 703	11 114	3 156	82 766
21221 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADĚ	1 241	43 723	866	4 584	13 647	92	3 696	440	6 039	2 002	76 330
21223 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA V HUBBARDOVĚ TANKU		524									524
21225 LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA INDIVIDUÁLNÍ - KONDIČNÍ A ANALYTICKÉ METODY	11 065	66 963	1 712	17 704	14 679	2 774	16 154	18 595	19 277	4 719	173 642
21315 VODOLÉČBA II	726	5 105	514		4 282	184	2 540	1 081	1 719	1 168	17 319
21317 VODOLÉČBA III		1 728			6		2 396		311		4 441
21413 TECHNIKY MĚKKÝCH TKÁNÍ	6 771	31 224	3 084	8 645	14 540	2 621	15 136	5 198	10 307	1 057	98 583
21415 MOBILIZACE PÁTEŘE A PERIFERNÍCH KLOUBŮ		8 929	570	5 246	13 146	1 938	6 413	3 096	1 856	3 850	45 044
21713 MASÁŽ REFLEXNÍ A VAZIVOVÁ	945	1	83	4	67		23	533	70	852	2 578
21717 INDIVIDUÁLNÍ LTV - NÁCVIK LOKOMOCE A MOBILITY	2 823	44 623	66	5 370	12 110	18	6 233	9 338	8 336	1 237	90 154
CELKEM	36 707	283 454	12 872	64 938	107 521	11 378	100 387	49 518	78 109	26 278	771 162

Obr. 7. 11 (REH) Lůžka neakutní rehabilitační a lázeňská péče v KHK, r. 2018

Zdroj: Data získaná z databází poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb v KHK 2018 (tabulka je též součástí obr. 6.38)

		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

RÚ Hostinné, hospitalizační statistika, r. 2014

Zdroj: *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020*, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor zdravotnictví, listopad 2015.

Dostupné

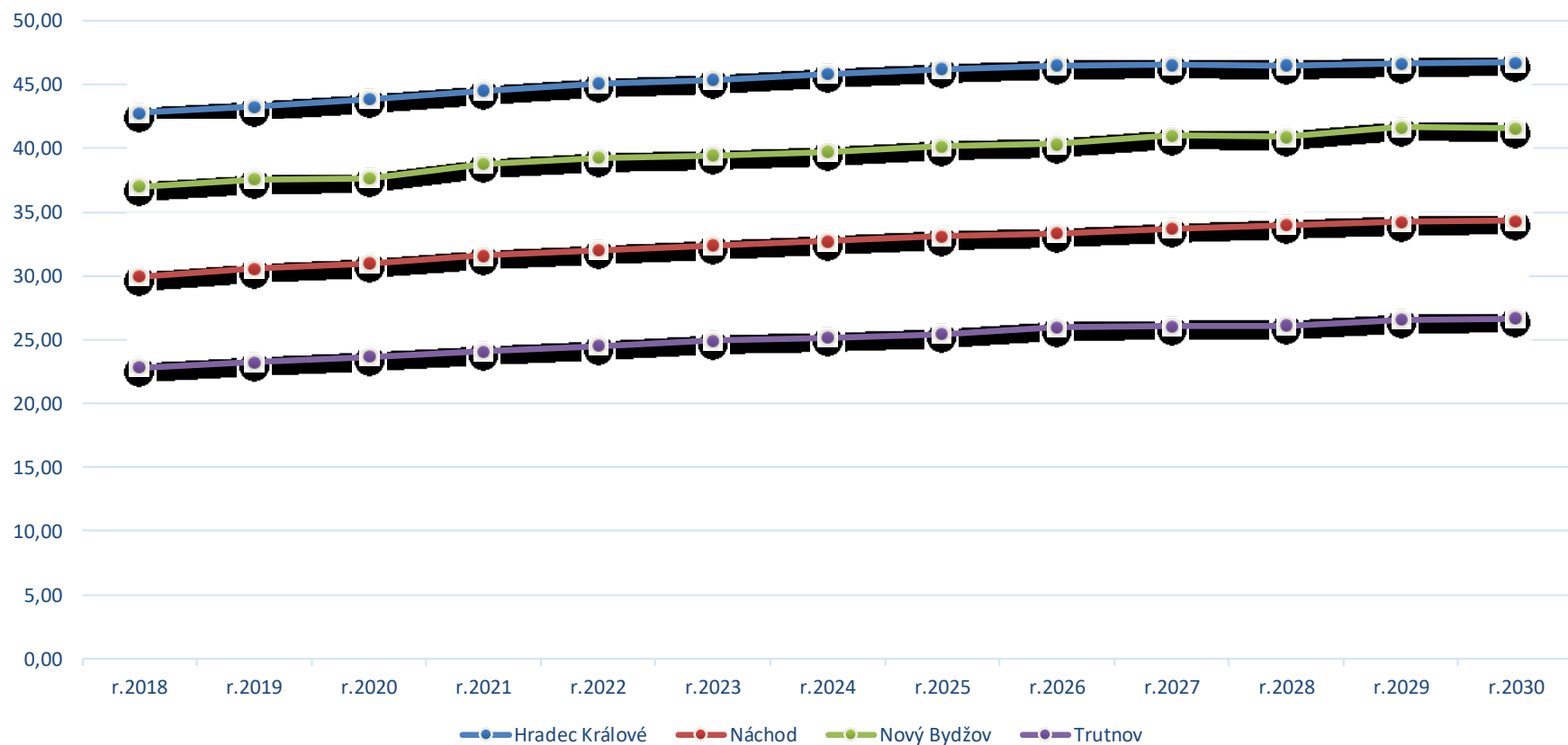
z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Koncepce_zdravotnictvi_khk_2016_2020.pdf

OLÚ	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmalovaných lůžek	Průměrná obloženost	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetřovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obloženosti (stejná oš.doba)	Obloženost z maximální kapacity
RÚ	Hostinné	rehabilitace	159	98%	32,96	1580	52073	158,52	89,73%

Obr. 7.12 (REH) Rehabilitace (odbornost 201) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(2_1) - rehabilitace	132,5	149,3	16,7	112,6%



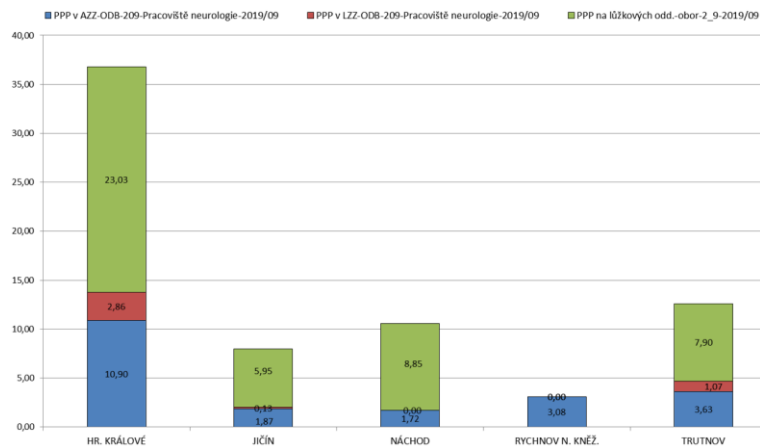
209 - NEUROLOGIE

Obr. 7.1 (NEU) Neurologie (odbornost 209) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

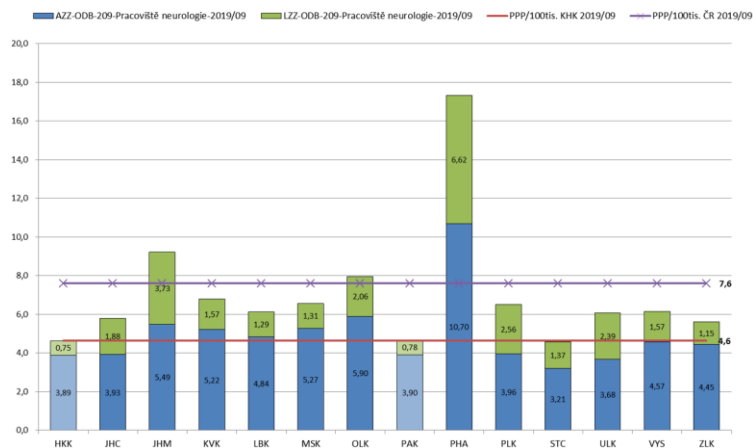
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

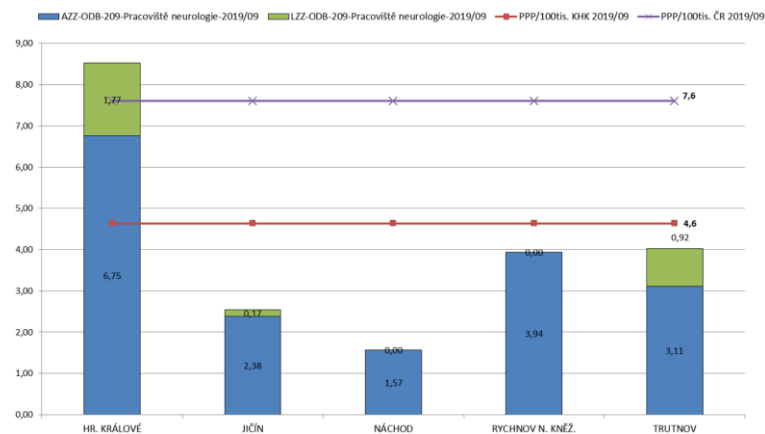
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



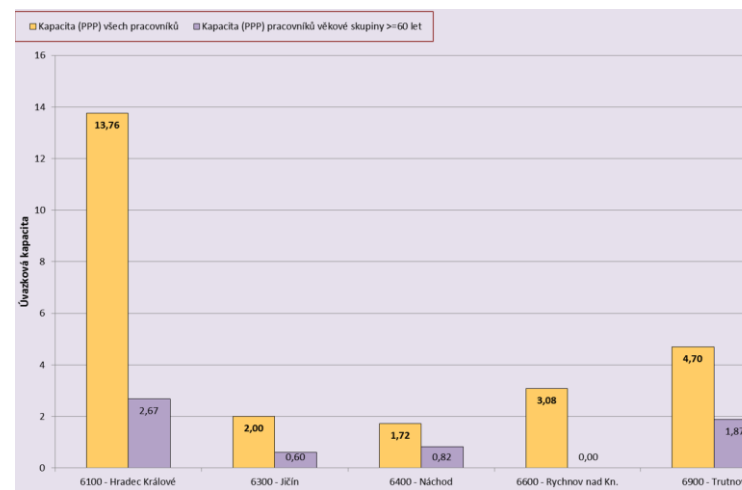
C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.2 (NEU) Neurologie (odbornosti 209 a 409). Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
209 neurologie	61 937	81 582	143 519	43,20%
409 dětská neurologie	3 690	6 484	10 174	36,30%

Obr. 7.3 (NEU) Neurologie (odbornosti 209 – n. pro dospělé) Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Zdroj: Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 4) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 5) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 6) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	29	5	5	4	7	50
úvazky 2)	18,0	2,0	3,1	3,1	4,7	30,9
UOP 3)	30 204	6 269	9 721	4 671	11 349	62 214
klinická vyšetření 3)	53 317	9 699	12 400	5 503	21 594	102 513
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	11,0	2,5	2,8	3,9	4,0	5,6
UOP 3)	18 454	7 858	8 818	5 906	9 598	11 291
klinická vyšetření 3)	32 576	12 157	11 248	6 958	18 263	18 604
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,77	1,55	1,28	1,18	1,90	1,65
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 964	4 869	4 066	1 766	4 549	3 319
body / 1 klinické vyšetření	744	455	688	736	599	679

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	29	29	5	6	5	5	4	4	7	7	50	51
úvazky 2)	18,0		2,0		3,1		3,1		4,7		30,9	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	30 204	112%	6 269	80%	9 721	97%	4 671	96%	11 349	106%	62 214	103%
klinická vyšetření 3)	53 317	109%	9 699	72%	12 400	87%	5 503	87%	21 594	131%	102 513	103%
body 3)	39 693 570	123%	4 408 408	76%	8 534 773	99%	4 048 067	105%	12 927 087	124%	69 611 905	114%

Obr. 7. 4 (NEU) Dětská neurologie (odbornost 40) Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Zdroj: Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	5	1	1	0	1	8
úvazky 2)	2,2	0,3	0,3	0,0	1,0	3,8
UOP 3)	3 301	500	736	0	1 180	5 717
klinická vyšetření 3)	4 971	627	1 184	0	2 425	9 207
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	7,2	1,8	1,6	0,0	4,5	3,6
UOP 3)	10 676	3 283	3 457	0	5 255	5 420
klinická vyšetření 3)	16 076	4 117	5 561	0	10 800	8 728
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,51	1,25	1,61	0,00	2,06	1,61
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 248	2 351	3 552	0	2 385	2 405
body / 1 klinické vyšetření	549	537	580	0	696	591

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	5	5	1	1	1	1	0	0	1	1	8	8
úvazky 2)	2,2		0,3		0,3		0,0		1,0		3,8	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	3 301	99%	500	102%	736	83%	0	0%	1 180	88%	5 717	94%
klinická vyšetření 3)	4 971	86%	627	107%	1 184	71%	0	0%	2 425	76%	9 207	82%
body 3)	2 729 002	106%	336 793	103%	686 635	85%	0	0%	1 688 361	83%	5 440 791	95%

Obr. 7.5 (NEU) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách neurologie v KHK, r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky neurologie v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové - děti	13			65%	413	3076	8,4	0,60
Hradec Králové - dospělí	43	6		70%	1389	10917	8,9	1,44
Jičín	22			63%	896	5094	6,7	0,61
Náchod	34	4		61%	1533	7531	5,7	0,67
Trutnov	39	5		38%	907	5363	6,9	0,66
KHK	151	15	0	58%	5138	31981	7,1	0,86

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové - děti	377	445	431	416	399	430	413	110%
Hradec Králové - dospělí	1542	1513	1606	1629	1531	1416	1389	90%
Jičín	927	921	889	914	896	797	896	97%
Náchod	1103	1101	1052	1276	1472	1435	1533	139%
Trutnov	1002	968	1035	995	995	954	907	91%
Celkem	4951	4948	5013	5230	5293	5032	5138	104%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové - děti	7,8	7,5	8,3	8,6	8,4	8,2	8,4	108%
Hradec Králové - dospělí	9,0	8,7	8,3	7,8	8,2	8,8	8,9	98%
Jičín	6,3	6,2	6,9	7,4	6,7	6,6	6,7	106%
Náchod	6,4	6,5	7,0	6,7	6,2	6,0	5,7	88%
Trutnov	6,6	7,2	7,0	7,4	7,2	7,2	6,9	104%
Celkem	7,4	7,3	7,5	7,4	7,2	7,3	7,1	97%

Obr. 7.6 (NEU) Neurologie a dětská neurologie (odbornosti 209,409) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Zastoupení MDC skupin	HK	JC	NA	TU	KHK
00 - Pre MDC	<1%		<1%	<1%	<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	75%	58%	69%	67%	69%
02 - Onemocnění a poruchy očí	1%	<1%	<1%		<1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	4%	8%	7%	6%	6%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	2%	<1%	<1%	2%	1%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	<1%		<1%	<1%	<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní				<1%	<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	10%	29%	16%	18%	16%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%	<1%	<1%		<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest			<1%	<1%	<1%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému			<1%		<1%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	<1%				<1%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí			<1%		<1%
15 - Novorozenci					
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity		<1%			<1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy	6%	2%	<1%	4%	3%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy	<1%		<1%	<1%	<1%
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%				<1%
22 - Popáleniny					
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%		5%	<1%	2%
24 - Infekce HIV					
25 - Mnohočetné trauma	<1%	<1%			<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%		<1%	<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny		<1%			<1%

Obr. 7.7 (NEU) Neurologie a dětská neurologie (odbornosti 209,409) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

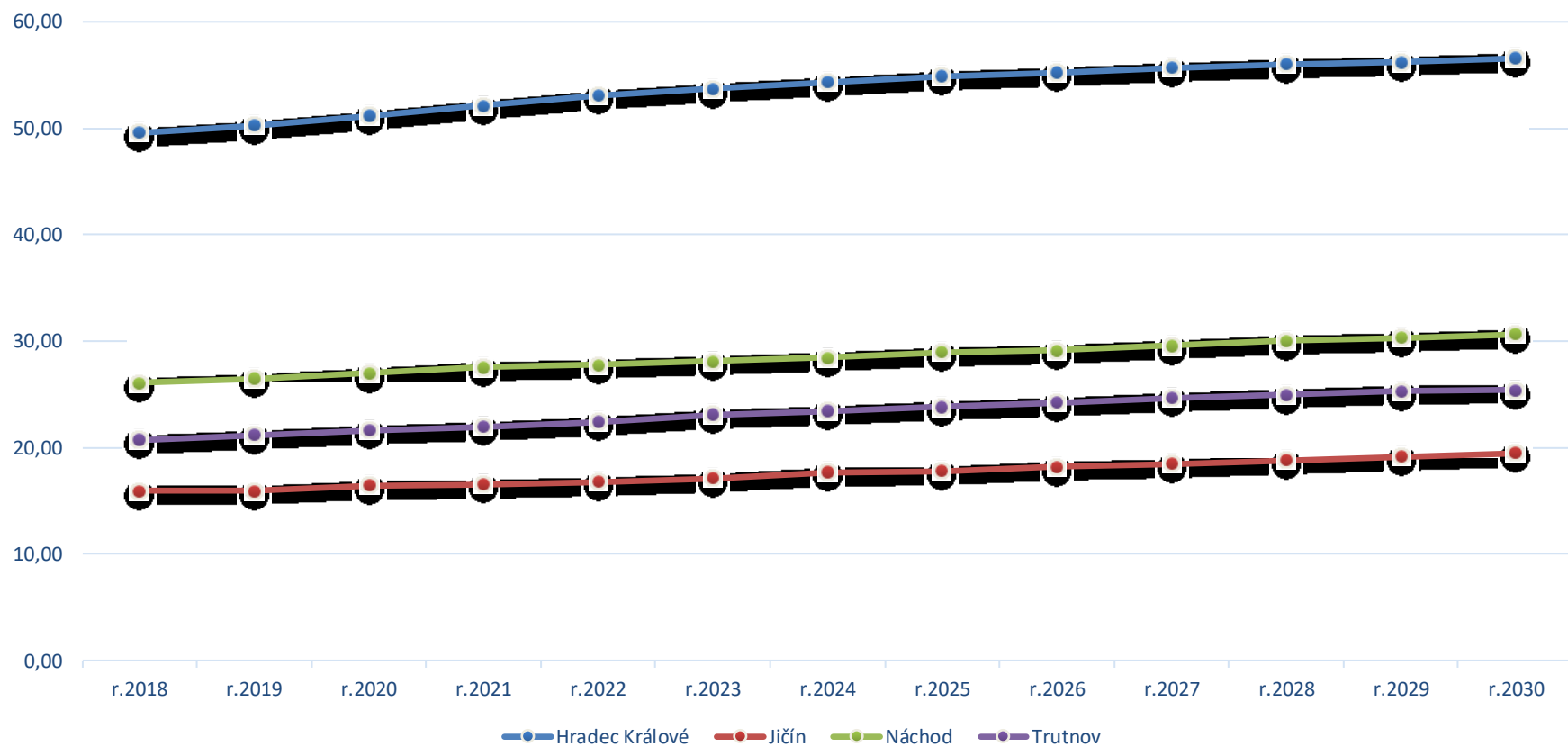
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Nejčastěji léčené DRG baze	HK	JC	NA	TU	KHK
0134 - CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	416	115	269	181	981
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	121	240	229	150	740
0137 - PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ	35	65	306	63	469
0142 - EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT	80	82	186	90	438
0331 - PORUCHY ROVNOVÁHY	47	69	106	52	274
0146 - JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	89	36	42	62	229
0131 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	69	28	43	43	183
0136 - TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA	17	48	38	61	164
0132 - ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE	83	36	24	13	156
0133 - NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ	69	23	29	23	144
0143 - MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY	30	32	41	39	142
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	1		75	1	77
0107 - ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU	73				73
0141 - NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA	25	13	15	3	56
0139 - NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY	10	11	15	7	43
0130 - PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY	9	10	14	7	40
0144 - KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ	3	12	11	9	35
1936 - ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE	11	9	6	6	32
1939 - JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	24			6	30
0544 - SYNKOPA A KOLAPS	12	4	6	8	30
0108 - ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	30				30
0135 - NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU	14	4	7	2	27
0833 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY	3	11	8	4	26
1935 - AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH	2	4	2	13	21
0231 - NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA	12	1	7		20
1834 - JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI		5	5	7	17
1931 - PSYCHÓZY	2	1	2	9	14
0101 - KRANIOTOMIE	13				13
0138 - BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU		1	10	1	12
0103 - VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH	11				11

Obr. 7.8 (NEU) Neurologie a dětská neurologie (odbornost 209 + 409) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(2_9 + 4_9) - neurologie	112,3	132,1	19,8	117,6%



301 – DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ A NEONATOLOGIE

Obr. 7.1 (PED) Pediatrie a PLDD. Úvazky lékařů v KHK, srovnání s průměrem ČR, r. 2019

Zdroje:

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

*) Kapitola III. Analýzy, obr. 3.11

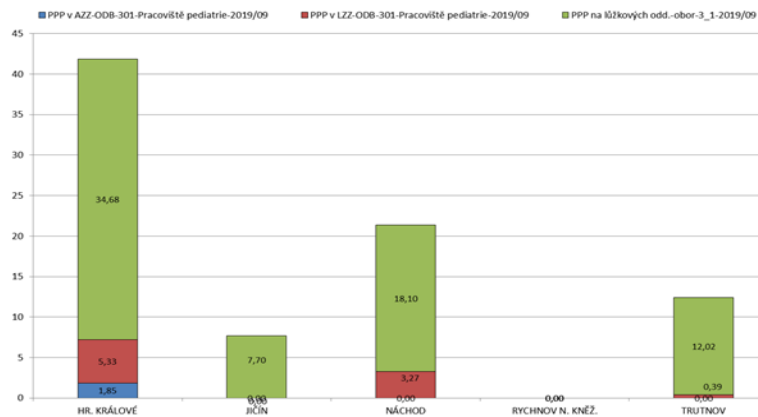
Odbornost lékařů	Pracoviště lékařů	Absolutní počty	Počty na 100 000 obyv. celé populace	
		KHK	KHK	ČR
Dětské lékařství (bez PLDD)	Lékaři u lůžek (včetně rezidentů)	72,5	13,2	*) 9,5
	Ambulantní pediatrii v nemocnicích i ve specializovaných ambulantních zařízeních	10,8	2,0	1,5
PLDD	Ambulance Praktického lékaře pro děti a dorost	104,3	19,1	19,0

Obr. 7.2 (PED) Pediatrie (odbornost 301) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

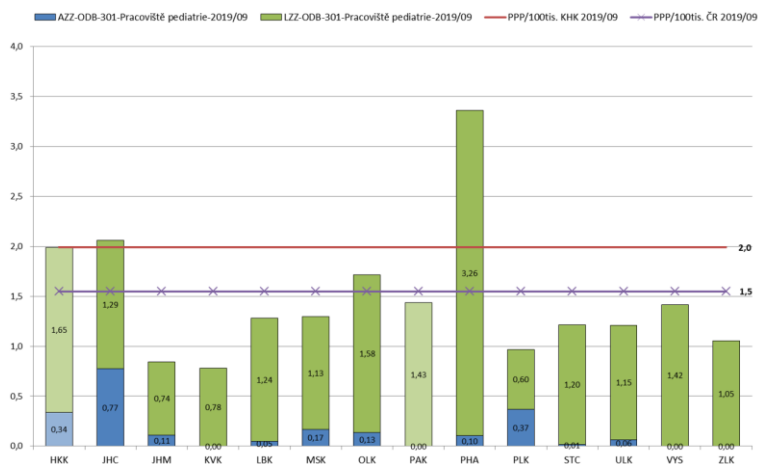
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

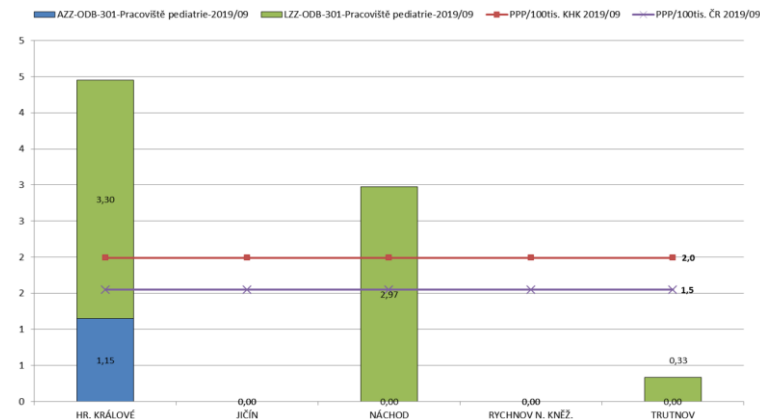
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



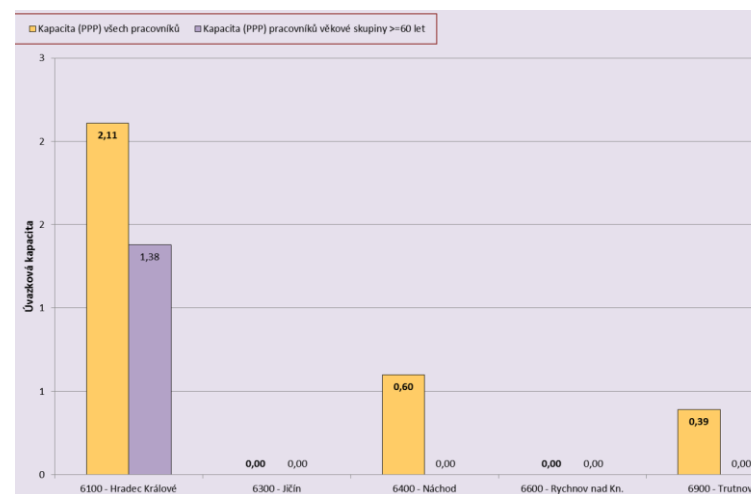
C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



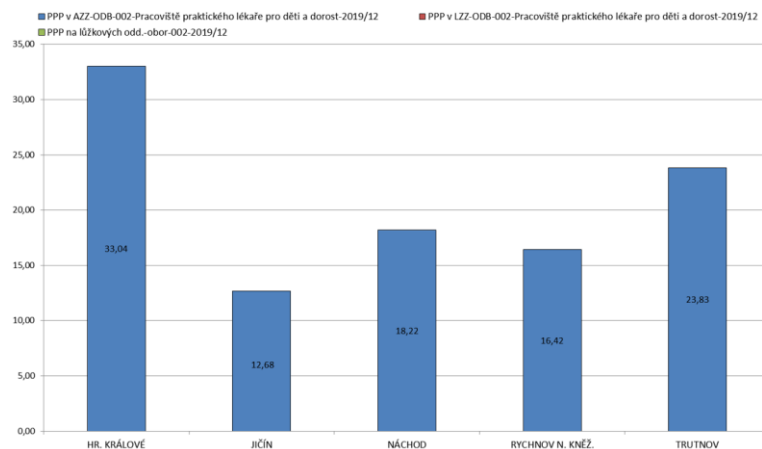
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



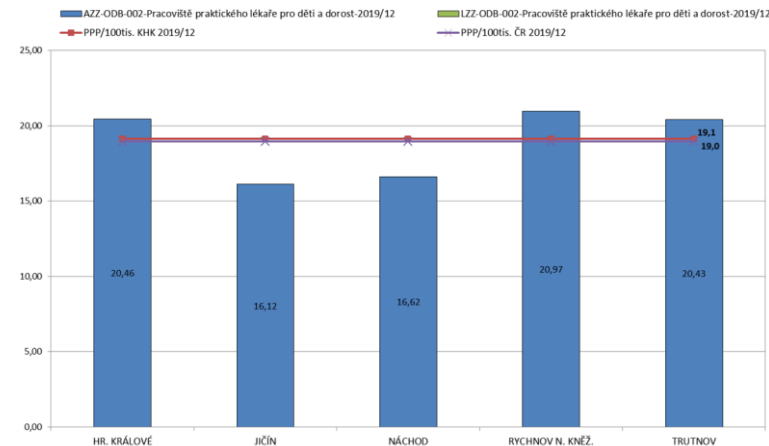
Obr. 7.3 (PED) PLDD (odbornost 002) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.
 (Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

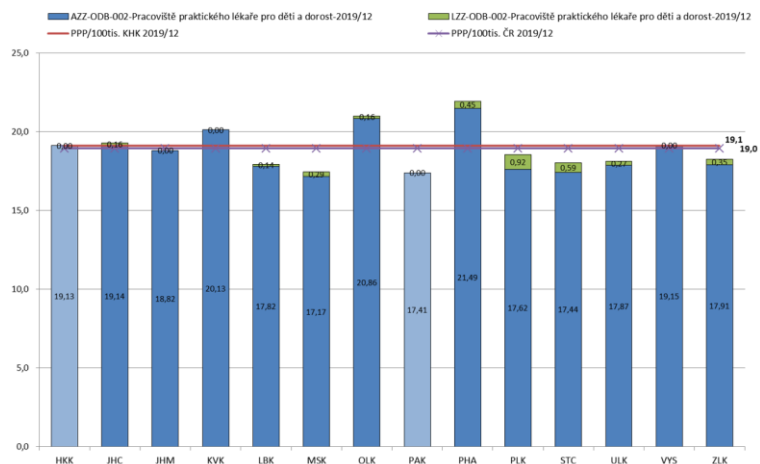
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR

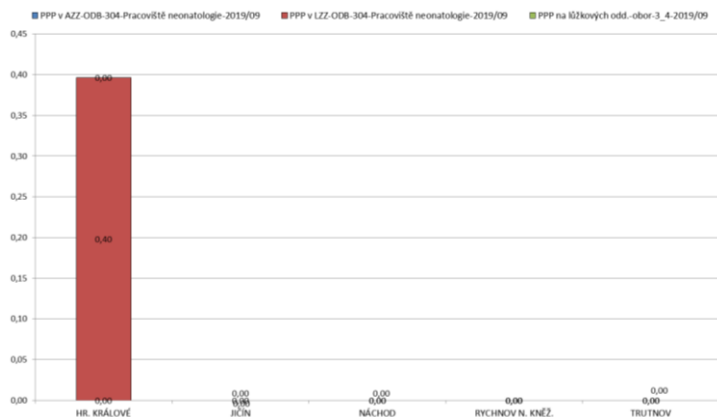


Obr. 7.4 (PED) Neonatologie (odbornost 304) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

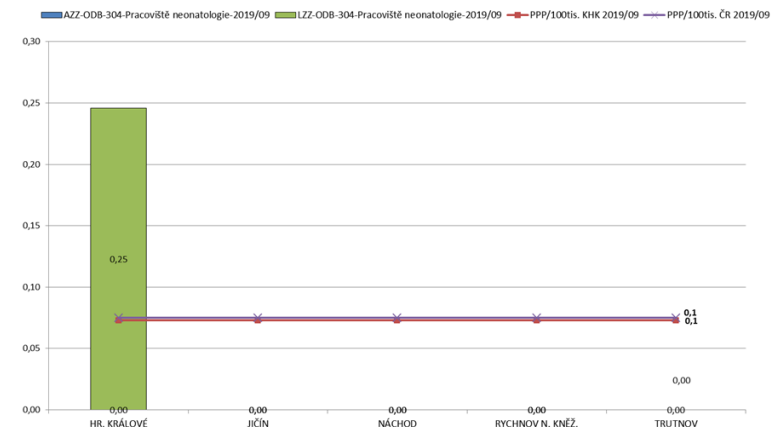
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

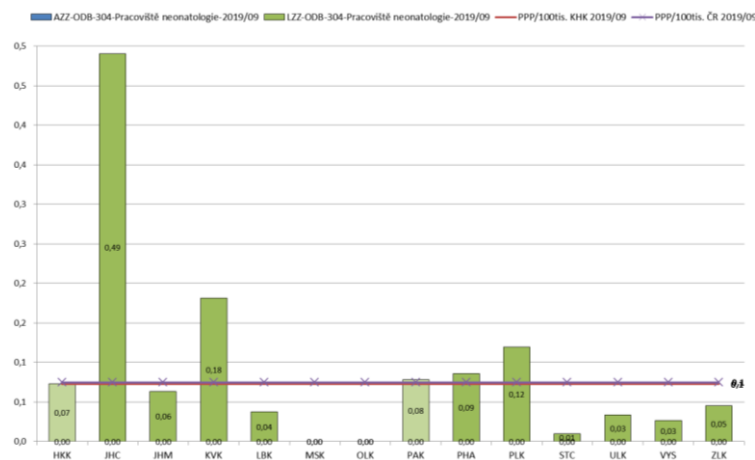
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



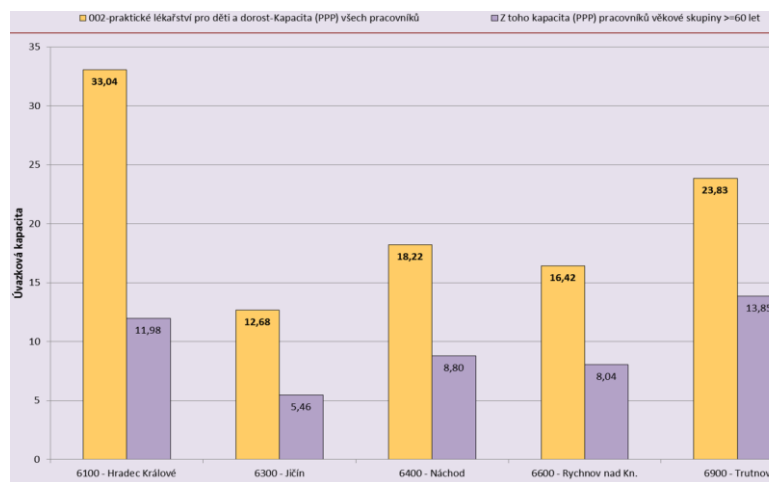
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.5 (PED) Pediatrie a blízké obory. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
002 PL pro děti a dorost	0	263 337	263 337	0,00%

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
301 pediatrie	28 926	3 740	32 666	88,60%
302 dětská kardiologie	2 077	2 635	4 712	44,10%
304 neonatologie	1 728	0	1 728	100,00%
306 dětská a dorostová psychiatrie	2 648	6 375	9 023	29,30%
405 dětská dermatologie	4 648	0	4 648	100,00%
409 dětská neurologie	3 690	6 484	10 174	36,30%
502 dětská chirurgie	18 200	252	18 452	98,60%
604 dětská gynekologie	157	32	189	83,10%
704 dětská otorinolaryngologie	1 579	851	2 430	65,00%
707 dětská urologie	1 748	0	1 748	100,00%
celkem	65 401	20 369	85 770	76,25%

Obr. 7.6 (PED) Pediatrie (odbornost 301) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	15	1	2	3	4	25
úvazky 2)	9,9	0,5	3,7	0,2	1,7	16,1
UOP 3)	20 654	1 501	3 598	197	2 072	28 022
klinická vyšetření 3)	34 797	2 015	4 306	519	4 446	46 083
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	32,0	3,6	17,5	1,5	7,6	15,3
UOP 3)	66 796	9 856	16 899	1 264	9 228	26 565
klinická vyšetření 3)	112 535	13 231	20 225	3 329	19 800	43 686
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,68	1,34	1,20	2,63	2,15	1,64
klinická vyšetření / úvazek 1,00	3 521	3 686	1 154	2 224	2 615	2 863
body / 1 klinické vyšetření	499	795	1 433	915	551	609

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	15	15	1	1	2	2	3	3	4	4	25	25
úvazky 2)	9,9		0,5		3,7		0,2		1,7		16,1	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	20 654	108%	1 501	50%	3 598	104%	197	62%	2 072	85%	28 022	99%
klinická vyšetření 3)	34 797	100%	2 015	43%	4 306	87%	519	77%	4 446	78%	46 083	91%
body 3)	17 367 800	110%	1 602 796	57%	6 171 845	101%	474 871	75%	2 449 978	82%	28 067 290	99%

Obr. 7.7 (PED) PLDD (odbornost 002) – Ambulantní péče a její časový vývoj v zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	35	11	20	19	25	110
úvazky 2)	34,1	13,2	18,1	16,1	21,8	103,3
UOP 3)	31 693	11 299	14 731	14 311	20 873	92 907
klinická vyšetření 3)	25 271	9 621	11 192	11 117	15 280	72 481
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	110,3	86,8	85,1	103,0	97,0	97,9
UOP 3)	102 497	74 194	69 189	91 790	92 959	88 075
klinická vyšetření 3)	81 728	63 176	52 567	71 304	68 050	68 711
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	0,80	0,85	0,76	0,78	0,73	0,78
klinická vyšetření / úvazek 1,00	741	728	618	692	702	702
body / 1 klinické vyšetření	1 077	971	1 076	980	1 034	1 039

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	35	35	11	18	20	23	19	20	25	26	110	122
úvazky 2)	34,1		13,2		18,1		16,1		21,8		103,3	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	31 693	106%	11 299	101%	14 731	92%	14 311	101%	20 873	99%	92 907	101%
klinická vyšetření 3)	25 271	97%	9 621	95%	11 192	88%	11 117	97%	15 280	91%	72 481	94%
body 3)	27 211 230	118%	9 339 216	113%	12 044 798	101%	10 894 567	111%	15 806 196	109%	75 296 007	111%

Obr. 7.8 (PED) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách pediatrie v KHK, r.2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky dětského lékařství v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	51	7		38%	1077	7037	7,5	1,16
Jičín	20			42%	1079	3058	3,8	0,45
Náchod	30			37%	1466	4055	3,7	0,40
Rychnov n.Kn.	20			29%	705	2121	4,0	0,40
Trutnov	20			49%	1163	3581	3,7	0,45
KHK	141	7	0	39%	5490	19852	4,5	0,57

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	840	945	899	798	868	938	1077	128%
Jičín	1152	1186	1198	1141	1030	1004	1079	94%
Náchod	1708	1723	1793	1824	1650	1643	1466	86%
Rychnov n.Kn.	922	1046	1008	1006	931	778	705	76%
Trutnov	1331	1503	1454	1321	1302	1191	1163	87%
Celkem	5953	6403	6352	6090	5781	5554	5490	92%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	8,1	11,2	8,7	9,0	7,9	8,8	7,5	93%
Jičín	4,2	4,1	4,1	4,5	3,9	4,4	3,8	91%
Náchod	3,7	3,7	3,8	3,5	3,9	3,8	3,7	101%
Rychnov n.Kn.	4,2	4,0	4,0	3,9	4,1	4,1	4,0	94%
Trutnov	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0	4,0	3,7	91%
Celkem	4,5	4,9	4,6	4,6	4,5	4,9	4,5	100%

Obr. 7.9 (PED) Počet hospitalizací dětí na všech pracovištích FNHK, r.2019

Zdroj: Fakultní nemocnice Hradec Králové

Klinika FNHK	věková skupin v letech			celkem	% zastoupení		
	0-14	15-18	19 +		0-14	15-18	19 +
Dětská klinika	3 661	151		3 812	96%	4%	
Odd.dět. chirurgie a traumat.	1 309	69	4	1 382	95%	5%	<1%
Klinika infekčních nemocí	398	41	838	1 277	31%	3%	66%
Klinika otorinolaryngologie	626	49	1 400	2 075	30%	2%	67%
Neurologická klinika	338	133	1 615	2 086	16%	6%	77%
Ortopedická klinika	258	90	1 838	2 186	12%	4%	84%
Neurochirurgická klinika	209	31	1 938	2 178	10%	1%	89%
Kl.nemocí kožních a pohlav.	36	15	403	454	8%	3%	89%
Oční klinika	69	14	793	876	8%	2%	91%
Kl.anest a resusc. a int. med	9	3	450	462	2%	<1%	97%
Porodnická a gynekol. klinika	6	41	4 317	4 364	<1%	<1%	99%
Psychiatrická klinika	1	42	1 055	1 098	<1%	4%	96%
I.int.kardioangiolog.klinika		4	3 325	3 329		<1%	100%
II.int.gastroenterol.klinika		15	1 601	1 616		<1%	99%
Plicní klinika			1 249	1 249			100%
Klinika onkologie a radioter.		1	1 553	1 554		<1%	100%
III. int.gerontometab.klinika		4	2 311	2 315		<1%	100%
Kardiochirurgická klinika		1	1 496	1 497		<1%	100%
Chirurgická klinika	2	63	3 720	3 785	<1%	2%	98%
Urologická klinika		3	2 107	2 110		<1%	100%
IV.int.hematologická klinika			2 038	2 038			100%
Rehabilitační klinika		9	755	764		1%	99%
Celkem	6 922	779	34 806	42 507	16%	2%	82%

Pozn.:

1. Výběr se provádí na každé klinice s hospitalizací podle data ukončení.
2. Jsou zahrnuti i pacienti LNN Nechanice
3. Mono a multiklinických případů bylo celkem 40 236, tj. 2 271 dětí prošlo více pracovišti

Obr. 7.10 (PED) Dětské lékařství (odbornost 301) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Zastoupení MDC skupin	HK	JC	NA	RK	TU	KHK
00 - Pre MDC	1%					<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	11%	9%	13%	15%	9%	11%
02 - Onemocnění a poruchy očí	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	4%	12%	14%	13%	17%	12%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	9%	9%	14%	10%	5%	9%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	5%	3%	5%	7%	3%	4%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	15%	12%	10%	14%	21%	14%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	2%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	4%	13%	3%	5%	16%	8%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	2%	9%	9%	8%	10%	8%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	5%	11%	13%	12%	1%	8%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	6%	4%	3%	4%	2%	4%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	<1%	1%	<1%	<1%	2%	<1%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí						
15 - Novorozenci	4%	3%	3%	3%	1%	3%
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	5%	<1%	<1%	1%	2%	2%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	6%					1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	2%	5%	5%	3%	1%	3%
19 - Duševní onemocnění a poruchy	<1%	<1%	1%	<1%	2%	<1%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy	2%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	4%	5%	4%	3%	3%	4%
22 - Popáleniny		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	11%	2%	2%	2%	<1%	3%
24 - Infekce HIV						
25 - Mnohočetné trauma	<1%				<1%	<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	<1%			<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny					<1%	<1%

Obr. 7.11 (PED) Dětské lékařství (odbornost 301) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Nejčastěji léčené DRG base	HK	JC	NA	RK	TU	KHK
0333 - EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS	32	110	202	42	75	461
0441 - PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	38	73	141	49	45	346
0637 - JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	45	57	70	46	108	326
0933 - PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU		89	86	47	97	319
1031 - HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ	5	107	136	68		316
0142 - EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT	79	24	58	28	43	232
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	38	34	42	40	67	221
0145 - OTŘES MOZKU	4	46	52	58	39	199
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	105	22	18	14	4	163
1132 - INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	52	31	36	25	18	162
0308 - VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	1	5	2	41	107	156
2132 - OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG)	34	35	47	15	16	147
0832 - ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE	1	31		16	80	128
0436 - PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL	33	21	39	16	12	121
0544 - SYNKOPA A KOLAPS	5	25	38	22	31	121
1575 - NOVOROZENEK, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	28	29	37	15	12	121
1833 - VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ	3	43	52	15	8	121
1030 - DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY	47	11	35	9	16	118
0143 - MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY	4	6	34	9	11	64
0934 - JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU	8	6	38	4	7	63
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	3	7	30	8	14	62
1631 - PORUCHY SRÁŽLIVOSTI	34	2	11	5	7	59
1735 - CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII	58					58
0547 - JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	35		5	9	1	50
0608 - LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE	20	8			19	47
0631 - PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA	1	1	23	3	12	40
0817 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ		7			32	39
1832 - HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU	15	5	6	1	9	36
0841 - JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ	3	25	1	4	3	36
0605 - VÝKONY NA APENDIXU	1	10		5	19	35

Obr. 7.12 (PED) Neonatologie (odbornost 304) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Zastoupení MDC skupin	HK	JC	NA	RK	TU	KHK
00 - Pre MDC						
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	<1%					<1%
02 - Onemocnění a poruchy očí						
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku						
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí						
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy						
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	<1%					<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní						
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně						
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou						
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%					<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest						
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému						
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému						
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí						
15 - Novorozenci	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity						
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary						
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa						
19 - Duševní onemocnění a poruchy						
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy						
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků						
22 - Popáleniny						
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%					<1%
24 - Infekce HIV						
25 - Mnohočetné trauma						
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále						
99 - Chybové diagnostické skupiny			<1%		<1%	<1%

Obr. 7.13 (PED) Neonatologie (odbornost 304) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

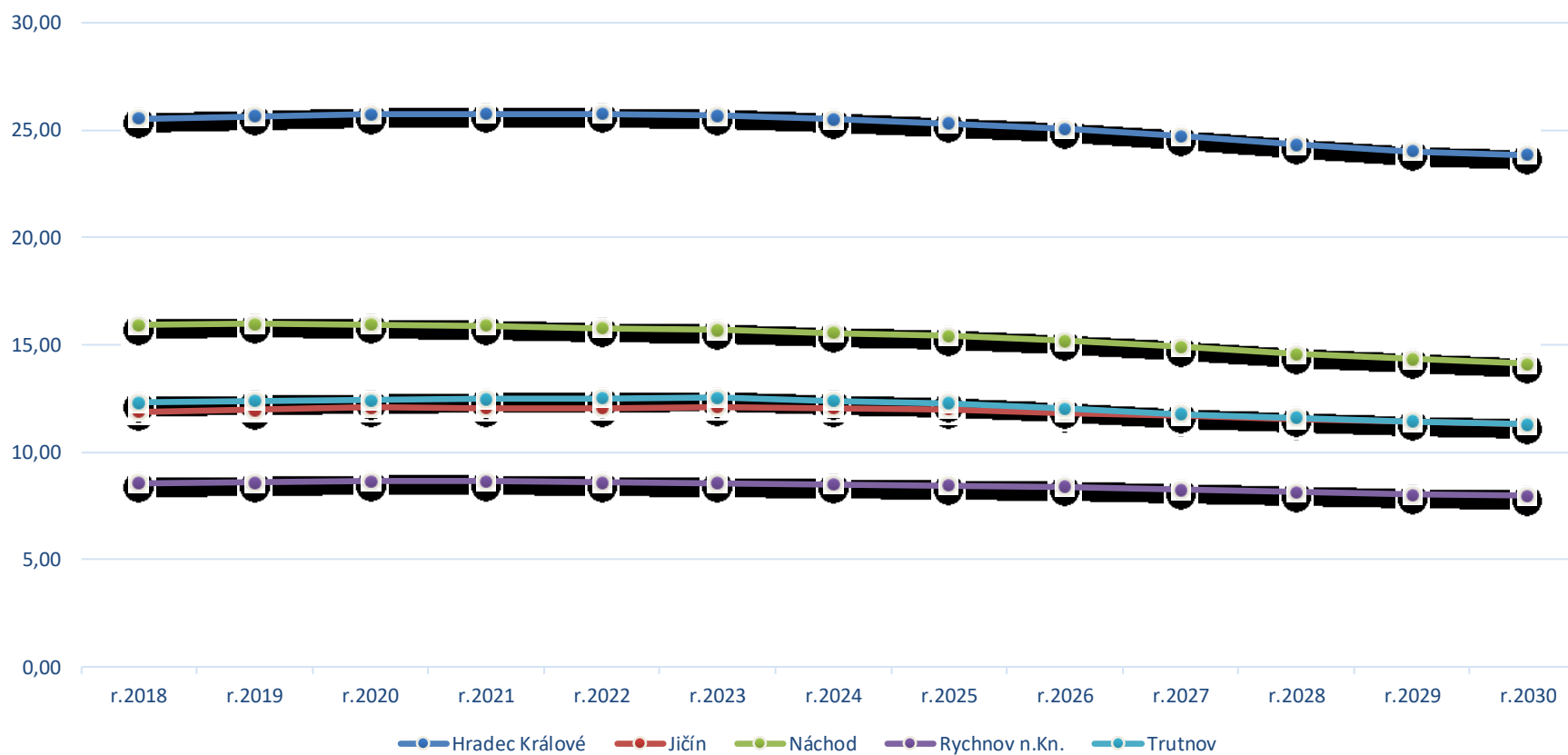
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Nejčastěji léčené DRG baze	HK	JC	NA	RK	TU	KHK
1575 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	2106	834	873	540	619	4972
1569 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	208	21	28	18	21	296
1567 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	107					107
1560 - NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ	31	16	20	6	9	82
1571 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM	38	7	5	4	1	55
1565 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	49		1			50
1574 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ	21	13	5		3	42
1563 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	31					31
1572 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	12					12
1570 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM	6					6
1573 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM	5					5
1562 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM	4					4
1568 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM	3					3
1564 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM	3					3
9999 - NEZAŘADITELNÉ			3			3
9998 - HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA			1		1	2
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	1					1
1030 - DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY	1					1
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	1					1
0603 - MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	1					1
0146 - JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	1					1
1566 - NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM	1					1

Obr. 7.14 (PED) Dětské lékařství (odbornost 301) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

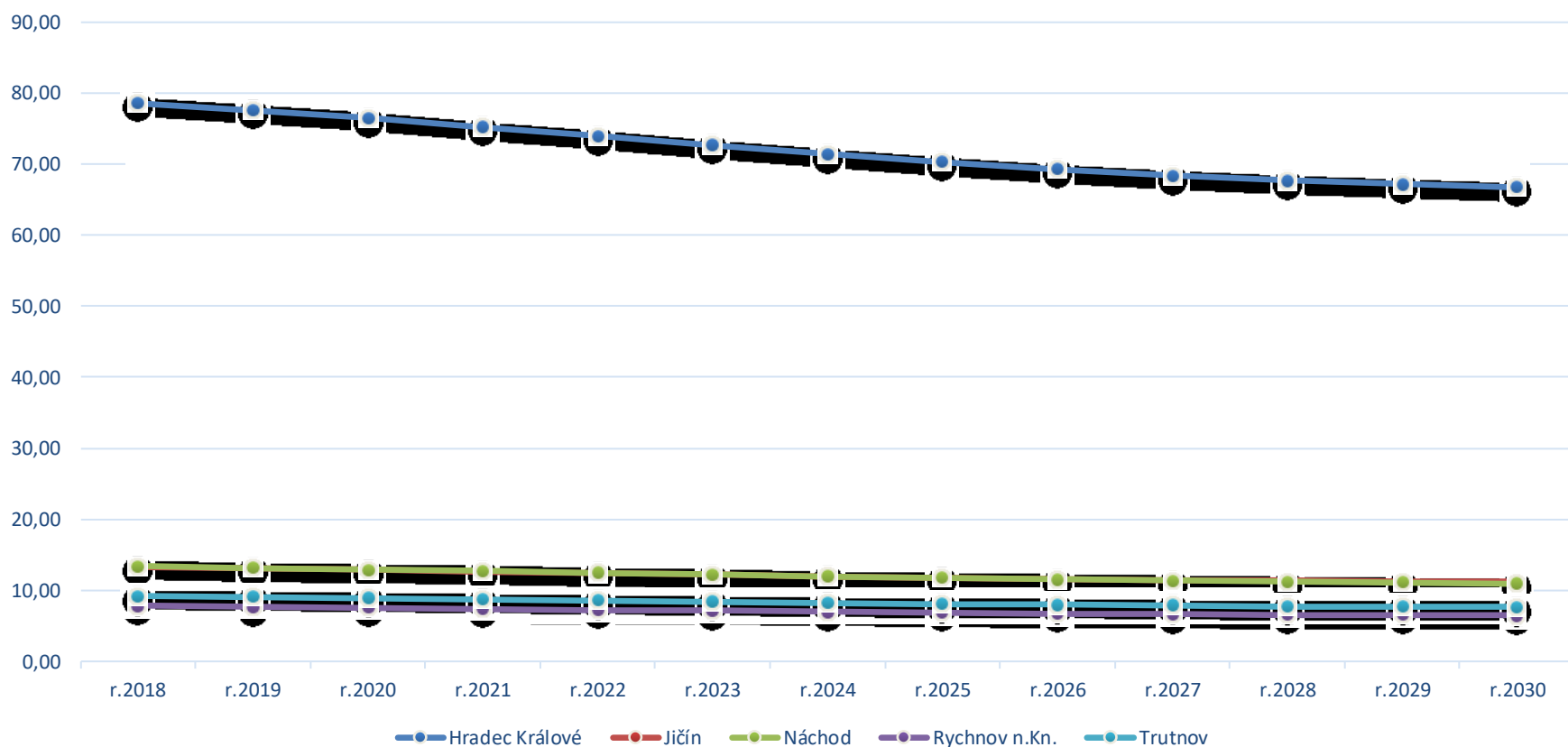
	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(3_1) - dětské lékařství	74,2	68,5	-5,7	92,3%



Obr. 7.15 (PED) Neonatologie (odbornost 304) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

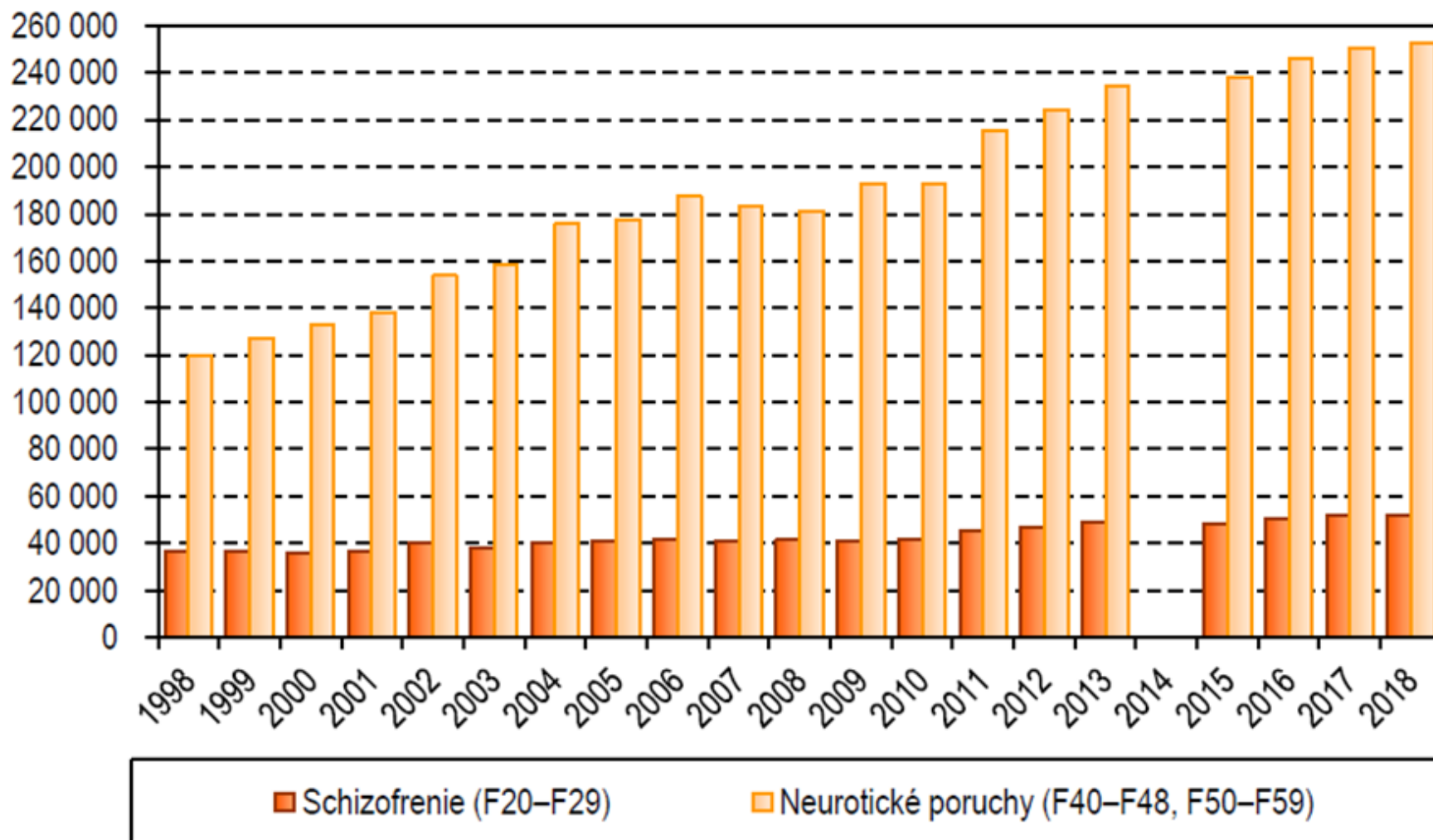
	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(3_4) - neonatologie	122,2	103,1	-19,2	84,3%



305 - PSYCHIATRIE

Obr. 7.1 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) - Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na schizofrenie a neurotické poruchy, r. 1998-2018

Zdroj: *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, str. 26, graf 2. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>



Obr. 7.2 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) - Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR r. 1995-2018

Zdroj: *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, str. 46, tab. 4.1. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>

Rok	Propuštění a zemřelí absolutně			
	psychiatrická odd. nemocnic	psychiatrické nemocnice/léčebny	psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních ¹⁾	psychiatrická zařízení celkem
1995	14 957	36 979	499	52 435
1996	16 157	39 083	716	55 956
1997	16 310	39 810	721	56 841
1998	18 639	39 825	764	59 228
1999	18 163	39 667	1 027	58 857
2000	18 331	39 978	869	59 178
2001	18 065	40 664	820	59 549
2002	18 117	40 362	660	59 139
2003	19 057	40 279	681	60 017
2004	20 661	41 124	648	62 433
2005	19 201	41 714	1 184	62 099
2006	18 357	39 921	1 378	59 656
2007	18 614	38 892	1 306	58 812
2008	18 258	39 138	1 178	58 574
2009	18 451	39 140	1 209	58 800
2010	18 316	39 697	1 153	59 166
2011	18 543	40 754	619	59 916
2012	18 134	40 683	568	59 385
2013	18 475	40 543	538	59 556
2014	19 633	41 774	385	61 792
2015	19 955	39 865	286	60 106
2016	20 051	38 983	240	59 274
2017	19 594	38 100	183	57 877
2018	20 499	37 873	295	58 667

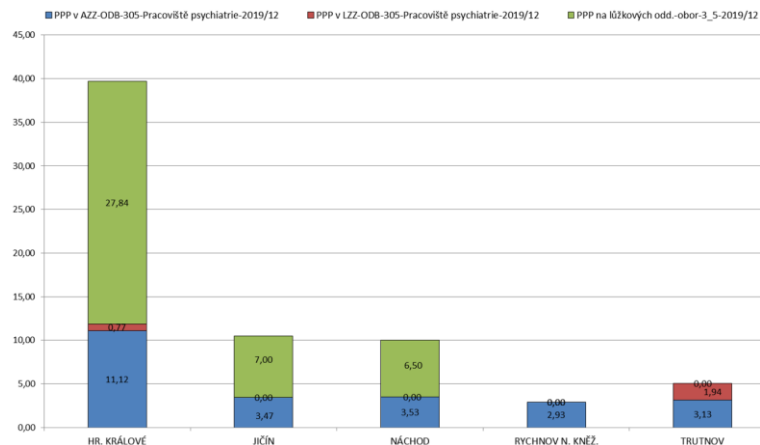
¹⁾ Psychiatrická oddělení v ostatních odborných léčebných ústavech a dalších lůžkových zařízeních

Obr. 7.3 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

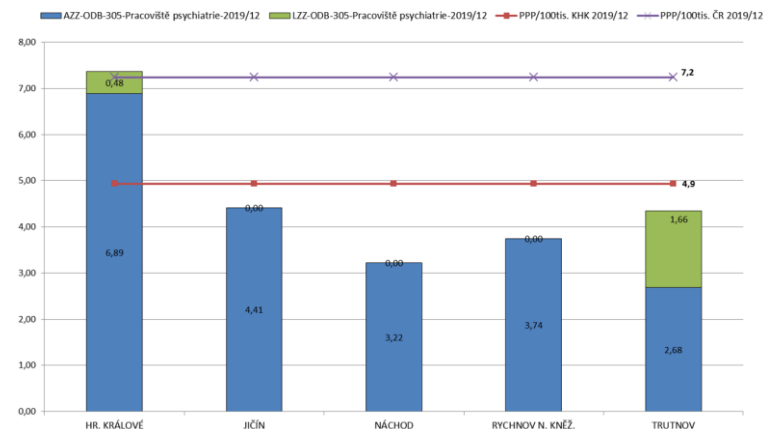
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

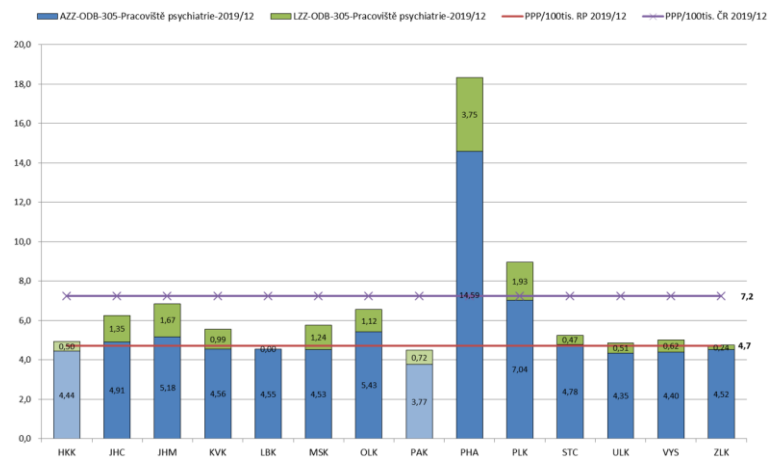
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



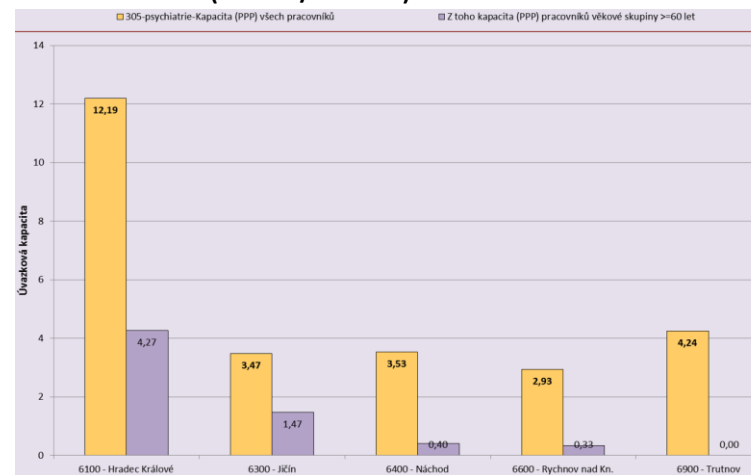
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech

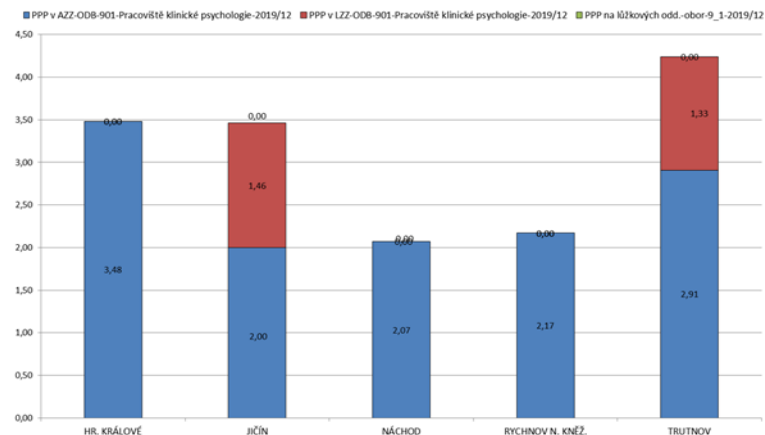


Obr. 7.4 (PSYCH) Klinická psychologie (odbornost 901) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

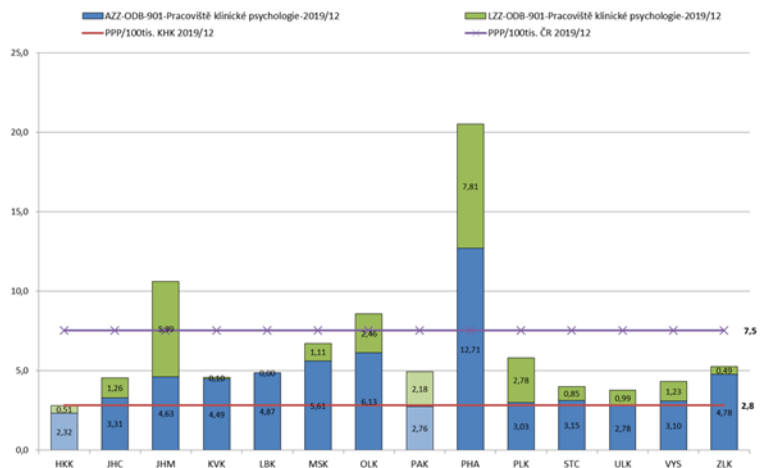
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.

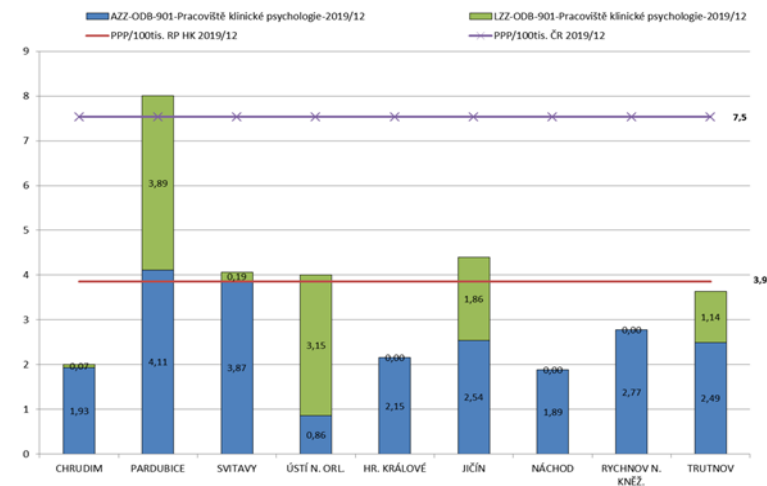
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



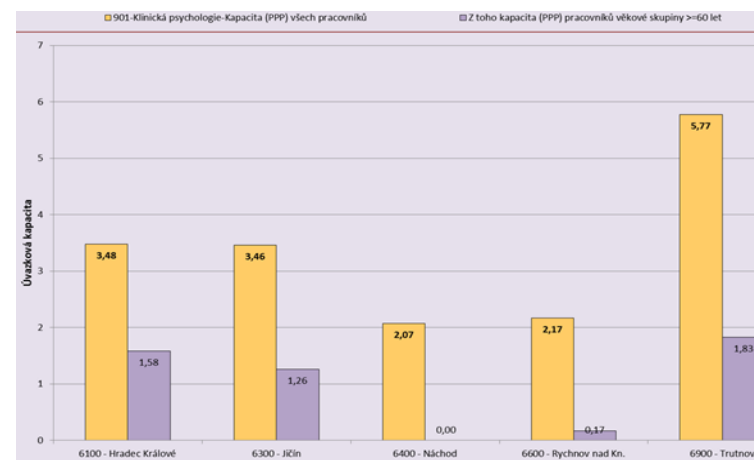
C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK

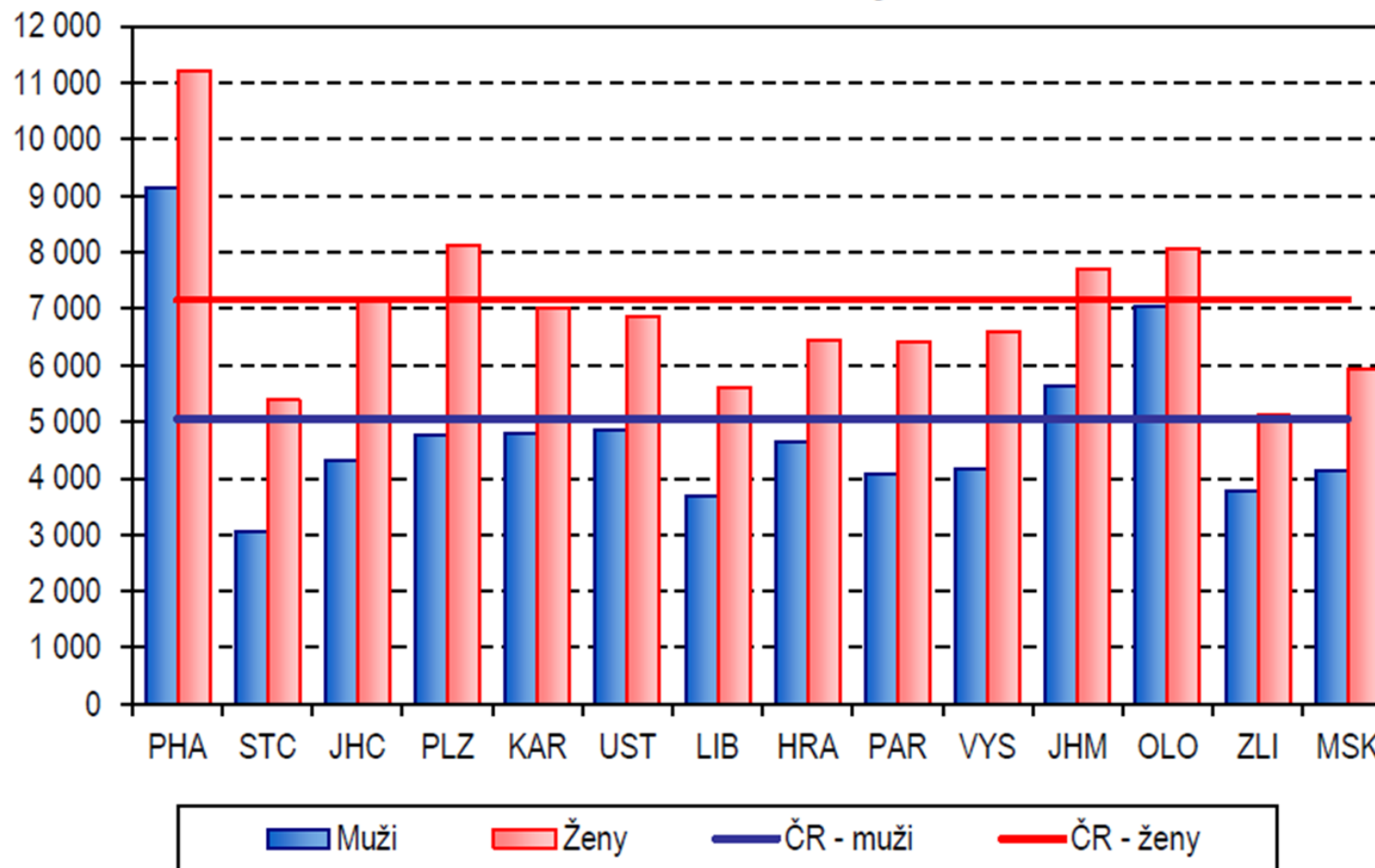


D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.5 (PSYCH) Počet léčených pacientů (ÚOP) na 100 000 obyvatel v ambulantních psychiatrických zařízeních krajů, r. 2018

Zdroj: *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, str. 27, graf 5. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>



Obr. 7.6 (PSYCH) Psychiatrie a blízké obory. Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
305 psychiatrie	17 689	100 566	118 255	15,00%
306 dětská a dorostová psychiatrie	2 648	6 375	9 023	29,30%
308 návykové nemoci	3 078	0	3 078	100,00%
309 sexuologie	0	3 701	3 701	0,00%
901 klinická psychologie	2 219	10 864	13 083	17,00%
919 adiktologie	0	477	477	0,00%

Obr. 7.7 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	23	4	4	3	7	41
úvazky 2)	13,8	3,8	3,8	3,1	5,8	30,4
UOP 3)	12 714	3 715	2 621	1 414	7 143	27 607
klinická vyšetření 3)	38 242	12 009	9 404	4 883	20 982	85 520
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	8,4	4,8	3,5	3,9	4,9	5,5
UOP 3)	7 768	4 656	2 378	1 788	6 041	5 010
klinická vyšetření 3)	23 365	15 052	8 530	6 174	17 745	15 520
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	3,01	3,23	3,59	3,45	2,94	3,10
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 770	3 133	2 447	1 575	3 632	2 817
body / 1 klinické vyšetření	683	517	667	536	557	619

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	23	23	4	4	4	4	3	3	7	6	41	40
úvazky 2)	13,8		3,8		3,8		3,1		5,8		30,4	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	12 714	112%	3 715	115%	2 621	103%	1 414	96%	7 143	155%	27 607	119%
klinická vyšetření 3)	38 242	96%	12 009	111%	9 404	100%	4 883	99%	20 982	144%	85 520	108%
body 3)	26 129 331	116%	6 204 517	121%	6 270 929	118%	2 616 649	99%	11 680 783	141%	52 902 209	121%

Obr. 7.8 (PSYCH) Dětská psychiatrie (odbornost 306) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	3	0	1	1	1	6
úvazky 2)	3,5	0,0	1,1	0,2	0,3	5,1
UOP 3)	2 627	0	569	197	66	3 459
klinická vyšetření 3)	3 849	0	818	519	69	5 255
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	2,2	0,0	1,0	0,3	0,2	0,9
UOP 3)	1 605	0	516	249	56	628
klinická vyšetření 3)	2 352	0	742	656	58	954
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,47	0,00	1,44	2,63	1,05	1,52
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 093	0	744	2 224	276	1 029
body / 1 klinické vyšetření	1 141	0	1 536	915	718	1 175

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	3	3	0	1	1	1	1	1	1	1	6	7
úvazky 2)	3,5		0,0		1,1		0,2		0,3		5,1	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	2 627	131%	0	0%	569	105%	197	123%	66	35%	3 459	100%
klinická vyšetření 3)	3 849	107%	0	0%	818	97%	519	100%	69	21%	5 255	82%
body 3)	4 391 918	97%	0	0%	1 256 777	102%	474 871	116%	49 547	20%	6 173 113	80%

Obr. 7.9 (PSYCH) Klinická psychologie (odbornost 901) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	9	3	1	2	6	21
úvazky 2)	7,1	3,1	2,3	1,3	4,6	18,4
UOP 3)	1 695	446	197	289	2 947	5 574
klinická vyšetření 3)	0	0	0	0	0	0
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	4,3	3,9	2,1	1,6	3,9	3,3
UOP 3)	1 036	559	179	365	2 492	1 012
klinická vyšetření 3)	0	0	0	0	0	0
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
klinická vyšetření / úvazek 1,00	0	0	0	0	0	0
body / 1 klinické vyšetření	0	0	0	0	0	0

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	9	8	3	4	1	1	2	1	6	4	21	18
úvazky 2)	7,1		3,1		2,3		1,3		4,6		18,4	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	1 695	104%	446	87%	197	81%	289	278%	2 947	132%	5 574	118%
klinická vyšetření 3)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
body 3)	5 835 395	114%	1 791 611	106%	946 922	83%	913 151	399%	7 840 882	151%	17 327 961	129%

Obr. 7.10 (PSYCH) Sexuologie (odbornost 309) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykazané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	2	1	0	0	0	3
úvazky 2)	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0	1,5
UOP 3)	968	269	0	0	0	1 237
klinická vyšetření 3)	1 475	344	0	0	0	1 819
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	0,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3
UOP 3)	591	337	0	0	0	224
klinická vyšetření 3)	901	431	0	0	0	330
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,52	1,28	0,00	0,00	0,00	1,47
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 229	1 147	0	0	0	1 213
body / 1 klinické vyšetření	1 375	1 095	0	0	0	1 322

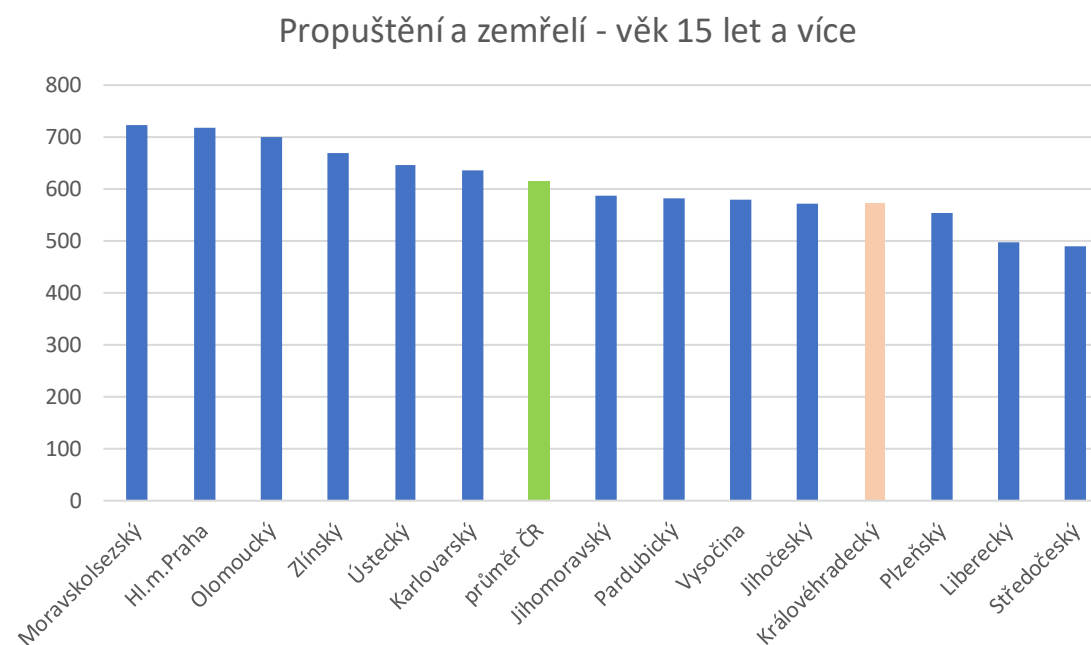
Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3
úvazky 2)	1,2		0,3		0,0		0,0		0,0		1,5	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	968	112%	269	109%	0	0%	0	0%	0	0%	1 237	111%
klinická vyšetření 3)	1 475	335%	344	134%	0	0%	0	0%	0	0%	1 819	261%
body 3)	2 028 045	103%	376 708	119%	0	0%	0	0%	0	0%	2 404 753	106%

Obr. 7.11 (PSYCH) Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních ve věku 15 let a starších podle kraje bydliště, r. 2018 (hospitalizovaní jsou uváděni v počtech na 100 000 příslušné populace)

Zdroj: *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, str. 76, tab. 4.16. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>

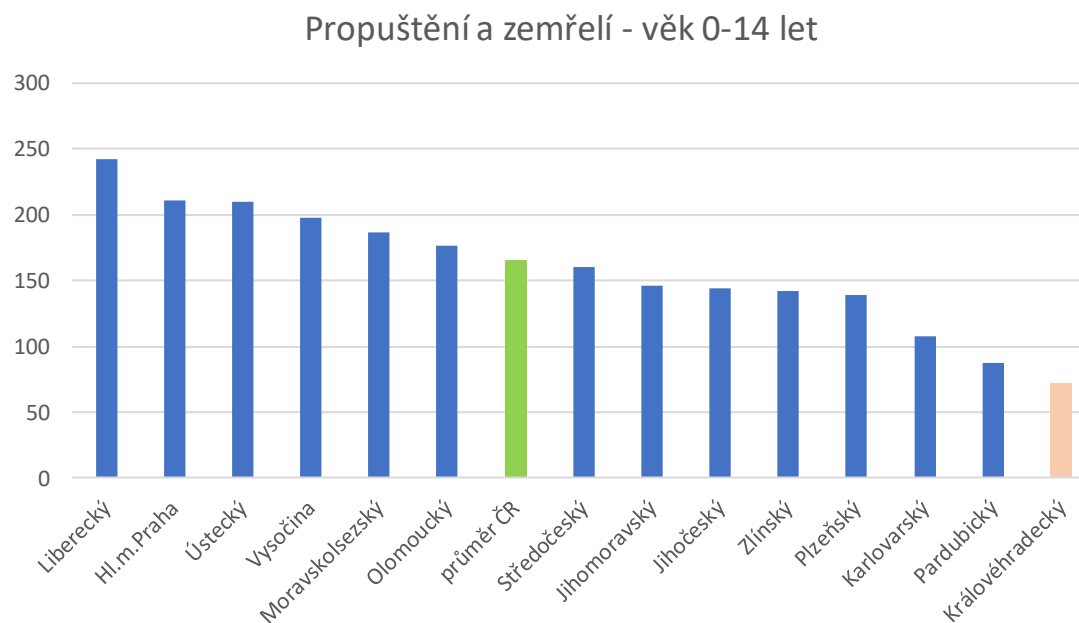
Území, kraj bydliště	Propuštění a zemřelí - věk 15 let a více
Moravskoslezský	723,3
Hl.m.Praha	718,1
Olomoucký	698,7
Zlínský	668,6
Ústecký	646,4
Karlovarský	634,6
průměr ČR	615,7
Jihomoravský	588
Pardubický	580,7
Vysočina	578,3
Jihočeský	571,4
Královéhradecký	570,9
Plzeňský	553,2
Liberecký	497,3
Středočeský	490,7



Obr. 7.12 (PSYCH) Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních ve věku 0-14 let podle kraje bydliště, r. 2018 (hospitalizovaní jsou uváděni v počtech na 100 000 příslušné populace)

Zdroj: *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, str. 86, tab. 4.21. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=767>

Území, kraj bydliště	Propuštění a zemřelí - věk 0-14 let
Liberecký	242,3
Hl.m.Praha	210,9
Ústecký	209,8
Vysočina	198
Moravskoslezský	186,1
Olomoucký	176,5
průměr ČR	165,3
Středočeský	160,4
Jihomoravský	145,7
Jihočeský	144
Zlínský	141,7
Plzeňský	139,5
Karlovarský	108,1
Pardubický	87
Královéhradecký	72,7



Obr. 7.13 (PSYCH) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách psychiatrie v KHK, r. 2018 Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky psychiatrie v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obložnost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	60			82%	873	17924	21,5	1,13
Jičín	21		6	80%	162	4376	28,0	1,05
Náchod	30		10	88%	349	6427	19,4	0,95
KHK	111	0	16	83%	1384	28727	21,7	1,08

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	744	800	842	835	834	855	873	117%
Jičín	163	158	150	159	156	174	162	99%
Náchod	308	343	296	348	337	319	349	113%
Celkem	1215	1301	1288	1342	1327	1348	1384	114%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	22,4	22,4	22,9	22,7	22,7	22,3	21,5	96%
Jičín	28,7	30,8	32,5	31,9	32,9	29,3	28,0	98%
Náchod	21,4	20,8	23,4	22,0	19,7	21,8	19,4	91%
Celkem	23,0	23,0	24,1	23,6	23,2	23,1	21,7	95%

Obr. 7.14 (PSYCH) Charakteristika akutních psychiatrických oddělení v KHK

Zdroj: vlastní, údaje získané z projednávání oboru psychiatrie

Zdr.zařízení	Lůžek celkem	Charakteristika
FN HK	63	otevřené oddělení 22 lůžek , pro vysoce neklidné pacienty 15 (16) lůžek 24hod. příjem, 50% hospitalizovaných pacientů je mimo okres HK
ON Jičín	15/21 nedostatek personálu	plánované hospitalizace, otevřený režim, lékař dostupný jen v prac. době, nevyhovující technický stav oddělení
ON Náchod	20/30 nedostatek personálu	24 hod.příjem, nepřijímají neklidné pacienty technický stav - po rekonstrukci

Obr. 7.15 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Zastoupení MDC skupin	HK	JC	NA	KHK
00 - Pre MDC	<1%			<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	4%	<1%	<1%	3%
02 - Onemocnění a poruchy očí				
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	<1%			<1%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	<1%			<1%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	<1%		<1%	<1%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	<1%			<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	<1%			<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	<1%	<1%		<1%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	<1%			<1%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%			<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest			<1%	<1%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému				
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému				
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí	<1%		<1%	<1%
15 - Novorozenci				
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity				
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary				
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa				
19 - Duševní onemocnění a poruchy	80%	98%	82%	82%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy	12%	1%	16%	12%
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	2%		<1%	1%
22 - Popáleniny				
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami				
24 - Infekce HIV				
25 - Mnohočetné trauma	<1%			<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále				
99 - Chybové diagnostické skupiny				

Obr. 7.16 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

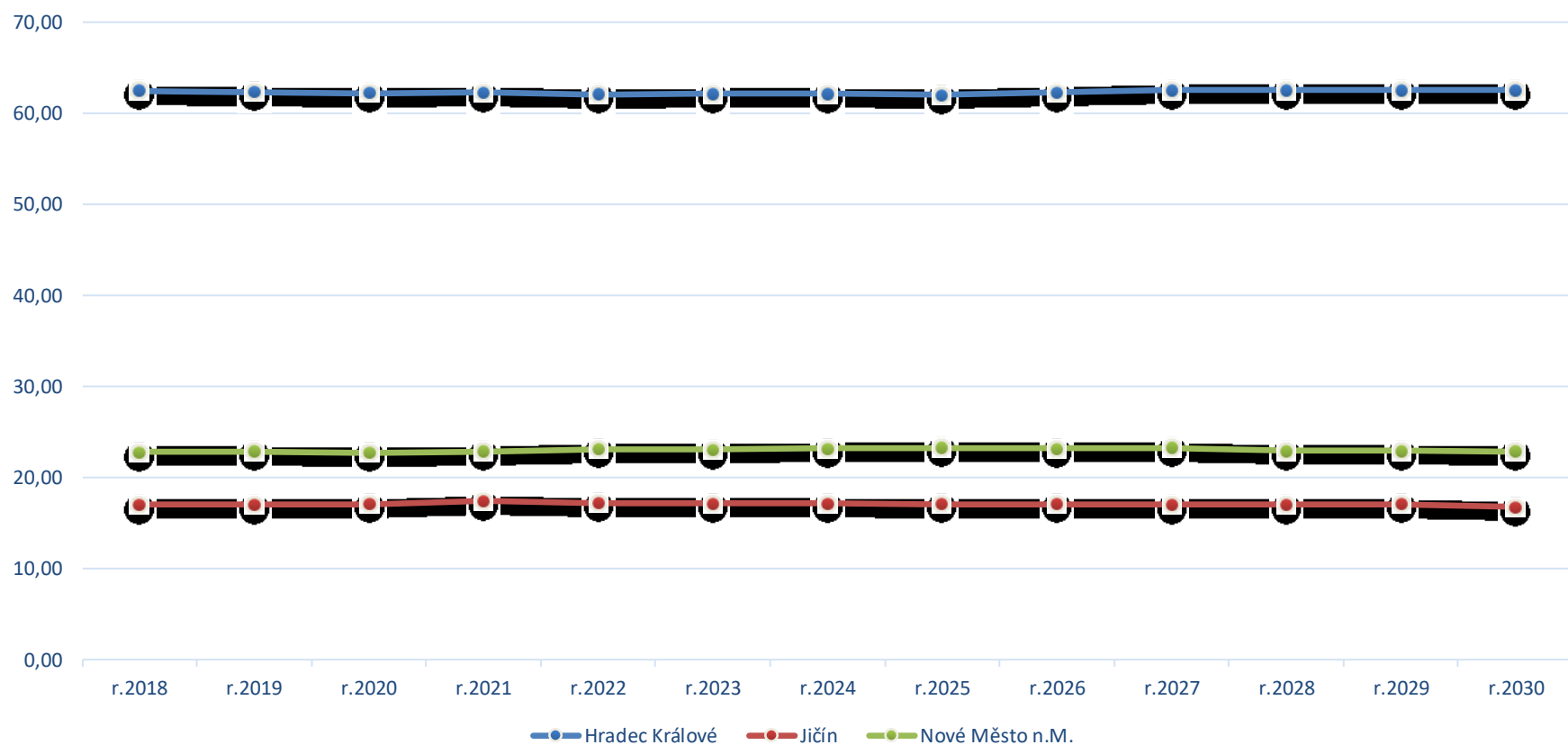
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Nejčastěji léčené DRG baze	HK	JC	NA	KHK
1934 - DEPSE	192	43	77	312
1936 - ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE	99	6	84	189
1930 - SCHIZOFRENIE	92	11	34	137
1935 - AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH	49	45	30	124
1932 - PORUCHY OSOBNOSTI	47	29	34	110
2033 - ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	62		44	106
1933 - BIPOLÁRNÍ PORUCHY	78	11	9	98
1931 - PSYCHÓZY	69	12	14	95
2034 - ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH	40	2	11	53
1940 - DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ	45			45
0131 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	30	1	2	33
1937 - VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	16		1	17
2132 - OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG)	12		3	15
1938 - PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	6			6
1901 - OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI	4		1	5
1939 - JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	1	1	1	3
0841 - JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE	2	1		3
2032 - ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU	3			3
1473 - JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU	2		1	3
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	3			3
2030 - ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUSŘTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE	1		1	2
2530 - DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU	2			2
0134 - CĚVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	1			1
0004 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ)	1			1
0730 - CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA	1			1
0335 - JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA	1			1
0837 - KONZERVATIVNÍ LĚČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	1			1
0441 - PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	1			1
1130 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ			1	1
0537 - NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA			1	1

Obr. 7.17 (PSYCH) Psychiatrie (odbornost 305) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r. 2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(3_4) - neonatologie	102,2	102,2	-0,1	99,9%



Obr. 7.18 (PSYCH) Spektrum hospitalizovaných psychiatrických pacientů s bydlištěm v KHK, r. 2018

Zdroj:

- Mgr. Jana Králíková, regionální konzultant MZ ČR pro Královéhradecký kraj, Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné
- ÚZIS ČR – dle zdrojů tabulek obr.7.11 (PSYCH) a 7.12 (PSYCH)

<i>místo hospitalizace pacientů z KHK v ČR</i>	<i>lůžka pro pacienty z KHK</i>	<i>hospitalizace občanů KHK</i>		
		<i>celkem</i>	<i>do 1/2r.</i>	<i>nad 1/2r.</i>
akutní v KHK	(disponibilní) 98	1416		
akutní mimo KHK	(odhad) 40	687		
akutní celkem		2103		
dlouhodobé v KN *)		111	63	48
dlouhodobé v HB **)		166	88	78
dlouhodobé jinde		51	49	2
dlouhodobé celkem	(hrubý odhad) 200-300	328	200	128
celkem		2431		
celkem dle ÚZIS ČR ***)		2719		

Pozn.

*) Psychiatrická nemocnice Kosmonosy,

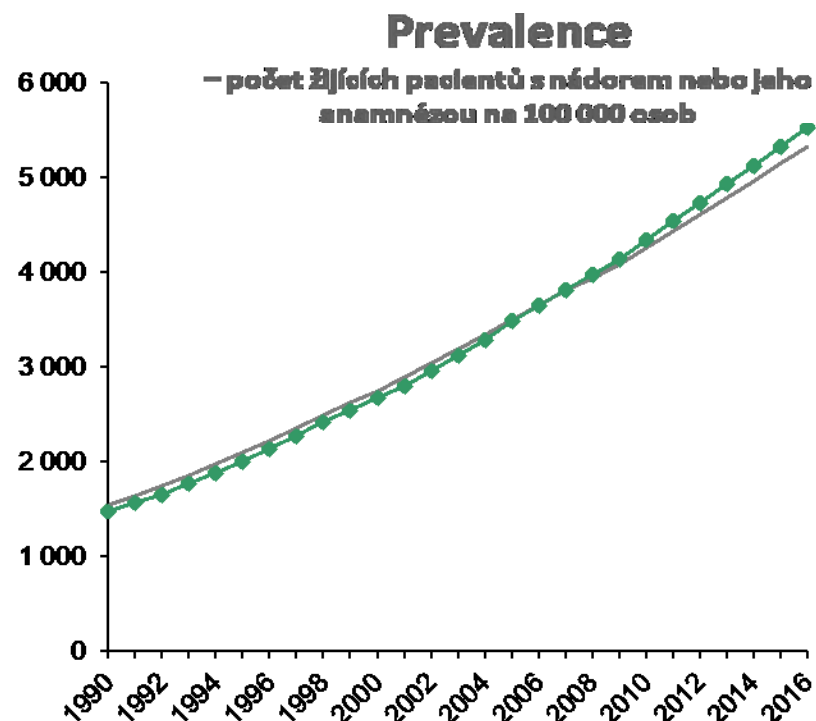
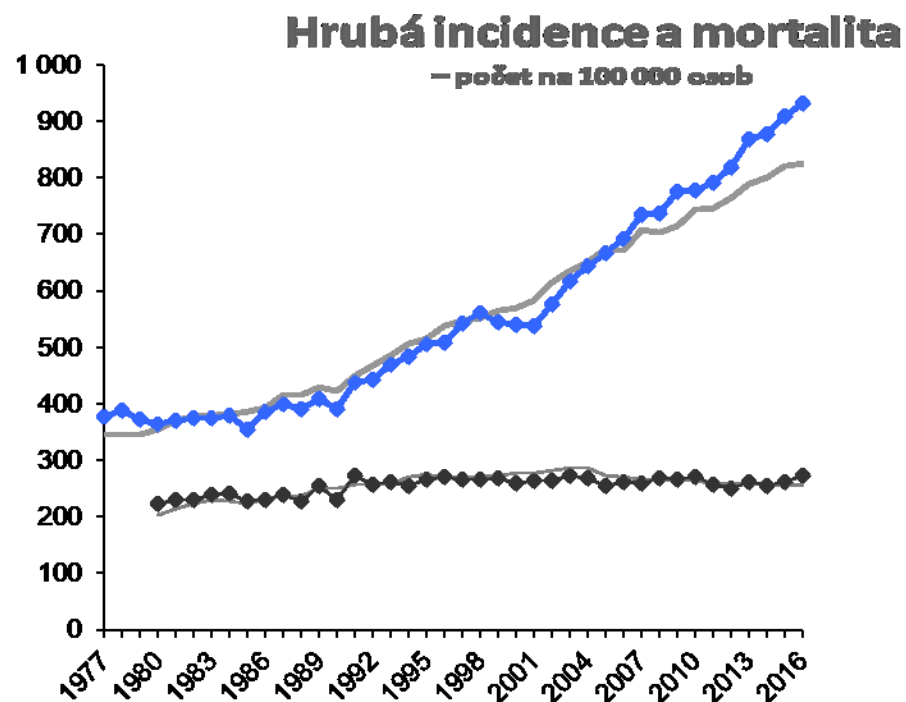
**) Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod,

***) celé věkové spektrum populace

402 - ONKOLOGIE

Obr. 7.1 (ONKO) Vývoj incidence, prevalence a mortality na onkologická onemocnění v KHK a v ČR (na 100 000 obyvatel, zhoubné nádory C00-C97)

Zdroj: Prezentace Onkologie v Královéhradeckém kraji, Jiří Petera a Milan Vošmik, Klinika onkologie a radioterapie FN a LF HK, 2019 (slide 3)



Zdroj: ¹ Národní onkologické register, ÚZIS ČR; ² Český statistický úřad

Obr. 7.2 (ONKO) Incidence nádorů C00-C97 v okresech KHK, r. 2016

Zdroj: Prezentace Onkologie v Královéhradeckém kraji, Jiří Petera a Milan Vošmik, Klinika onkologie a radioterapie FN a LF HK, 2019 (slide 7)

okres	Incidence v r. 2016	
	Počet	Počet / 100 000 obyvatel
Hradec Králové	1737	1062
Jičín	880	1105
Náchod	1214	1099
Rychnov n Kněžnou	740	937
Trutnov	1301	1098
Královéhradecký kraj	5872	1066

Obr. 7.3 (ONKO) Celokrajská statistika KOC Hradec Králové, r. 2016

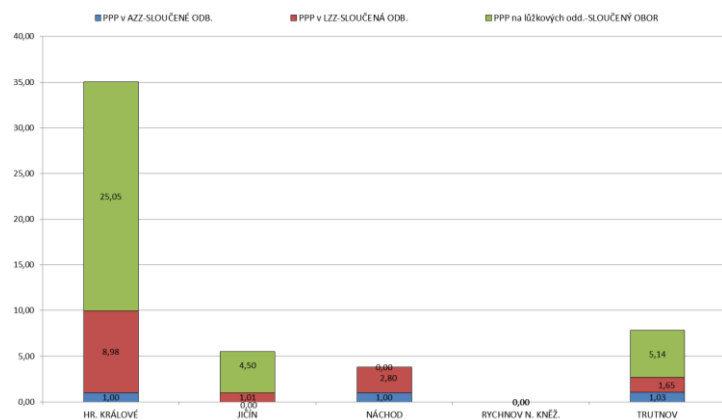
Zdroj: Prezentace Onkologie v Královéhradeckém kraji, Jiří Petera a Milan Vošmik, Klinika onkologie a radioterapie FN a LF HK, 2019 (slide 22)

Pracoviště	Ambulance	Stacionář (křesla/lůžka)	Lůžka k hospitalizaci	Lékaři atestovaní	Lékaři v přípravě
Klinika onkologie a radioterapie	8	16	62	17,3	7,6
Plicní klinika	1	5	1	1	0,9
Porodnická a gynekologická klinika	1,5	5	2	1	0
Jičín	2	9	21	2	2,2
Trutnov	2	3	28	2,3	0
Náchod	3	12	0	1,4	0
Rychnov n.Kn.	1	9	0	1	0
ANTI-NEO Hradec Králové	2	3	0	1,5	0
MARK-MEDICO Trutnov	2	3	0	1	0
CELKEM	22,5	65	114	28,5	10,7

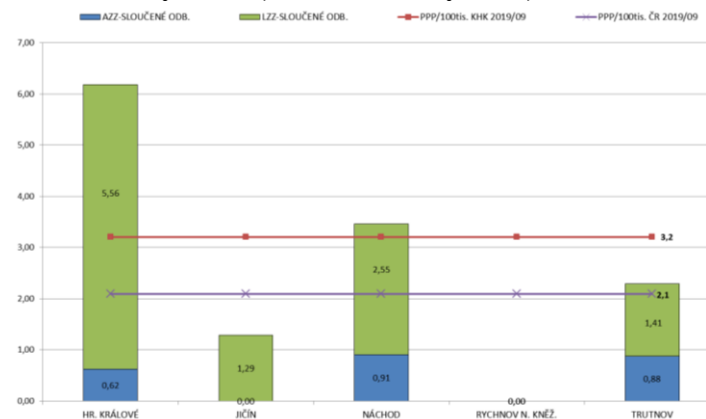
Obr. 7.4 (ONKO) Klinická a radiační onkologie (sloučené odbornosti 402 a 403) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

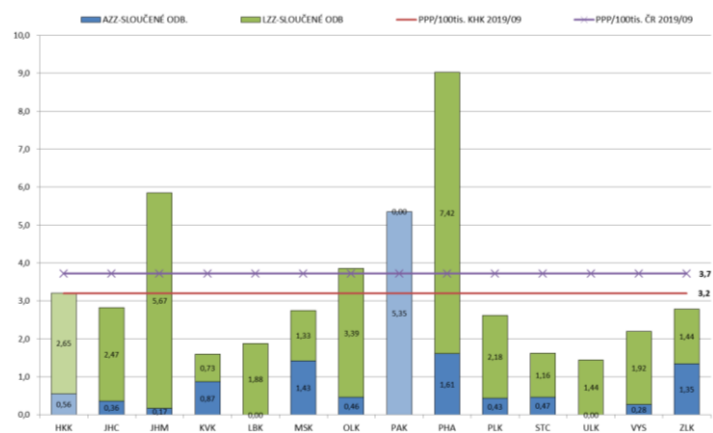
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



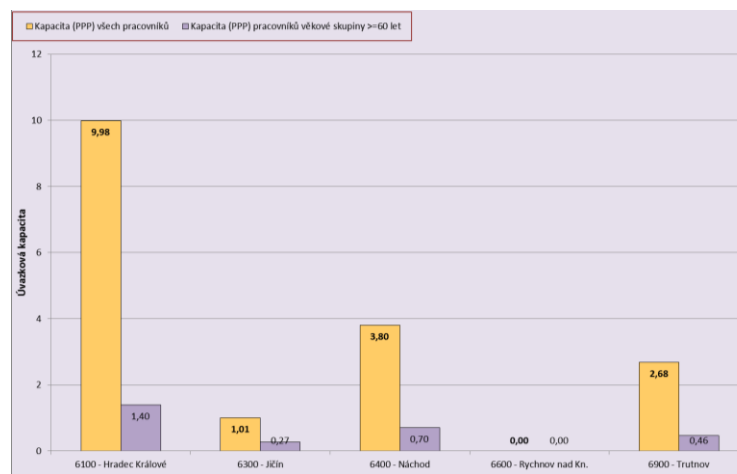
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR okresech KHK



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v



Obr. 7.5 (ONKO) Onkologie a hematologie (včetně hematoonkologie). Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
402 klinická onkologie	56 691	7 915	64 606	87,70%
403 radiační onkologie	44 781	1 470	46 251	96,80%
celkem 402+403	101 472	9 385	110 857	91,53%
202 hematologie (vč. hematoonkologie)	77 636	1 874	79 510	97,60%

Obr. 7.6 (ONKO) Onkologie (odbornost 402) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	5	2	1	1	3	12
úvazky 2)	5,4	0,8	2,6	1,0	2,5	11,2
UOP 3)	5 048	895	3 352	0	3 929	13 224
klinická vyšetření 3)	13 935	2 837	9 206	0	9 786	35 764
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	3,3	1,0	2,3	1,3	2,1	2,0
UOP 3)	3 084	1 122	3 041	0	3 323	2 400
klinická vyšetření 3)	8 514	3 556	8 351	0	8 276	6 490
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,76	3,17	2,75	0,00	2,49	2,70
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 602	3 606	3 568	0	3 914	3 187
body / 1 klinické vyšetření	777	680	653	0	351	621

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	5	5	2	2	1	1	1	1	3	2	12	11
úvazky 2)	5,4		0,8		2,6		1,0		2,5		11,2	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	5 048	96%	895	103%	3 352	137%	0	0%	3 929	250%	13 224	121%
klinická vyšetření 3)	13 935	94%	2 837	88%	9 206	133%	0	0%	9 786	326%	35 764	122%
body 3)	10 828 055	116%	1 929 853	119%	6 011 821	149%	0	0%	3 432 558	306%	22 202 287	134%

Obr. 7.7 (ONKO) Radioterapie (odbornost 403) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	3	2	1	0	1	7
úvazky 2)	16,2	2,4	1,0	0,0	2,4	22,0
UOP 3)	8 356	1 258	645	0	396	10 259
klinická vyšetření 3)	16 673	1 818	1 988	0	0	20 479
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	9,9	3,0	0,9	0,0	2,1	4,0
UOP 3)	5 105	1 577	585	0	335	1 862
klinická vyšetření 3)	10 187	2 279	1 803	0	0	3 717
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,00	1,45	3,08	0,00	0,00	2,00
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 030	758	1 988	0	0	930
body / 1 klinické vyšetření	7 230	3 741	972	0	0	6 431

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	3	3	2	2	1	1	0	0	1	2	7	8
úvazky 2)	16,2		2,4		1,0		0,0		2,4		22,0	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	8 356	102%	1 258	142%	645	106%	0	0%	396	28%	10 259	92%
klinická vyšetření 3)	16 673	112%	1 818	102%	1 988	105%	0	0%	0	0%	20 479	99%
body 3)	120 541 794	88%	6 801 774	109%	1 931 940	106%	0	0%	2 416 588	58%	131 692 096	89%

Obr. 7.8 (ONKO) Onkologie + Radioterapie (odb. 402 + 403) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	8	4	2	1	4	19
úvazky 2)	21,5	3,2	2,6	2,0	4,9	33,2
UOP 3)	13 404	2 153	3 997	0	4 325	23 483
klinická vyšetření 3)	30 608	4 655	11 194	0	9 786	56 243
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	13,2	4,0	2,3	2,5	4,2	6,0
UOP 3)	8 190	2 699	3 626	0	3 658	4 262
klinická vyšetření 3)	18 701	5 835	10 154	0	8 276	10 207
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,28	2,16	2,80	0,00	2,26	2,40
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 421	1 461	4 339	0	1 984	1 692
body / 1 klinické vyšetření	4 292	1 876	710	0	598	2 736

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	8	8	4	4	2	2	1	1	4	4	19	19
úvazky 2)	21,5		3,2		2,6		2,0		4,9		33,2	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	13 404	99%	2 153	123%	3 997	131%	0	0%	4 325	145%	23 483	107%
klinická vyšetření 3)	30 608	103%	4 655	93%	11 194	127%	0	0%	9 786	193%	56 243	113%
body 3)	131 369 849	90%	8 731 627	111%	7 943 761	136%	0	0%	5 849 146	110%	153 894 383	93%

Obr. 7.9 (ONKO) Hematologie (odbornost 202) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: *Úvazky* - počet přepočtených nositelů péče, *UOP* – unikátní ošetřený pojištěnec, *body*- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	7	1	1	1	1	11
úvazky 2)	5,4	1,0	1,4	1,0	0,5	9,2
UOP 3)	7 220	949	20 368	0	1 388	29 925
klinická vyšetření 3)	18 260	1 898	6 227	0	2 294	28 679
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	3,3	1,2	1,3	1,3	0,4	1,7
UOP 3)	4 411	1 189	18 476	0	1 174	5 431
klinická vyšetření 3)	11 157	2 379	5 649	0	1 940	5 205
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,53	2,00	0,31	0,00	1,65	0,96
klinická vyšetření / úvazek 1,00	3 411	1 963	4 448	0	5 060	3 126
body / 1 klinické vyšetření	1 025	449	1 250	0	426	988

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	7	7	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11
úvazky 2)	5,4		1,0				1,0			0,5		9,2
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	7 220	115%	949	127%	20 368	68%	0	0%	1 388	113%	29 925	77%
klinická vyšetření 3)	18 260	124%	1 898	113%	6 227	131%	0	0%	2 294	131%	28 679	121%
body 3)	18 710 039	130%	853 058	122%	7 785 914	76%	0	0%	977 031	131%	28 326 042	108%

Obr. 7.10 (ONKO) Počet lůžek a hospitalizací na akutních lůžkách onkologie a radioterapie v KHK, r.2018 Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018. Doplněno i o hematoonkologická lůžka ve FNHK.

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky onkologie v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť radioterapie a onkologie

Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet ošetrovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	86			56%	1588	17450	12,0	0,96
Jičín	20			57%	476	4157	9,7	1,00
Trutnov	28			52%	649	5355	9,2	0,76
KHK	134	0	0	55%	2713	26962	10,9	0,92
Hradec Králové - hematoonkologie	51	13		87%	1796	16178	10,0	2,19

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	1770	1920	2119	2438	2324	1638	1588	90%
Jičín	389	378	409	440	444	404	476	122%
Trutnov	706	686	717	725	743	663	649	92%
Celkem	2865	2984	3245	3603	3511	2705	2713	95%
Hradec Králové - hematoonkologie	1408	1587	1039	1078	1101	1891	1796	128%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	13,4	11,0	11,7	10,5	11,5	12,4	12,0	89%
Jičín	13,6	14,0	12,1	12,4	11,7	10,3	9,7	71%
Trutnov	11,7	10,6	10,9	10,1	9,5	9,9	9,2	79%
Celkem	13,0	11,3	11,6	10,7	11,1	11,5	10,9	84%
Hradec Králové - hematoonkologie	11,1	11,0	12,8	11,9	12,3	10,1	10,0	90%

Obr. 7.11 (ONKO) Onkologie a radioterapie (odb. 402 a 403) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Zastoupení MDC skupin	HK	JC	TU	KHK
00 - Pre MDC				
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	2%		2%	2%
02 - Onemocnění a poruchy očí			<1%	<1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	2%		1%	2%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	3%	6%	8%	5%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	<1%	<1%		<1%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	9%	5%	5%	7%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	6%	3%	7%	6%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	1%		<1%	<1%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	6%	1%	3%	4%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%		<1%	<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	3%	1%	2%	2%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	1%	1%	2%	1%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	2%	2%	1%	2%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí				
15 - Novorozenci				
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	<1%	<1%	1%	<1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	61%	79%	60%	64%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%		<1%	<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy				
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy				
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků				
22 - Popáleniny				
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%		6%	2%
24 - Infekce HIV				
25 - Mnohočetné trauma				
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	1%		<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny				

Obr. 7.12 (ONKO) Onkologie a radioterapie (odb. 402 a 403) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým výkonem u případů se základní diagnózou onkologického onemocnění

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky onkologie v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

DRG base s chirurgickým výkonem u pacientů se zákl.dg. Cxxx	HK	DK	JC	NA	RK	TU	VR	PPChC	KHK
1107 - URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY	142	156		62	39				399
0902 - VÝKONY NA PRSECH	161	1	39	118		9	2	60	390
0601 - VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	160	12	34	53	19	28	6		312
1201 - VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE	210			43					253
0901 - KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT	108		5	1				92	206
1103 - VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH	96	19		33					148
0903 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇE A PRSU	84	7	10	4	1	1		12	119
1301 - EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE	89		17						106
0401 - VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY	104								104
0701 - VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY	80		1	2					83
1704 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM	52	1	3	7			1		64
1005 - VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY	63								63
0101 - KRANIOTOMIE	52								52
1204 - VÝKONY NA VARLATECH	24	12	1	4	4				45
0302 - JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU	37		5						42
1303 - VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A AD	21		8	4		1			34
0014 - AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ	34								34
0309 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA	26		6						32
1102 - VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI	24			7					31
0705 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU	26			3	1				30
1701 - LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM	25		1	2		1			29
1203 - TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE	9	13		3	3				28
1703 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM	23		1	2		1			27
0106 - JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	26								26
0602 - VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU	13		3	7		1			24
0003 - ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ	22								22
0610 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU	17		1	2	1				21
1105 - MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI	9	7		2					18
1702 - LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM	17								17
1310 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	13			1					14

Obr. 7.14 (ONKO) Hematologie vč. hematoonkologie (odb. 202) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Zastoupení MDC skupin	HK	KHK
00 - Pre MDC	6%	6%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	<1%	<1%
02 - Onemocnění a poruchy očí		
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	<1%	<1%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	5%	5%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	2%	2%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	2%	2%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	<1%	<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	<1%	<1%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	<1%	<1%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	2%	2%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	1%	1%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	<1%	<1%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému		
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí	<1%	<1%
15 - Novorozenci		
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	9%	9%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	66%	66%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	2%	2%
19 - Duševní onemocnění a poruchy		
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy		
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%	<1%
22 - Popáleniny		
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	1%	1%
24 - Infekce HIV		
25 - Mnohočetné trauma	<1%	<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny		

Obr. 7.15 (ONKO) Hematologie vč. hematoonkologie (odb. 202) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí v zařízeních KHK v roce 2018

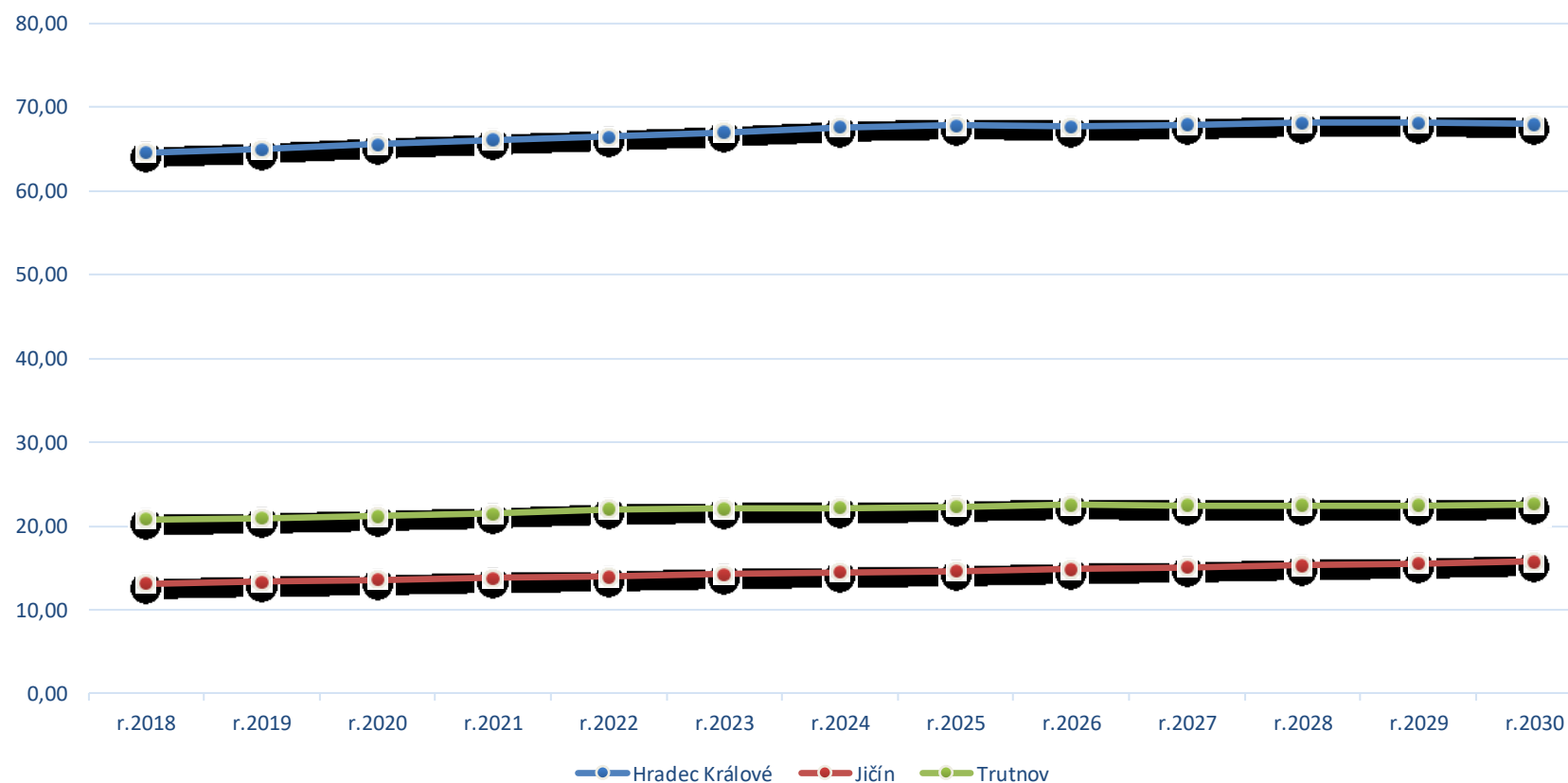
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018

Nejčastěji léčené DRG baze	HK	KHK
1731 - LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE	537	537
1733 - CHEMOTERAPIE	482	482
1735 - CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII	80	80
1633 - PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI	60	60
1634 - JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ	46	46
0436 - PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL	39	39
0014 - AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ	38	38
0015 - SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ	35	35
1631 - PORUCHY SRÁŽLIVOSTI	31	31
1704 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM	30	30
0003 - ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ	29	29
1630 - AGRANULOCYTÓZA	26	26
1730 - AKUTNÍ LEUKÉMIE	23	23
1830 - SEPTIKÉMIE	22	22
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	22	22
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	19	19
0435 - INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	16	16
1033 - JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY	15	15
1031 - HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ	15	15
1734 - JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ	15	15
0333 - EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS	14	14
1132 - INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	14	14
1701 - LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM	11	11
0441 - PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	10	10
1732 - RADIOTERAPIE	10	10
0535 - SRDEČNÍ SELHÁNÍ	8	8
0734 - JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST	8	8
0536 - HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA	7	7
0538 - PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY	7	7
1833 - VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ	6	6

Obr. 7.16 (ONKO) Onkologie a radioterapie (odb. 402 a 403) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r. 2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

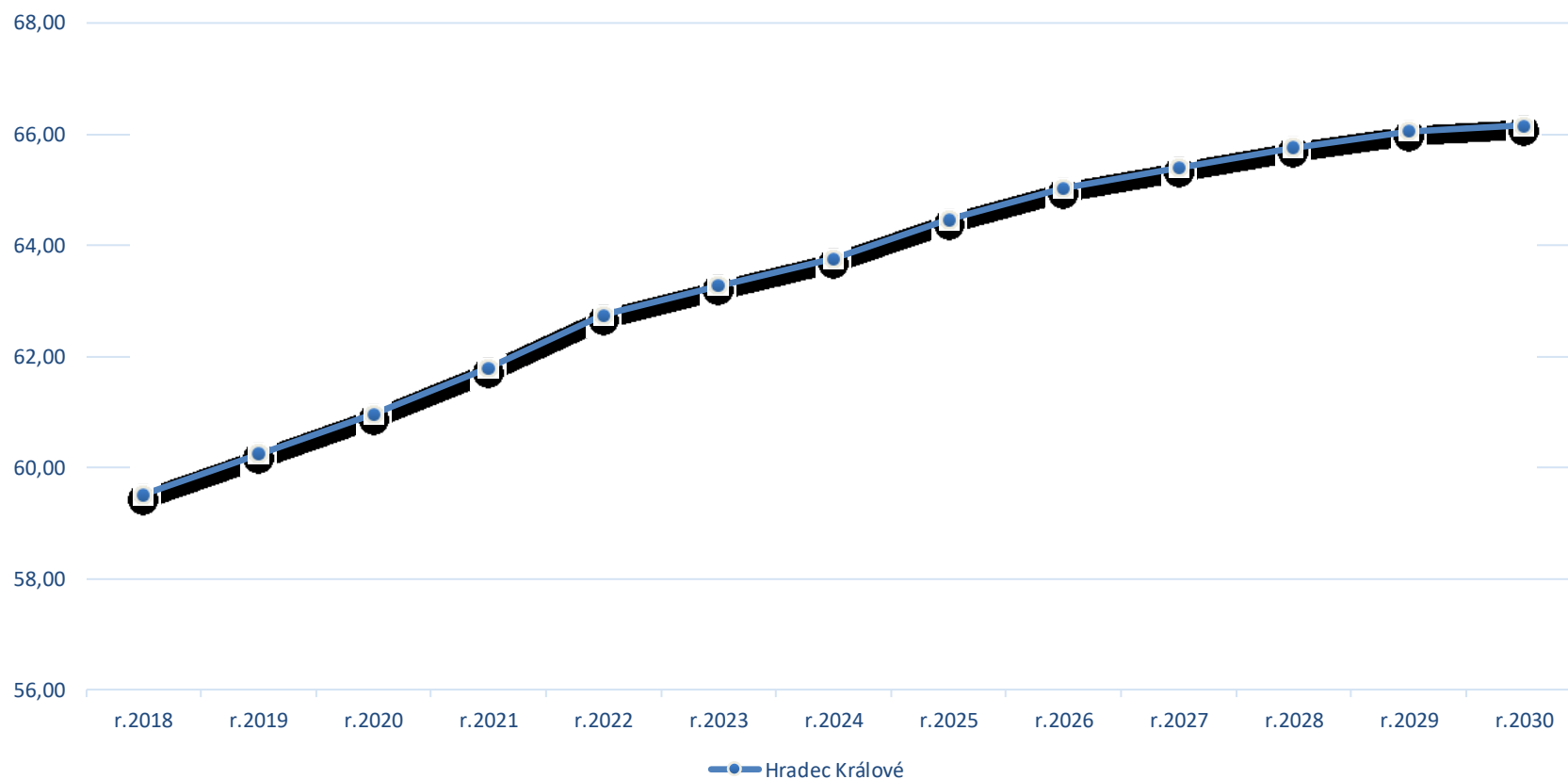
	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(4_2+4_3) - onkologie, radioterapie	98,5	106,4	7,9	108,0%



Obr. 7.17 (ONKO) Hematologie vč. hematoonkologie (odb. 202) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(2_2) - hematoonkologie	59,5	66,2	6,6	111,2%



501 - CHIRURGIE

Obr. 7.1 (CHIR) Spektrum pacientů na klinikách FN HK (bez pacientů z jiných krajů ČR) s vazbou oboru na chirurgii, r. 2018

Zdroj: Výroční zprávy 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/vyrocnizpravy>. Upraveno podle kapitoly 6, obr. 6.27.

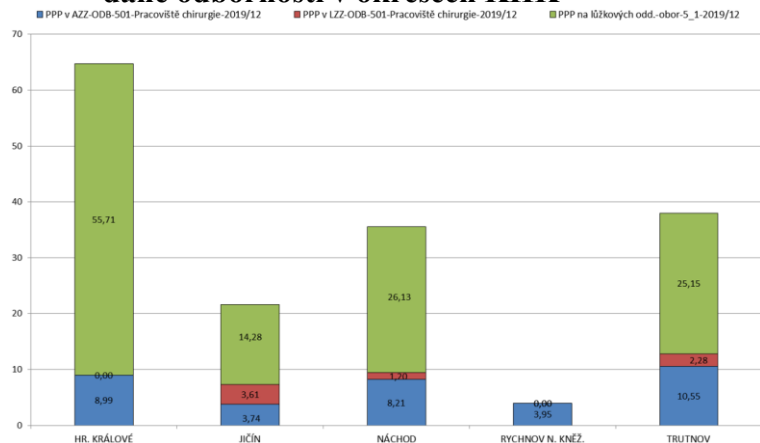
Klinika/oddělení	Počet hospitalizovaných pacientů			
	celkem z KHK	abs. z okresu HK	abs. mimo okres HK	% mimo okres HK
Oční klinika	700	240	460	65,7%
Kardiologická klinika	829	315	515	62,1%
Neurochirurgická klinika	1 579	651	927	58,7%
Klinika otorinolaryngologie a chir. hlavy a krku	1 649	795	854	51,8%
Odd. dětské chirurgie a traumatologie	956	495	461	48,2%
KARIM	368	192	176	47,9%
Urologická klinika	1 487	903	584	39,2%
Chirurgická klinika	2 964	1 939	1 025	34,6%
Porodnická a gynekologická klinika	3 345	2 319	1 027	30,7%
Ortopedická klinika	1 799	1 253	546	30,3%
FN HK celkem	15 678	9 103	6 575	41,9%

Obr. 7.2 (CHIR) Chirurgie (odbornost 501) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

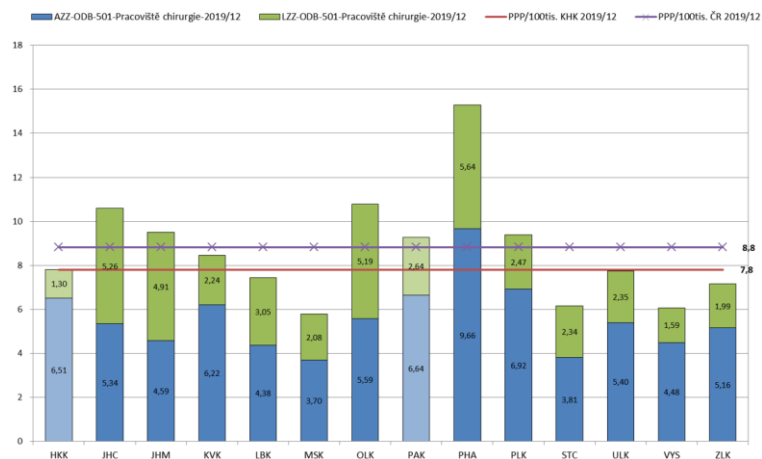
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

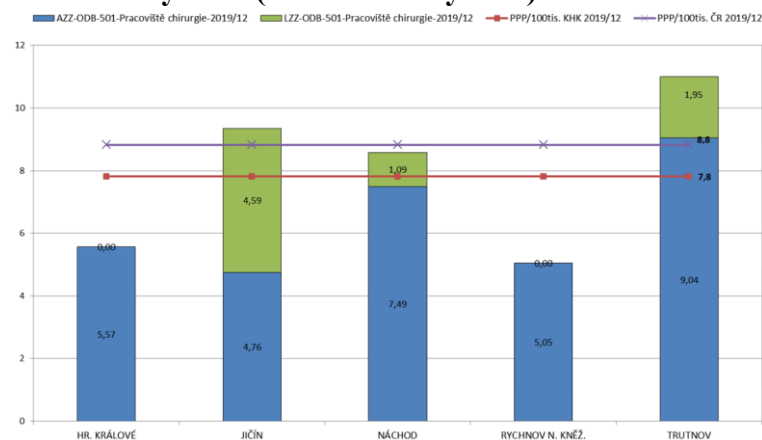
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.3 (CHIR) Chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulantních nemocnic KHK
501 chirurgie	129 844	138 147	267 991	48,50%
502 dětská chirurgie	18 200	252	18 452	98,60%
503 úrazová chirurgie (traumatologie)	32 065	0	32 065	100,00%
504 cévní chirurgie	3 792	14 050	17 842	21,30%
505 kardiochirurgie	2 938	0	2 938	100,00%
506 neurochirurgie	9 036	0	9 036	100,00%
507 hrudní chirurgie	796	0	796	100,00%
5J1 jednodenní péče na lůžku chirurgie	0	101	101	0,00%
601 plastická chirurgie	25 358	2 184	27 542	92,10%

Obr. 7.4 (CHIR) Chirurgie a úrazová ch. (odb. 501 + 503) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkony

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	15	7	11	10	21	64
úvazky 2)	18,0	8,3	15,0	3,4	14,1	58,7
UOP 3)	36 870	26 082	41 949	7 745	40 678	153 324
klinická vyšetření 3)	64 102	61 442	93 823	15 332	123 235	357 934
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	11,0	10,4	13,6	4,2	11,9	10,7
UOP 3)	22 527	32 692	38 052	9 793	34 403	27 825
klinická vyšetření 3)	39 165	77 012	85 108	19 386	104 224	64 958
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,74	2,36	2,24	1,98	3,03	2,33
klinická vyšetření / úvazek 1,00	3 552	7 427	6 263	4 563	8 762	6 095
body / 1 klinické vyšetření	391	379	418	446	330	377

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	15	16	7	7	11	11	10	11	21	20	64	65
úvazky 2)	18,0		8,3		15,0		3,4		14,1		58,7	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	36 870	109%	26 082	101%	41 949	116%	7 745	63%	40 678	105%	153 324	105%
klinická vyšetření 3)	64 102	117%	61 442	109%	93 823	112%	15 332	69%	123 235	104%	357 934	107%
body 3)	25 068 820	123%	23 305 703	111%	39 211 123	126%	6 843 883	81%	40 674 987	117%	135 104 516	117%

Obr. 7.5 (CHIR) Dětská chirurgie (odbornost 502) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	2				1	3
úvazky 2)	0,1				0,1	0,3
UOP 3)	8 073				531	8 604
klinická vyšetření 3)	16 875				1 617	18 492
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	0,1				0,1	0,0
UOP 3)	4 932				449	1 561
klinická vyšetření 3)	10 310				1 368	3 356
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,09				3,05	2,15
klinická vyšetření / úvazek 1,00	126 563				12 128	69 345
body / 1 klinické vyšetření	358				166	341

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	2	2							1	1	3	3
úvazky 2)	0,1								0,1		0,3	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	8 073	119%							531	82%	8 604	116%
klinická vyšetření 3)	16 875	115%							1 617	86%	18 492	111%
body 3)	6 038 601	138%							267 960	87%	6 306 561	134%

Obr. 7.6 (CHIR) Cévní chirurgie (odbornost 504) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	5		1	2	1	9
úvazky 2)	3,4		0,3	1,0	0,1	4,8
UOP 3)	4 542		881	1 598	457	7 478
klinická vyšetření 3)	6 858		874	5 241	831	13 804
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	2,1		0,3	1,3	0,1	0,9
UOP 3)	2 775		799	2 021	387	1 357
klinická vyšetření 3)	4 190		793	6 627	703	2 505
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,51		0,99	3,28	1,82	1,85
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 005		2 980	5 241	6 233	2 848
body / 1 klinické vyšetření	559		374	580	391	545

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	5	6			1	2	2	2	1	1	9	11
úvazky 2)	3,4				0,3		1,0		0,1		4,8	

VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	4 542	108%			881	89%	1 598	101%	457	88%	7 478	102%
klinická vyšetření 3)	6 858	108%			874	77%	5 241	111%	831	83%	13 804	105%
body 3)	3 832 894	121%			327 098	86%	3 040 119	124%	325 062	106%	7 525 173	119%

Obr. 7.7 (CHIR) Plastická chirurgie (odbornost 601) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	3					3
úvazky 2)	1,8	0,3				2,1
UOP 3)	10 233					10 233
klinická vyšetření 3)	29 380					29 380
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	1,1	0,3				0,4
UOP 3)	6 252					1 857
klinická vyšetření 3)	17 951					5 332
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,87					2,87
klinická vyšetření / úvazek 1,00	16 043					14 004
body / 1 klinické vyšetření	570					570

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	3	3	0								3	3
úvazky 2)	1,8		0,3								2,1	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	10 233	118%									10 233	118%
klinická vyšetření 3)	29 380	127%									29 380	127%
body 3)	16 745 164	123%									16 745 164	123%

Obr. 7.8 (CHIR) Kardiochirurgie, neurochirurgie hrudní chirurgie (odbornosti 505,506,507) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	4					4
úvazky 2)	3,6					3,6
UOP 3)	8 789					8 789
klinická vyšetření 3)	7 050					7 050
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	2,2					0,7
UOP 3)	5 370					1 595
klinická vyšetření 3)	4 307					1 279
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	0,80					0,80
klinická vyšetření / úvazek 1,00	1 955					1 955
body / 1 klinické vyšetření	1 015					1 015

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	4	4									4	4
úvazky 2)	3,6										3,6	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	8 789	112%									8 789	112%
klinická vyšetření 3)	7 050	109%									7 050	109%
body 3)	7 153 704	85%									7 153 704	85%

Obr. 7.9 (CHIR) Všechny chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) – Hospitalizační péče, spektrum oddělení a základní parametry v zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	Obor	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obložnost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů celkem	počet případů s oper. výkonem	% případů s oper. výkonem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
FN Hradec Králové	Chirurgie	75	16		67%	2 059	1 757	85%	16 144	8,9	2,29
	Dětská chirurgie	27	3		39%	1 273	803	63%	3 819	4,1	0,66
	Úrazová chirurgie	30			93%	951	774	81%	10 216	11,6	2,35
	Cévní chirurgie					343	308	90%	2 264	9,8	3,06
	Kardiochirurgie	53	16		67%	1 333	999	75%	13 057	10,9	6,57
	Neurochirurgie	77	11		63%	1 862	1 360	73%	17 647	10,7	3,19
	Plastická chirurgie	27			16%	322	308	95%	1 560	6,3	0,93
CELKEM FNHK		289	46	0	61%	8 143	6 309	77%	64 707	9,1	2,93
Dvůr Králové n.L.	Chirurgie	52	3		66%	2 010	958	48%	12 560	7,2	0,74
Trutnov		50	5		63%	1 805	866	48%	11 466	7,3	0,96
Vrchlabí		27			73%	1 625	1 077	66%	7 150	4,4	0,97
Jičín		53			54%	2 510	1 545	62%	10 489	5,4	0,98
Náchod		59	4		60%	2 531	1 547	61%	13 005	6,1	1,11
Rychnov n.Kn.		54	4		53%	2 170	1 107	51%	10 354	5,9	0,89
CELKEM BEZ FNHK		295	16		60%	12 651	7 100	56%	65 024	6,0	0,95
PPChC Hradec Králové	Plastická chirurgie	15			65%	1 021	907	96%	3 574	3,5	0,77
CELKEM		599	62	0	61%	21 815	14 316	66%	133 305	7,1	1,68

Obr. 7.10 (CHIR) Chirurgie (odbornost 501) – Hospitalizační péče a její časový vývoj v zařízeních KHK

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	
FN Hradec Králové	2133	2052	2118	2096	2091	2034	2059	97%
Dvůr Králové n.L.	2242	2367	2151	2160	2008	2077	2010	90%
Vrchlabí	892	1140	1126	1043	1022	1479	1625	182%
Jičín	2302	2233	2366	2468	2530	2540	2510	109%
Náchod	1919	1979	2288	2490	2586	2492	2531	132%
Rychnov n.Kn.	2477	2482	2429	2274	2242	2225	2170	88%
Trutnov	2011	1905	2022	2082	2015	1842	1805	90%
Celkový součet	13976	14158	14500	14613	14494	14689	14710	105%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	
FN Hradec Králové	9,0	9,2	9,0	9,3	9,1	8,9	8,9	99%
Dvůr Králové n.L.	8,2	7,2	7,2	7,3	7,1	7,2	7,2	88%
Vrchlabí	5,7	5,2	5,4	5,3	5,7	5,0	4,4	77%
Jičín	6,1	6,1	6,2	6,2	6,6	5,9	5,4	88%
Náchod	7,2	7,3	7,2	6,6	6,5	6,4	6,1	85%
Rychnov n.Kn.	7,0	6,8	6,4	6,5	6,2	6,2	5,9	84%
Trutnov	8,1	8,0	8,0	7,9	7,5	7,6	7,3	90%
Celkový součet	7,4	7,2	7,2	7,1	7,0	6,8	6,4	87%

Obr. 7.12 (CHIR) Základní hospitalizační statistika všeobecné chirurgie v okresech KHK, r. 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Pozn.: data převzata z obr. 7.9, odbornost 501 chirurgie, pouze za FN HK navíc připojena i odbornost 503 úrazová chirurgie

Okres	kapacita standardních lůžek	kapacita JIP	počet hosp. případů celkem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp. případu	počet případů s oper. výkonem	% případů s oper. výkonem	průměrný case-mix	prům. obloženost z disponibilních lůžek
Hradec Králové	89	16	3 010	26 360	9,7	2 531	81%	2,31	69%
Jičín	53	0	2 510	10 489	5,4	1 545	62%	0,98	54%
Náchod	55	4	2 531	13 005	6,1	1 547	61%	1,11	60%
Rychnov n.Kn.	50	4	2 170	10 354	5,9	1 107	51%	0,89	53%
Trutnov	121	8	5 440	31 176	6,4	2 901	53%	0,88	66%
CELKEM	368	32	15 661	91 384	6,4	9 631	62%	1,14	63%

Přepočteno na 100.000 obyvatel									
Okres	kapacita standardních lůžek	kapacita JIP	počet hosp. případů celkem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp. případu	počet případů s oper. výkonem	% případů s oper. výkonem	průměrný case-mix	prům. obloženost z disponibilních lůžek
Hradec Králové	54	10	1 839	16 105	9,7	2 531	81%	2,31	69%
Jičín	66	0	3 146	13 147	5,4	1 545	62%	0,98	54%
Náchod	50	4	2 296	11 797	6,1	1 547	61%	1,11	60%
Rychnov n.Kn.	63	5	2 744	13 092	5,9	1 107	51%	0,89	53%
Trutnov	102	7	4 601	26 367	6,4	2 901	53%	0,88	66%
CELKEM	67	6	2 842	16 584	6,4	9 631	62%	1,14	63%

nemocnice / okres	hospitalizace celkem	hospitalizace s chir. výkonem	průměrný CMI
Dvůr Králové n. L.	2 020	958	0,74
Vrchlabí	1 625	1 077	0,97
Trutnov	1 805	866	0,96
Okres Trutnov	5 440	2901	0,88
Jičín	2 510	1 545	0,98
Náchod	2 531	1 547	1,11
Rychnov n. Kn.	2 170	1 107	0,89

Obr. 7.13 (CHIR) Chirurgie (odbornost 5_1) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Zastoupení MDC skupin	DK	HK	JC	NA	RK	TU	VR	KHK
00 - Pre MDC		2%	<1%		<1%	<1%	<1%	<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	5%	<1%	8%	8%	11%	9%	8%	7%
02 - Onemocnění a poruchy očí	<1%		<1%		<1%	<1%	<1%	<1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	<1%	<1%		<1%	<1%	3%	<1%	<1%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	1%		1%	1%	2%	2%	1%	1%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	5%	3%	11%	14%	11%	5%	7%	8%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	30%	56%	25%	38%	28%	25%	18%	32%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	10%	17%	11%	17%	11%	13%	8%	13%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	37%	<1%	30%	7%	14%	26%	48%	22%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	8%	12%	7%	11%	7%	8%	4%	8%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%	3%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	<1%	<1%	2%	<1%	10%	1%	2%	3%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	<1%	<1%	<1%	<1%	3%		<1%	<1%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%		<1%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí				<1%				<1%
15 - Novorozenci								
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	<1%	<1%	<1%	<1%		<1%	<1%	<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	2%	<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy					<1%			<1%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy	<1%			<1%	<1%		<1%	<1%
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
22 - Popáleniny	<1%		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%		<1%
24 - Infekce HIV	<1%							<1%
25 - Mnohočetné trauma	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	2%	<1%	<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	1%	<1%	<1%		<1%	<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny	<1%		<1%					<1%

Obr. 7.14 (CHIR) Příbuzné obory chirurgie (odbornost 5_2 – 5_7, 6_1) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Zastoupení MDC skupin	HK	PPChC	KHK
00 - Pre MDC	1%		<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	14%	4%	12%
02 - Onemocnění a poruchy očí	<1%		<1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	<1%	6%	2%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	4%		3%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	21%	8%	19%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	6%	30%	9%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	<1%	<1%	<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	33%	13%	30%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	7%	32%	11%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%		<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	<1%	2%	<1%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	4%		4%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	<1%	<1%	<1%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí			
15 - Novorozenci	<1%		<1%
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	<1%	<1%	<1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	<1%		<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%		<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy	<1%	<1%	<1%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy			
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%	<1%	<1%
22 - Popáleniny	<1%		<1%
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%	1%	<1%
24 - Infekce HIV			
25 - Mnohočetné trauma	4%		3%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny			

Obr. 7.15 (CHIR) Chirurgické obory v celém spektru (odbornost 5_*, 6_1) – TOP 60 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018 – I. část

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG baze - s výkonem - I.část	DK	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	VR	KHK
0608 - LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE	93	416	214	205	130	114	122	66	1360
0704 - LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE	122	166		184	266	147	112	52	1049
0815 - VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH	57	184	12	142	18	54	167	117	751
0606 - LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE	102	78	80	78	196	104	20	49	707
0519 - LIGATURA A STRIPPING CÉV	27	80	77	108	168	73	25	86	644
0601 - VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	25	343		64	102	44	35	9	622
0902 - VÝKONY NA PRSECH	1	234	137	40	137		9	5	563
0808 - VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ	37	187		126	30	33	63	32	508
0812 - VYJIMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ	54	187	1	92	8	43	42	72	499
0810 - VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE		457							457
0819 - ARTROSKOPIE	123	39	20	70				176	428
0811 - VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA A ALOPLASTIKA MTP KLOUBU PALCE NOHY A CMC KLOUBU	49	107	27	54	9	31	54	55	386
0605 - VÝKONY NA APENDIXU	42	125	1	13	69	43	28	25	346
0609 - ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY	23	138		42	41	71	3	28	346
0504 - VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE		339							339
0903 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU	36	143	44	29	39	15	18	7	331
0901 - KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT		154	128	6	19	5	6		318
0101 - KRANIOTOMIE		312							312
0803 - FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY		269							269
0506 - KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE		234							234
1204 - VÝKONY NA VARLATECH	3	198		5	1	17		1	225
0514 - JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY		109	3	27	28	33	5	4	209
0611 - VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE	6	57		36	46	20	23	2	190
0816 - VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI	31	28	14	30	13	13	10	28	167
0401 - VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY		143							143
0814 - VÝKONY NA CHODIDLE	21	16	20	21	6	7	15	29	135
0817 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇ	16	73	4	2	1	1		33	130
0515 - AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY	11	16		29	17	25	14	10	122
0103 - VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH		95		15	1				111
0509 - VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY		90		10	2	3			105

Obr. 7.15 (CHIR) Chirurgické obory v celém spektru (odbornost 5_*, 6_1) – TOP 60 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018 – II. část

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG base - s výkonem - II.část	DK	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	VR	KHK
0104 - VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH	1	78	22				2	2	105
0602 - VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU	3	60		8	20	4	7	1	103
0804 - TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZU KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE				12	3	11	1	71	98
0701 - VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY	1	91		1	3				96
0308 - VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH			58				23		81
1205 - CIRKUMCIZE	2	46		3	7	20			78
0703 - CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ	3	33		11	6	19	1	2	75
2502 - JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU		68		3	1	1	1	1	75
0603 - MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	1	22		4	23	7	9		66
0610 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU	4	29	1	7	15	4	4	2	66
1107 - URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY		2				61			63
0505 - KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ		60							60
0105 - UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU	24	2	22				2	8	58
0809 - TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY		29	15	2	7	2	2		57
0818 - TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KOLENA, HLEZNA								57	57
2501 - KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU		51		2				1	54
0813 - MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU	7	9	20	8	3			4	51
0607 - MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU		15			32				47
2102 - JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH	1	29	3	3	1	4	1	5	47
1602 - JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH	2	14	3	7	11	2	5	2	46
0517 - AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	3	5		13	7	12	1	4	45
0012 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM		41				1	2		44
0013 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM		33				6	3	1	43
1802 - VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE		28		3	1		1	9	42
0502 - VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ		41							41
1108 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST		3	25		1			11	40
0705 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU	1	24	3		6	2	1	1	38
0604 - UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE	9	4	1	3	12	7	1		37
1005 - VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY		35							35
0106 - JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU		31							31

Obr. 7.16 (CHIR) Chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) – TOP 60 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018 – I. část

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG baze - bez výkonu - I.část	DK	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	VR	KHK
0145 - OTŘES MOZKU	73	81		160	159	209	121	108	911
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	122	110	5	61	117	77	63	25	580
0933 - PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU	80	117		84	35	95	55	45	511
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	151	150		57	17	40	38	32	485
0832 - ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE	102	191		54	28	25	49	27	476
0538 - PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY	43	29		88	80	87	28	5	360
0734 - JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST	39	17		60	60	41	84	42	343
0637 - JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	42	40		32	37	39	56	12	258
0144 - KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ	5	82		14	35	23	40	7	206
0631 - PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA	67	2		24	32	18	6	57	206
0932 - FLEGMÓNA	34	29	6	12	31	24	45	3	184
0633 - DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA	35	17		31	27	17	35	5	167
0635 - OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU	3	51		14	44	26	22	6	166
0433 - ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU	13	48		17	21	27	21	12	159
0732 - PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ	15	2		20	29	20	37	21	144
0831 - ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE	15	25		35	17	14	18	12	136
0532 - SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU		135							135
1134 - MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE	8			39	2	49	14	17	129
2530 - DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU	2	45		12	11	13	27	6	116
0830 - ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ	20	27		32	8	14	6	4	111
1132 - INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	4	4		9	6	64	10	8	105
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	8	40	6	2	2	1	21		80
8887 - ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	7	52	7	1	2		5	4	78
0841 - JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE	19	19		9	5	6	5	6	69
0731 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU	12	8			32	8	2	1	63
1831 - POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE		27		9	1		4	20	61
0550 - ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY		15			33	1			49
2133 - KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ		25	3	6	3	4	6	1	48
8889 - VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	3	20	5	4	2		9	3	46
0146 - JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	2	35			2	2	3		44

Obr. 7.16 (CHIR) Chirurgické obory (odbornost 5_*, 6_1) – TOP 60 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018 – II. část

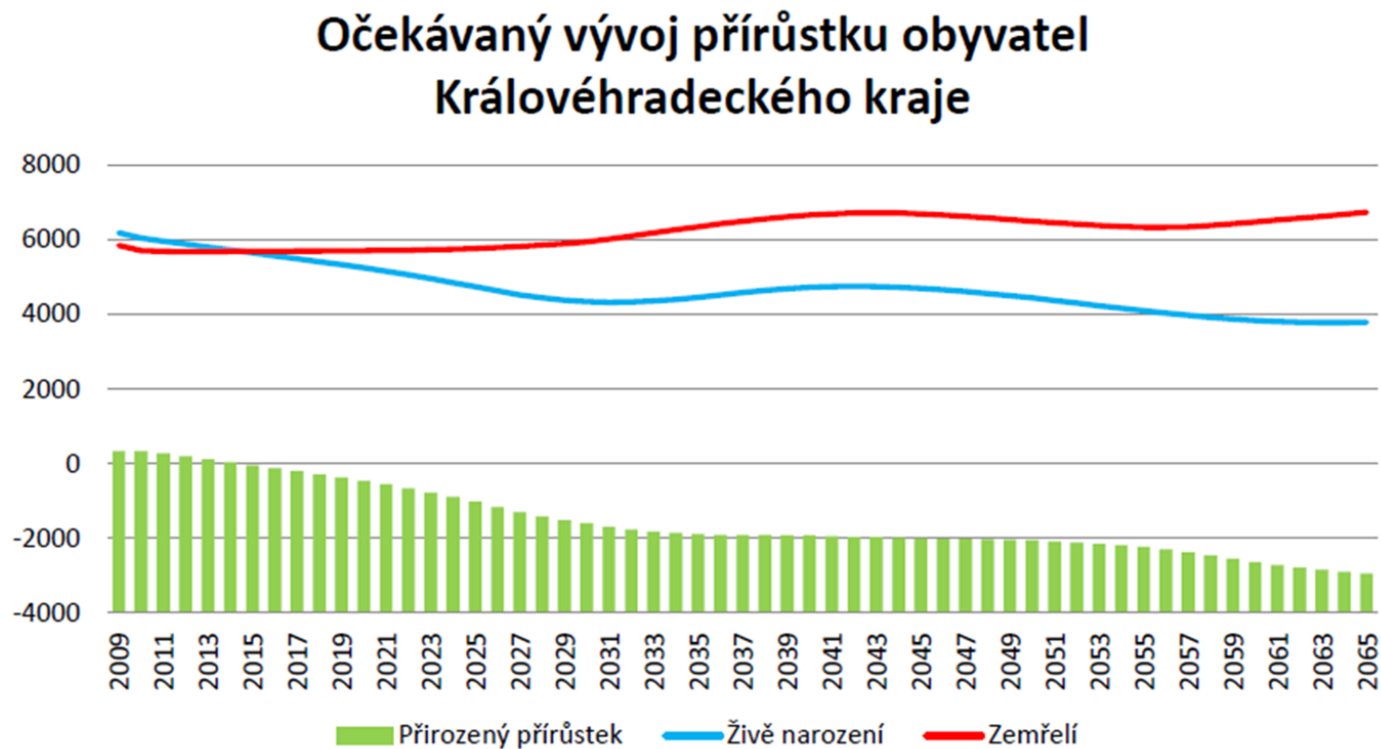
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG baze - bez výkonu - II.část	DK	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	VR	KHK
0440 - PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK	1	19		3	3	4	8	4	42
0733 - PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY	7	6		3	14	2	4	5	41
2255 - POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE	2	23		3	4	4	3	1	40
0441 - PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	3	4		6	6	10	6	2	37
2531 - JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU		18		7	1		9	1	36
0133 - NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ	1	28		1	2	3			35
0630 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU	9	5			11	4	6		35
0934 - JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU	7	7	11	1	5	2	2		35
0131 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU		30							30
1231 - PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ	1	9				14		3	27
0838 - JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ	19	1					1	3	24
0541 - VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY		24							24
0334 - NEMOCI ZUBŮ A ÚST	1	7			5		10	1	24
0636 - ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU	1	7		4	3	3	5	1	24
0840 - MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY	11	4		1	1	2	1	3	23
0232 - JINÉ PORUCHY OKA	5	3		1		2	7	4	22
2253 - ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU		22							22
2130 - PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH	2	13		1				3	19
0531 - SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ		19							19
1830 - SEPTIKÉMIE	2	2		1	4	8	1	1	19
1137 - JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST		1		5	1	10		1	18
1634 - JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ	3	2		3	3	3	4		18
0839 - SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU	1	7		5	1			3	17
0632 - PORUCHY JÍCNU	5				5	1	3	1	15
1575 - NOVOROZENEK, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU		15							15
0500 - ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	1	6		2	2	2		1	14
0335 - JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA	5	3			1	3	2		14
0930 - ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE	1	3		3	4		3		14
0137 - PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ		12		1		1			14
2135 - JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ		5		2	2		3	1	13

603 – GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ

Obr. 7.1 (GYN) Očekávaný vývoj přírůstku obyvatel KHK

Zdroj: ČSÚ 2019 – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065, citováno dle HARTWICH, Lukáš. *Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+*, str. 56, graf 53. 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/>

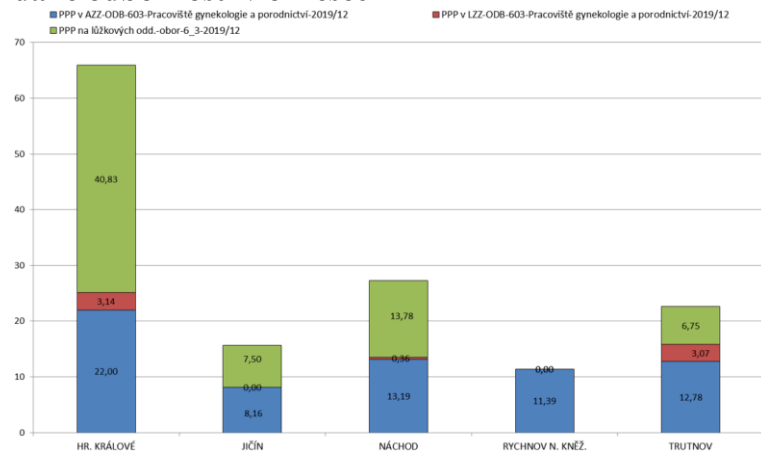


Obr. 7.2 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

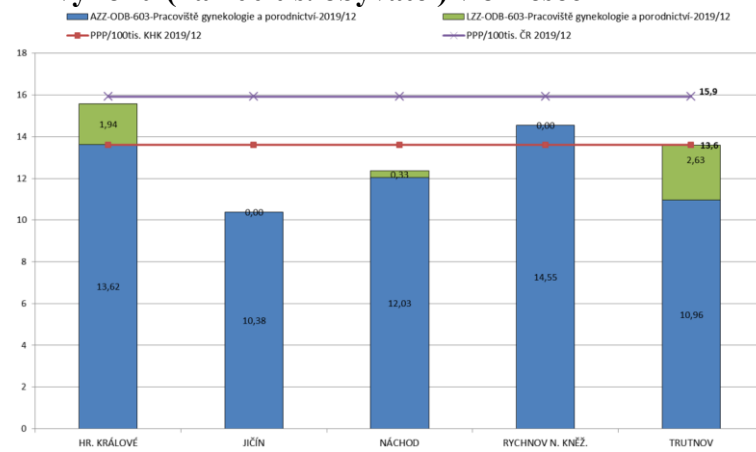
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

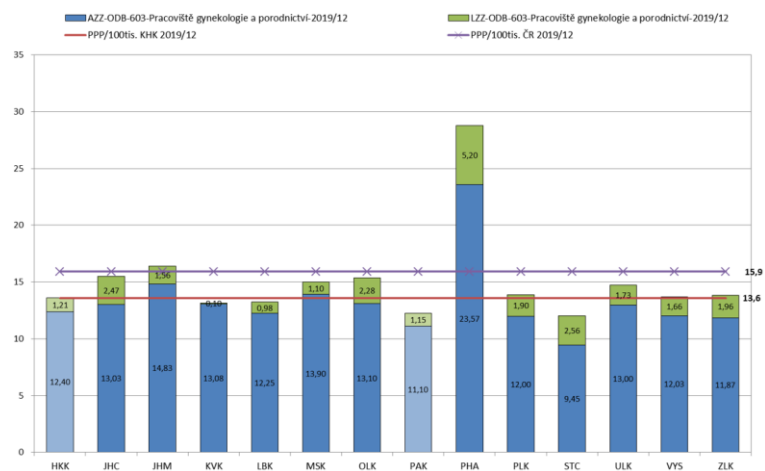
B. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



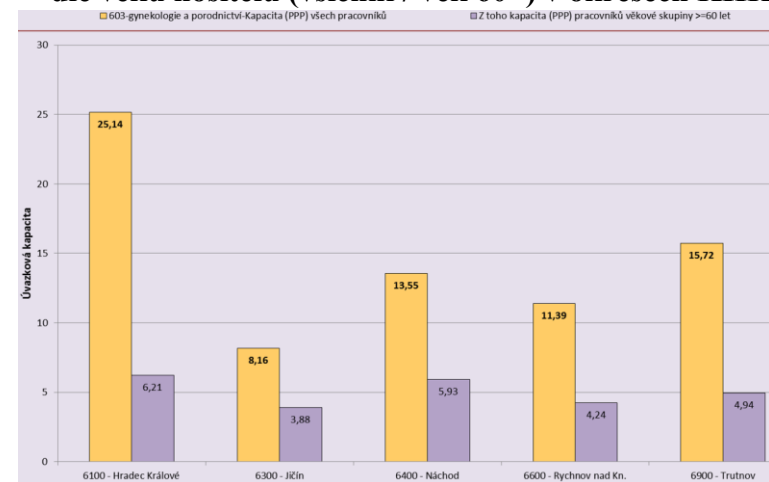
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



D. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.3(GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
603 gynekologie a porodnictví	82 001	359 828	441 829	18,60%
604 dětská gynekologie	157	32	189	83,10%
921 porodní asistentka	0	297	297	0,00%

Obr. 7.4 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulantních nemocnicích a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	27	13	17	17	26	100
úvazky 2)	29,6	8,6	16,1	11,9	15,9	82,2
UOP 3)	58 629	19 739	28 542	21 440	32 017	160 367
klinická vyšetření 3)	61 677	19 031	22 676	18 595	30 374	152 353
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	35,3	21,5	29,0	29,9	26,6	29,4
UOP 3)	69 765	49 089	51 195	53 865	53 666	57 384
klinická vyšetření 3)	73 392	47 328	40 674	46 718	50 912	54 516
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,05	0,96	0,79	0,87	0,95	0,95
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 082	2 205	1 405	1 563	1 912	1 854
body / 1 klinické vyšetření	1 311	1 260	1 387	1 313	1 295	1 313

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	27	28	13	16	17	16	17	17	26	25	100	102
úvazky 2)	29,6		8,6		16,1		11,9		15,9		82,2	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	58 629	101%	19 739	95%	28 542	101%	21 440	90%	32 017	100%	160 367	98%
klinická vyšetření 3)	61 677	63%	19 031	54%	22 676	52%	18 595	45%	30 374	56%	152 353	56%
body 3)	80 843 797	126%	23 984 728	115%	31 453 414	122%	24 420 455	108%	39 335 519	120%	200 037 913	120%

Obr. 7.5 (GYN) Dětská gynekologie (odbornost 604) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	1				2	3
úvazky 2)	0,1				0,1	0,3
UOP 3)	108				22	130
klinická vyšetření 3)	112				35	147
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	0,1				0,2	0,1
UOP 3)	129				37	47
klinická vyšetření 3)	133				59	53
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,04				1,59	1,13
klinická vyšetření / úvazek 1,00	960				263	588
body / 1 klinické vyšetření	514				413	490

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	1	1							2	2	3	3
úvazky 2)	0,1								0,1		0,3	

VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	108	85%							22	138%	130	91%
klinická vyšetření 3)	112	79%							35	184%	147	91%
body 3)	57 623	95%							14 443	179%	72 066	105%

Obr. 7.6 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603). Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Rok 2017 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlovaná kapacita lůžek	z toho porodnice	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obložnost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	počet porodů	% případů s oper. výkonem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	63	22		83%	4 312	2 355	30%	19009	5,4	0,98
PPChC Hradec Králové	17			46%	772		81%	2837	4,7	0,98
Jičín	35	20		57%	1 861	911	31%	7317	4,7	0,8
Náchod	45	15		42%	1 937	896	30%	6905	4,4	0,74
Rychnov nad Kněžnou	30	10		42%	1 389	677	28%	4570	4,3	0,72
Trutnov	43	21		50%	1 839	614	36%	7859	5,2	0,71
KHK	233	88	0	57%	12 110	5 453	34%	48497	4,8	0,84

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	4398	4209	4552	4393	4316	4312	4293	98%
PPChC Hradec Králové		914	916	884	879	772		
Jičín	1808	1753	1690	1856	1927	1861	1929	107%
Náchod	1977	1876	1863	1941	1930	1937	1962	99%
Rychnov n.Kn.	1328	1313	1332	1351	1371	1389	1281	96%
Trutnov	1831	1682	1716	1691	1797	1839	1737	95%
Celkový součet	11342	11747	12069	12116	12220	12110	11202	99%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	5,4	5,6	5,3	5,2	5,3	5,4	5,2	96%
PPChC Hradec Králové		5,0	4,9	4,9	4,8	4,7		
Jičín	5,6	5,5	5,5	5,2	5,0	4,7	4,4	79%
Náchod	5,0	4,9	4,8	4,8	4,5	4,4	4,4	88%
Rychnov n.Kn.	5,0	4,7	4,6	4,4	4,4	4,3	4,3	86%
Trutnov	6,3	6,1	5,7	5,7	5,6	5,2	5,1	81%
Celkový součet	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	88%

Obr. 7.7 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Vývoj počtu porodů v jednotlivých porodnicích KHK

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2020.

Vývoj počtu porodů dle ukončených hosp.případů z bazí 1460-1463

Nemocnice	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	r.2019	r.2020
Hradec Králové	2313	2223	2424	2348	2323	2356	2392	2373	2457
Jičín	827	818	762	932	975	911	892	903	849
Náchod	913	928	886	916	896	897	947	957	978
Rychnov n.KN.	542	559	574	576	619	677	572	538	653
Trutnov	628	626	604	609	664	614	639	684	392
Vrchlabí	269	254							
CELKEM	5492	5408	5250	5381	5477	5455	5442	5455	5329

Podíl počtu porodů císařským řezem

Poskytovatel	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016	r.2017	r.2018	r.2019	r.2020
Hradec Králové	29%	32%	28%	23%	24%	25%	27%	28%	28%
Jičín	24%	24%	20%	23%	22%	20%	20%	20%	23%
Náchod	20%	20%	20%	19%	22%	20%	17%	19%	18%
Rychnov n.KN.	12%	14%	9%	11%	13%	10%	10%	9%	11%
Trutnov	21%	21%	25%	25%	22%	24%	20%	23%	29%
Vrchlabí	13%	17%							
CELKEM	24%	25%	23%	21%	22%	21%	22%	23%	24%

Obr. 7.8 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2020.

Zastoupení MDC skupin	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	KHK
00 - Pre MDC							
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému							
02 - Onemocnění a poruchy očí							
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku		<1%					<1%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	<1%						<1%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy							
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	<1%	4%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%		<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	<1%		<1%			<1%	<1%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy							
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	<1%	<1%	<1%	<1%	2%	2%	<1%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému							
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	30%	79%	32%	32%	28%	36%	34%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí	64%	13%	66%	66%	68%	59%	61%
15 - Novorozenci							
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	<1%				<1%		<1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	<1%	<1%					<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%						<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy	<1%	<1%					<1%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy							
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%		<1%	<1%		<1%	<1%
22 - Popáleniny							
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	2%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%
24 - Infekce HIV							
25 - Mnohočetné trauma						<1%	<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	<1%	<1%	<1%			<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny	<1%	<1%		<1%	<1%	<1%	<1%

Obr. 7.9 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2017

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2020.

Nejčastěji léčené DRG base - s výkonem	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	KHK
1309 - DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE	437	119	311	328	196	332	1723
1304 - DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH	426	319	188	193	106	201	1433
1310 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	64	40	9	16	6	25	160
1307 - VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY	43	28	14	22	29	19	155
1306 - REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU	61	38	10	1	13	13	136
1301 - EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE	103	10	18				131
1105 - MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI	35	3		1	16	34	89
2301 - OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI	44	1		5	5	1	56
1303 - VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍM JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH	24	14	10	5	1	2	56
0610 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU	12	16	4	3		3	38
1305 - GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE	3	10	1	6	6	9	35
0903 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU	9	6	4	3	2	2	26
0604 - UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE	6	10	2	2	3		23
1302 - VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH	9	6	2			1	18
2102 - JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH						7	7
1308 - ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU	1	1				3	5
0605 - VÝKONY NA APENDIXU	2	1	2				5
0705 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU	1				4		5
1704 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM	1	1					2
0601 - VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	2						2
1901 - OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI	1	1					2
1602 - JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH	2						2
0901 - KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT	2						2
1703 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM	2						2
1802 - VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE	1						1
0704 - LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE				1			1
2502 - JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU						1	1
0816 - VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI						1	1
1102 - VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI				1			1

Obr. 7.10 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2017

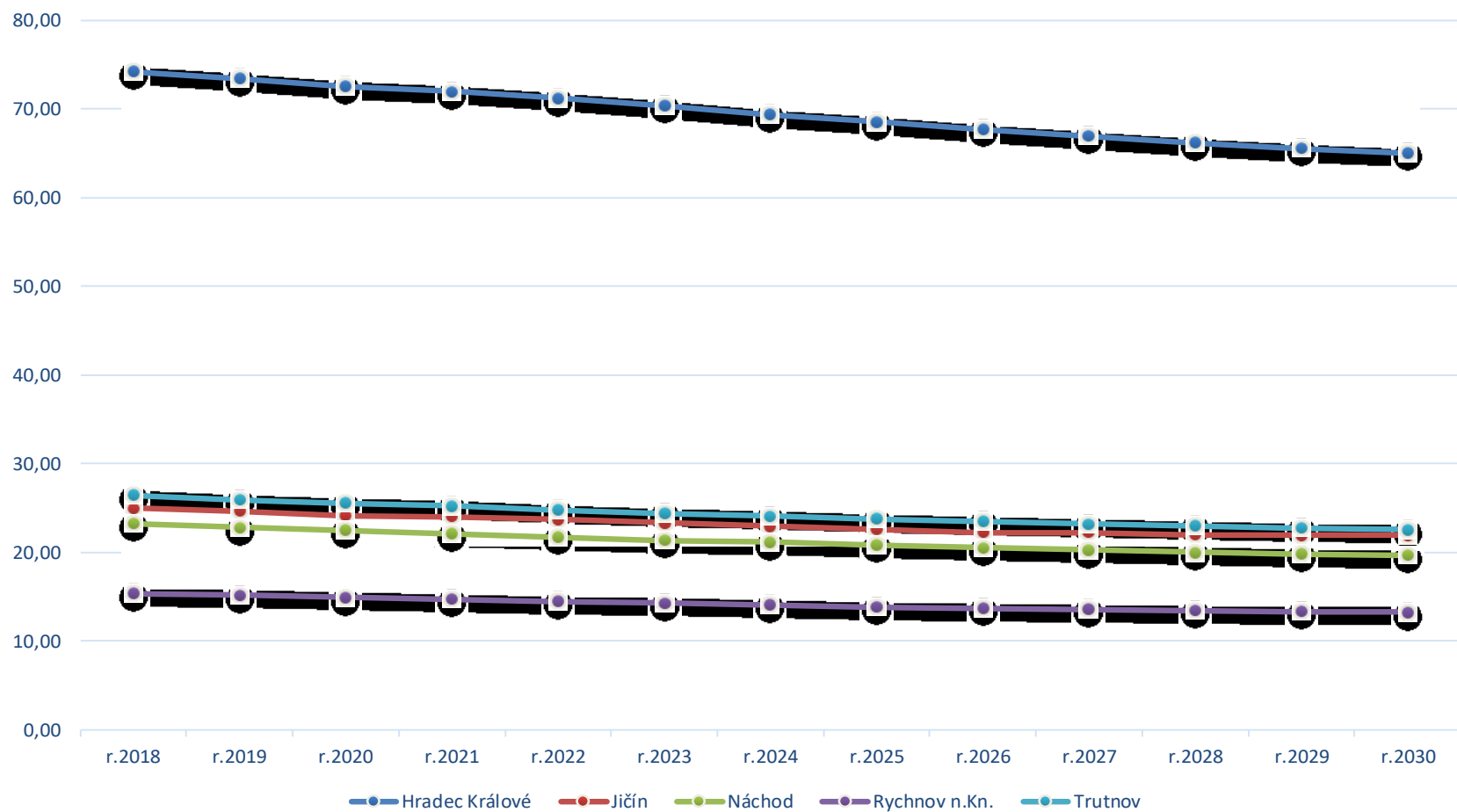
Zdroj: sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2017.

Nejčastěji léčené DRG baze - bez výkonu	HK	PPChC	JC	NA	RK	TU	KHK
1463 - VAGINÁLNÍ POROD	1680		702	684	576	452	4094
1460 - POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM	587		178	181	67	148	1161
1473 - JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU	154	9	143	109	81	141	637
1464 - POTRAT S DILACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ	116	18	115	133	97	144	623
1470 - HROZÍCÍ POTRAT	23	11	27	76	49	127	313
1332 - MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	53	22	19	37	28	46	205
1461 - VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILACÍ A KYRETÁŽÍ	88		31	31	34	14	198
1472 - JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM	33	39	13	23	20	26	154
1468 - MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM	34	14	9	11	10	17	95
1465 - POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE	49	7	8	8		10	82
1330 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	69			5	3	2	79
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	40	10	5	13	4	3	75
1471 - FALEŠNÝ POROD	4		9	15	14	12	54
0637 - JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	11	6	4	3	1	12	37
1331 - INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	4	1	5	3	3	13	29
8887 - ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	19	3	1				23
2133 - KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ	3		7			8	18
1733 - CHEMOTERAPIE	18						18
1469 - MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU	5	2	1	5	1		14
1132 - INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	1		2	3	2	2	10
0733 - PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY	2	3			3		8
1466 - POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM			1	4	2		7
8889 - VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	2	1	1	1			5
9999 - NEZAŘADITELNÉ	1	1				3	5
0934 - JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU	4				1		5
1136 - PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH					3	2	5
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	4						4
0630 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU	4						4
0841 - JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE	2					1	3
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY			3				3

Obr. 7.11 (GYN) Gynekologie a porodnictví (odbornost 603) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(6_3) - gynekologie a porodnictví	164,4	142,5	-21,9	86,7%



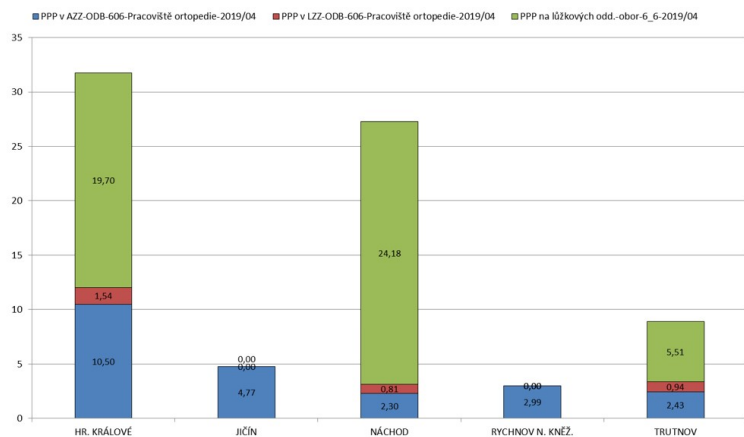
**606 – ORTOPEDIE
A TRAUMATOLOGIE
POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ**

Obr. 7.1 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.2 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
606 ortopedie	67 981	105 160	173 141	39,30%
6J6 JP ortopedie	39	367	406	9,60%
607 ortopedická protetika	7 681		7 681	100,00%

Obr. 7.3 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r.2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	22	8	9	7	12	58
úvazky 2)	14,7	4,8	5,6	3,6	3,4	32,1
UOP 3)	41 395	4 065	22 888	10 352	12 752	91 452
klinická vyšetření 3)	71 779	7 229	38 720	16 432	24 671	158 831
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	9,0	6,0	5,1	4,6	2,9	5,8
UOP 3)	25 292	5 095	20 762	13 089	10 785	16 597
klinická vyšetření 3)	43 856	9 061	35 123	20 777	20 865	28 825
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,73	1,78	1,69	1,59	1,93	1,74
klinická vyšetření / úvazek 1,00	4 897	1 511	6 952	4 506	7 200	4 950
body / 1 klinické vyšetření	410	319	324	309	327	362

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	22	22	8	9	9	8	7	8	12	10	58	57
úvazky 2)	14,7		4,8		5,6		3,6		3,4		32,1	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	41 395	104%	4 065	97%	22 888	115%	10 352	90%	12 752	128%	91 452	107%
klinická vyšetření 3)	71 779	104%	7 229	99%	38 720	122%	16 432	89%	24 671	123%	158 831	108%
body 3)	29 426 186	119%	2 304 717	119%	12 533 625	132%	5 084 891	98%	8 079 483	145%	57 428 902	122%

Obr. 7.4 (ORT) Ortopedie (odbornost 606). Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	% případů s oper.výkonem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	77	4		64%	2121	86%	18016	9,2	1,58
Náchod	25			77%	1237	93%	7009	6,6	1,55
Rychnov nad Kněžnou	25			72%	1268	90%	6535	5,8	1,58
Trutnov	20			62%	856	86%	4533	6,6	1,51
KHK	147	4	0	67%	5482	88%	36093	7,4	1,55

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	2177	2390	2233	2187	2233	2121	2186	100%
Náchod	1335	1256	1284	1203	1251	1237	1259	94%
Rychnov n.Kn.	1245	1280	1193	1320	1332	1268	1339	108%
Trutnov	629	596	597	760	883	856	814	129%
Celkový součet	5386	5522	5307	5470	5699	5482	5598	104%

Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	9,8	9,5	10,1	9,9	9,8	9,8	9,2	94%
Náchod	6,4	6,5	6,5	6,4	6,6	6,6	6,6	103%
Rychnov n.Kn.	7,3	7,1	6,5	5,9	5,9	5,9	5,8	80%
Trutnov	8,3	8,1	8,8	7,2	6,3	6,4	6,6	79%
Celkový součet	8,2	8,1	8,3	7,8	7,7	7,6	7,4	91%

Obr. 7.5 (ORT) Vývoj počtu všech hospitalizací dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ortopedie

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Vývoj počtu hospitalizačních případů dle věkových skupin

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	2177	2390	2233	2187	2233	2121	2186	100%
0-14	316	350	272	251	272	221	239	76%
15-18	86	118	142	111	108	106	92	107%
19+	1775	1922	1819	1825	1853	1794	1855	105%
Náchod	1335	1256	1284	1203	1251	1237	1259	94%
0-14	1							
15-18	21	25	17	15	7	11	10	48%
19+	1313	1231	1267	1188	1244	1226	1249	95%
Rychnov n.Kn.	1245	1280	1193	1320	1332	1268	1339	108%
0-14								
15-18	26	27	20	26	26	9	11	42%
19+	1219	1253	1173	1294	1306	1259	1328	109%
Trutnov	629	596	597	760	883	856	814	129%
0-14								
15-18	2		1	3		3	3	150%
19+	627	596	596	757	883	853	811	129%

Obr. 7.6 (ORT) Vývoj počtu hospitalizací S operačním výkonem dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ortopedie

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Vývoj počtu hospitalizačních případů dle věkových skupin s chirurgickým výkonem

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	1815	1952	1932	1856	1896	1856	1875	103%
0-14	146	157	149	137	170	141	130	89%
15-18	74	98	128	100	96	98	82	111%
19+	1595	1697	1655	1619	1630	1617	1663	104%
Náchod	1250	1190	1184	1105	1139	1129	1165	93%
0-14								
15-18	20	24	15	14	7	10	10	50%
19+	1230	1166	1169	1091	1132	1119	1155	94%
Rychnov n.Kn.	1121	1095	1086	1199	1196	1175	1208	108%
0-14								
15-18	25	27	20	25	23	9	11	44%
19+	1096	1068	1066	1174	1173	1166	1197	109%
Trutnov	529	507	507	672	804	709	700	132%
0-14								
15-18	1		1	2		3	3	300%
19+	528	507	506	670	804	706	697	132%

Podíl počtu hospitalizačních případů dle věkových skupin s chirurgickým výkonem

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů						
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018
Hradec Králové	83%	82%	87%	85%	85%	88%	86%
0-14	46%	45%	55%	55%	63%	64%	54%
15-18	86%	83%	90%	90%	89%	92%	89%
19+	90%	88%	91%	89%	88%	90%	90%
Náchod	94%	95%	92%	92%	91%	91%	93%
0-14							
15-18	95%	96%	88%	93%	100%	91%	100%
19+	94%	95%	92%	92%	91%	91%	92%
Rychnov n.Kn.	90%	86%	91%	91%	90%	93%	90%
0-14							
15-18	96%	100%	100%	96%	88%	100%	100%
19+	90%	85%	91%	91%	90%	93%	90%
Trutnov	84%	85%	85%	88%	91%	83%	86%
0-14							
15-18	50%		100%	67%		100%	100%
19+	84%	85%	85%	89%	91%	83%	86%

Obr. 7.7 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Zastoupení MDC skupin	HK	NA	RK	TU	KHK
00 - Pre MDC			<1%		<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	<1%	<1%	3%	<1%	1%
02 - Onemocnění a poruchy očí					
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku					
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí					
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	<1%				<1%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému				<1%	<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní					
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	94%	97%	96%	98%	96%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	1%	1%	<1%	<1%	<1%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	<1%				<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest					
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému					
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému					
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí					
15 - Novorozenci	<1%				<1%
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity					
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	<1%			<1%	<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%		<1%	<1%	<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy					
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy					
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
22 - Popáleniny					
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	<1%			<1%	<1%
24 - Infekce HIV					
25 - Mnohočetné trauma	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	2%	<1%		<1%	<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny					

Obr. 7.8 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG base - s výkonem	HK	NA	RK	TU	KHK
0819 - ARTROSKOPIE	282	232	418	243	1175
0804 - TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZU KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE	336	227	241	147	951
0818 - TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KOLENA, HLEZNA	173	112	168	124	577
0811 - VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA A ALOPLASTIKA MTP KLOUBU PALCE NOHY A CMC KLOUBU PALCE RUKY	239	143	70	33	485
0815 - VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH	159	134	57	15	365
0812 - VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ	130	80	63	10	283
0814 - VÝKONY NA CHODIDLE	141	35	25	45	246
0816 - VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI	140	31	37	22	230
0808 - VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ	48	94	47	7	196
0817 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ	64	27	18	40	149
0813 - MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU	74	17	3	4	98
0820 - REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY	37	21	17	4	79
0105 - UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU		5	35		40
0903 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU	12	2	2	2	18
0104 - VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH		2	4	2	8
2102 - JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH	4	1	1	1	7
0517 - AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	6				6
1006 - JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH	5				5
1704 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM	5				5
0807 - AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ	5				5
1004 - AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH	4				4
2501 - KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU	1	1	1		3
1802 - VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE	3				3
0809 - TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY	2				2
1801 - VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI	2				2
0514 - JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY	1				1
0810 - VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE	1				1
2502 - JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU				1	1
0515 - AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY	1				1
0013 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM			1		1

Obr. 7.9 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

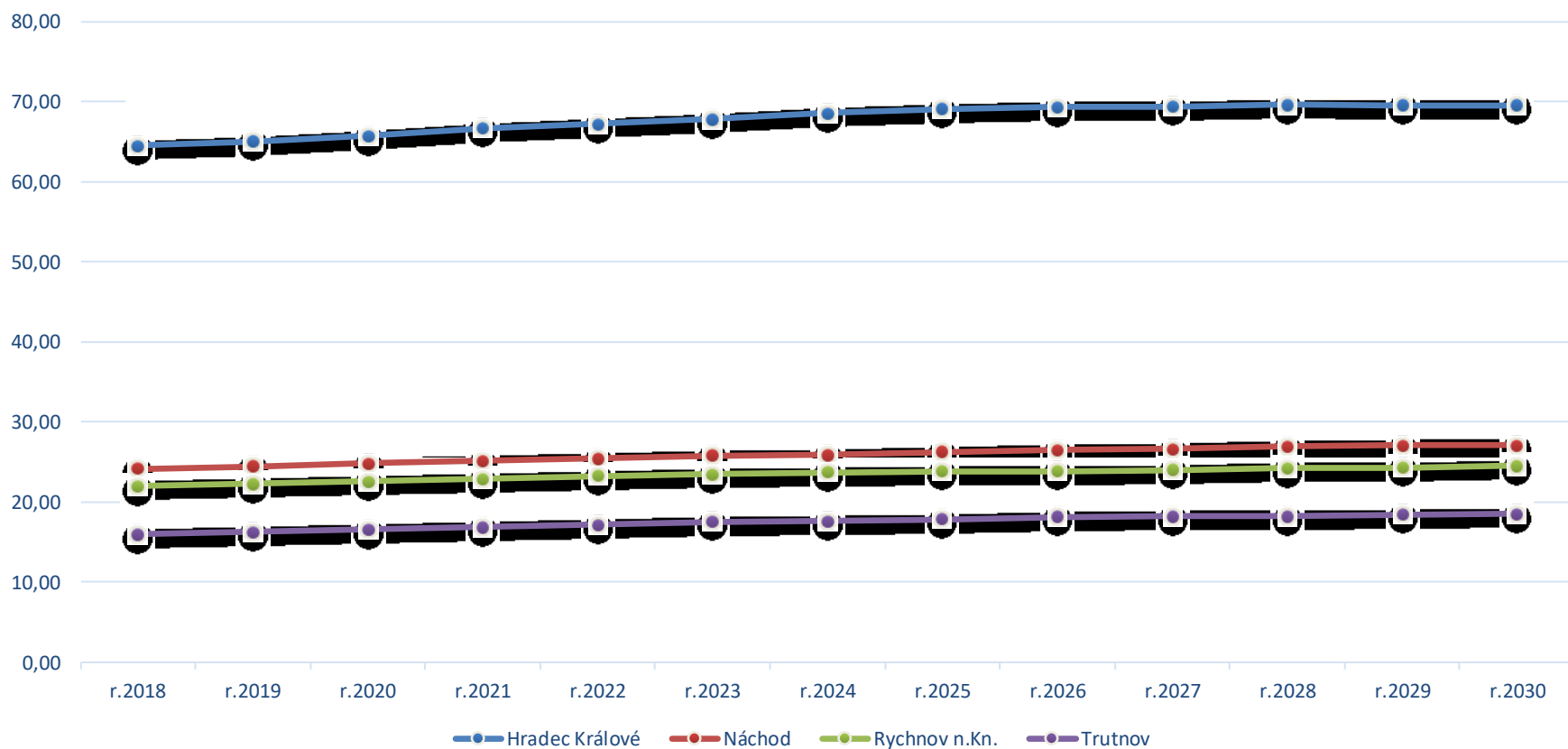
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG base - bez výkonu	HK	NA	RK	TU	KHK
0841 - JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE	105	5	13	10	133
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	21	7	49	41	118
0832 - ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE	21	18	22	10	71
0839 - SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU	21	10	8	15	54
0838 - JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ	26	5	5	9	45
0831 - ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE	1	15	11	4	31
0830 - ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ	5	8	4	7	24
8887 - ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	23			1	24
1575 - NOVOROZENEK, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU	19				19
0932 - FLEGMÓNA	8	8	2		18
0933 - PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇE A PRSU	2	7	5	1	15
8889 - VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	13	2			15
0835 - SEPTICKÁ ARTRITIDA	12		2		14
0840 - MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY	6	1	1	3	11
2133 - KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ	2	7	1		10
0833 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY	4		1	4	9
0137 - PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ	1	1	4	2	8
0834 - OSTEOMYELITIDA	8				8
1831 - POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE	2		1	2	5
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	2			1	3
1830 - SEPTIKÉMIE	2		1		3
1030 - DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY	2				2
0549 - ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV	2				2
0934 - JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU	1				1
0631 - PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA				1	1
2531 - JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU				1	1
2330 - REHABILITACE	1				1
0146 - JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU				1	1
0930 - ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE	1				1
2530 - DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU			1		1

Obr. 7.10 (ORT) Ortopedie (odbornost 606) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(6_6) - ortopedie	126,7	139,7	13,0	110,3%



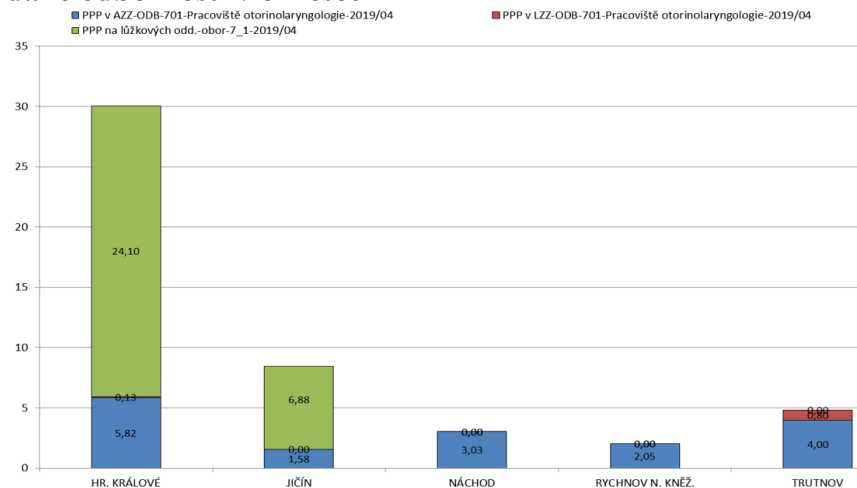
701 –

**OTORINOLARYNGOLOGIE
A CHIRURGIE HLAVY A KRKU**

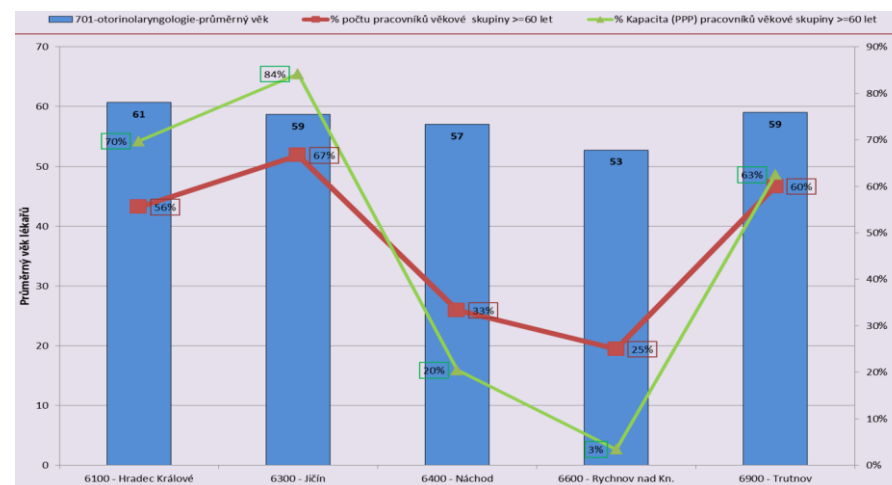
Obr. 7.1 (ORL) Otorinolaryngologie - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.
(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



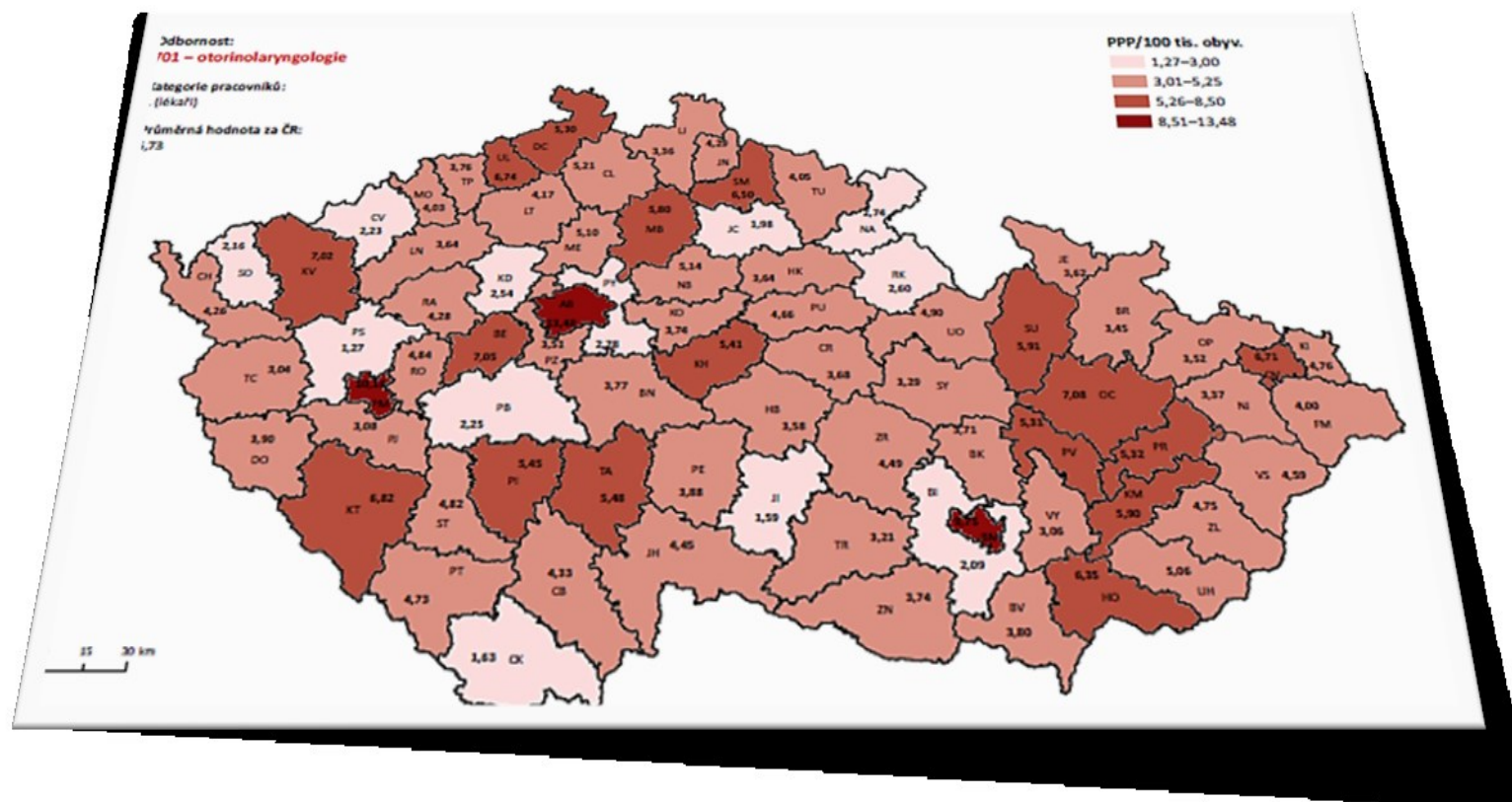
B. Věková struktura nositelů výkonů v okresech KHK



Obr. 7.2 (ORL) Otorinolaryngologie - Kapacita ambulantních lékařů na 100 000 obyvatel v přepočtených úvazcích v rámci okresů ČR k 04/2019, pracoviště ORL

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

průměr ČR	průměr KHK	HK	JC	NA	RK	TU
5,73	3,02	3,64	1,05	2,74	2,6	4,05



Obr. 7.3 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
701 otorinolaryngologie	46 404	65 865	112 269	41,30%
702 foniatrie	3 023	7 076	10 099	29,90%
703 audiologie	5 298	0	5 298	100,00%
704 dětská otorinolaryngologie	1 579	851	2 430	65,00%

Obr. 7.4 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	12	3	6	3	7	31
úvazky 2)	11,5	1,6	4,8	2,1	4,8	24,7
UOP 3)	27 718	12 230	13 920	5 656	11 153	70 677
klinická vyšetření 3)	43 764	19 475	21 900	7 125	22 405	114 669
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	7,0	2,0	4,3	2,6	4,0	4,5
UOP 3)	16 935	15 329	12 627	7 152	9 433	12 827
klinická vyšetření 3)	26 739	24 410	19 866	9 009	18 949	20 810
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,58	1,59	1,57	1,26	2,01	1,62
klinická vyšetření / úvazek 1,00	3 808	12 326	4 598	3 476	4 700	4 651
body / 1 klinické vyšetření	506	476	364	503	452	463

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	12	14	3	5	6	7	3	3	7	8	31	37
úvazky 2)	11,5		1,6		4,8		2,1		4,8		24,7	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	27 718	106%	12 230	113%	13 920	92%	5 656	80%	11 153	78%	70 677	96%
klinická vyšetření 3)	43 764	95%	19 475	115%	21 900	85%	7 125	79%	22 405	71%	114 669	89%
body 3)	22 123 586	121%	9 274 576	152%	7 974 111	101%	3 582 224	75%	10 122 610	105%	53 077 107	114%

Obr. 7.5 (ORL) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách ORL v KHK r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky ORL v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmlovaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	% případů s oper.výkonem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	48			56%	1992	71%	9888	6,0	0,97
Jičín	19			49%	1128	56%	3374	3,7	0,57
Náchod	5			12%	104	66%	212	3,0	0,53
KHK	72	0	0	51%	3224	66%	13474	5,1	0,81

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	2245	1962	2126	2070	2008	2014	1992	89%
Jičín	1241	1200	1265	1276	1221	1123	1128	91%
Náchod	485	504	413	380	218	148	104	21%
Celkový součet	3971	3666	3804	3726	3447	3285	3224	81%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	6,1	5,9	5,7	5,8	5,8	5,9	6,0	98%
Jičín	3,9	3,8	3,9	3,5	3,7	3,5	3,7	95%
Náchod	4,2	3,9	3,7	4,0	3,6	3,5	3,0	71%
Celkový součet	5,2	4,9	4,9	4,9	4,9	5,0	5,1	98%

Obr. 7.6 (ORL) Vývoj počtu všech hospitalizací dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ORL

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Vývoj počtu hospitalizačních případů dle věkových skupin

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	2245	1962	2126	2070	2008	2014	1992	89%
0-14	659	638	672	640	580	615	601	91%
15-18	62	50	50	56	48	41	33	53%
19+	1524	1274	1404	1374	1380	1358	1358	89%
Jičín	1241	1200	1265	1276	1221	1123	1128	91%
0-14	507	462	484	484	433	375	367	72%
15-18	41	33	24	34	19	35	18	44%
19+	693	705	757	758	769	713	743	107%
Náchod	485	504	413	380	218	148	104	21%
0-14	201	231	191	150	86	74	53	26%
15-18	13	12	8	11	7	4	1	8%
19+	271	261	214	219	125	70	50	18%

Obr. 7.7 (ORL) Vývoj počtu hospitalizací S operačním výkonem dle věkových skupin v KHK v rámci odbornosti ORL

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Vývoj počtu hospitalizačních případů dle věkových skupin s chirurgickým výkonem

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů							%2018/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018	
Hradec Králové	1528	1333	1465	1475	1407	1391	1424	93%
0-14	495	477	503	520	453	451	480	97%
15-18	47	30	34	43	29	31	26	55%
19+	986	826	928	912	925	909	918	93%
Jičín	797	742	771	792	718	598	637	80%
0-14	475	439	453	456	414	340	342	72%
15-18	15	15	10	19	8	17	8	53%
19+	307	288	308	317	296	241	287	93%
Náchod	259	300	248	208	128	93	69	27%
0-14	186	219	186	144	83	71	49	26%
15-18	8	8	6	5	3	4	1	13%
19+	65	73	56	59	42	18	19	29%

Podíl počtu hospitalizačních případů dle věkových skupin s chirurgickým výkonem

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů						
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	r.2018
Hradec Králové	68%	68%	69%	71%	70%	69%	71%
0-14	75%	75%	75%	81%	78%	73%	80%
15-18	76%	60%	68%	77%	60%	76%	79%
19+	65%	65%	66%	66%	67%	67%	68%
Jičín	64%	62%	61%	62%	59%	53%	56%
0-14	94%	95%	94%	94%	96%	91%	93%
15-18	37%	45%	42%	56%	42%	49%	44%
19+	44%	41%	41%	42%	38%	34%	39%
Náchod	53%	60%	60%	55%	59%	63%	66%
0-14	93%	95%	97%	96%	97%	96%	92%
15-18	62%	67%	75%	45%	43%	100%	100%
19+	24%	28%	26%	27%	34%	26%	38%

Obr. 7.8 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Zastoupení MDC skupin	HK	JC	NA	KHK
00 - Pre MDC	<1%			<1%
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému	8%	<1%	<1%	5%
02 - Onemocnění a poruchy očí	2%	<1%		1%
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku	65%	77%	97%	70%
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí	1%	<1%		<1%
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy	<1%	<1%		<1%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	<1%	<1%	<1%	<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní				
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	<1%	<1%		<1%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	4%	2%	<1%	3%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy	10%	<1%		6%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest				
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému				
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému				
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí				
15 - Novorozenci				
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity	1%	<1%		1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary	2%			1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%	<1%		<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy	<1%	15%		6%
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy				
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků	<1%	<1%		<1%
22 - Popáleniny				
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami	4%	<1%		3%
24 - Infekce HIV				
25 - Mnohočetné trauma				
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	<1%		<1%
99 - Chybové diagnostické skupiny				

Obr. 7.9 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG base - s výkonem	HK	JC	NA	KHK
0308 - VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	547	412	54	1013
0309 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA	183	78	9	270
0305 - VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU	176	66	6	248
1005 - VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY	195	8		203
0306 - VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE	35	20		55
0903 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇĚ A PRSU	43	9		52
0302 - JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU	43	8		51
0901 - KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT	23	9		32
1602 - JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH	22	5		27
0106 - JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	14	6		20
1702 - LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM	17			17
0304 - VÝKONY NA ÚSTECH	9	5		14
1704 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM	13			13
0303 - VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU	6	6		12
1901 - OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI	8	3		11
0201 - ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI	11			11
0301 - VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI	10	1		11
2301 - OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI	10			10
0202 - EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE	9			9
1703 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM	8			8
0310 - KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	7			7
1801 - VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI	5			5
2102 - JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH	3	1		4
0108 - ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	3			3
0101 - KRANIOTOMIE	3			3
0403 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU	3			3
0514 - JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY	3			3
1701 - LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM	2			2
0013 - DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	2			2
1006 - JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH	2			2

Obr. 7.10 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

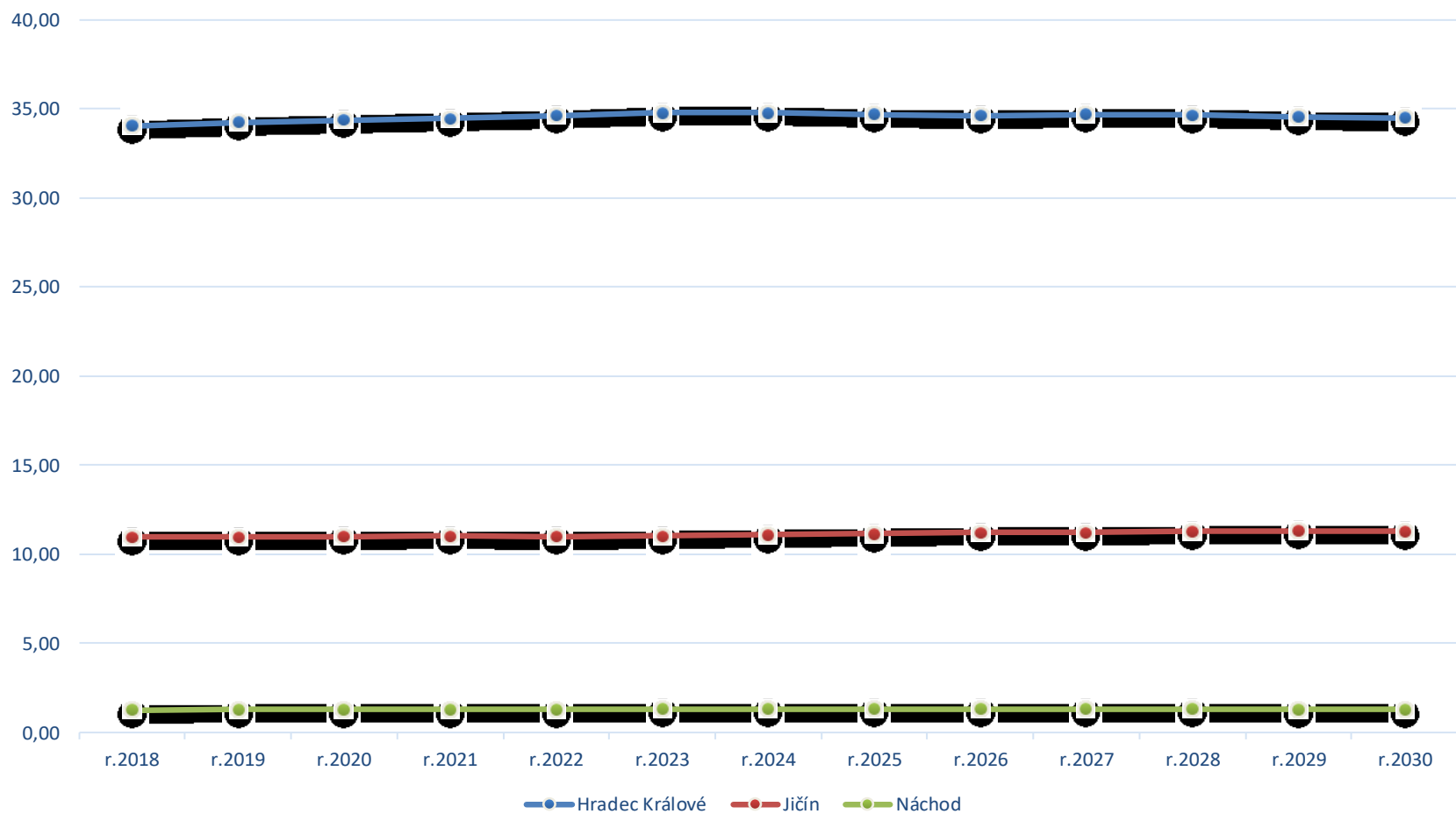
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG baze - bez výkonu	HK	NA	RK	KHK
0335 - JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA	123	117	4	244
1939 - JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY		171		171
0333 - EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS	85	70	8	163
0146 - JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU	121			121
0331 - PORUCHY ROVNOVÁHY	16	52	14	82
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV	66	6		72
0332 - EPISTAXE	22	18	3	43
0330 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA	18	15		33
0441 - PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	20	2		22
0232 - JINÉ PORUCHY OKA	12	2		14
0334 - NEMOCI ZUBŮ A ÚST	5	6	3	14
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	11	2	1	14
8887 - ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	10	1		11
2133 - KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ	9	1		10
1937 - VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	9			9
0932 - FLEGMÓNA	6	2		8
0933 - PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇĚ A PRSU	3	4	1	8
0144 - KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ	2	3	1	6
0841 - JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ	5	1		6
8889 - VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	3	3		6
1634 - JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ	5	1		6
2131 - ALERGICKÉ REAKCE	1	4		5
0137 - PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ	3			3
0145 - OTŘES MOZKU	2	1		3
1833 - VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ		3		3
1734 - JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ	2			2
0547 - JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	2			2
0930 - ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE		2		2
0143 - MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY	1			1
0540 - HYPERTENZE		1		1

Obr. 7.11 (ORL) Otorinolaryngologie (odbornosti 701,702,703,704) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(7_1, 7_2, 7_3, 7_4) - ORL, foniatrie, audiologie	46,3	47,1	0,8	101,7%



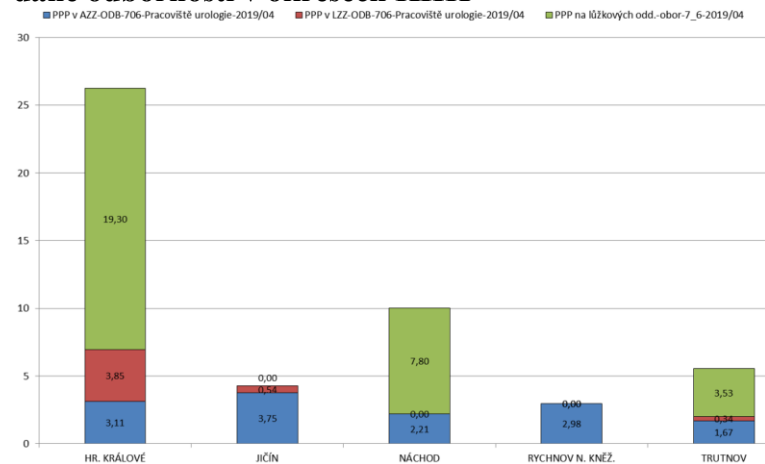
706 - UROLOGIE

Obr. 7.1 (URO) Urologie (odbornost 706) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

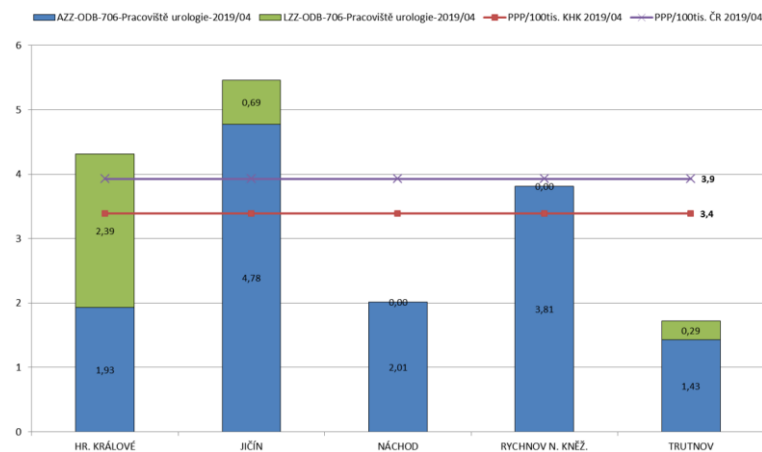
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



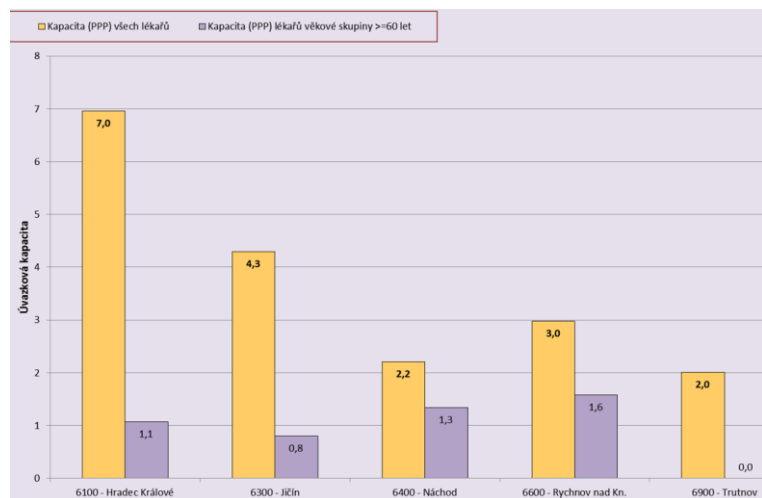
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR okresech KHK



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v



Obr. 7.2 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
706 urologie	57 237	54 159	111 396	51,40%
707 dětská urologie	1 748	0	1 748	100,00%

Obr. 7.3 (URO) Urologie (odbornosti 706) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	13	2	5	3	7	30
úvazky 2)	8,2	2,9	3,5	3,0	2,7	20,3
UOP 3)	22 217	1 208	9 829	3 919	11 238	48 411
klinická vyšetření 3)	43 795	1 883	20 443	7 320	23 750	97 191
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	5,0	3,7	3,2	3,8	2,3	3,7
UOP 3)	13 574	1 514	8 916	4 955	9 504	8 786
klinická vyšetření 3)	26 758	2 360	18 544	9 256	20 086	17 638
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,97	1,56	2,08	1,87	2,11	2,01
klinická vyšetření / úvazek 1,00	5 369	642	5 786	2 462	8 689	4 781
body / 1 klinické vyšetření	634	514	507	425	469	549

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	13	12	2	1	5	6	3	4	7	6	30	29
úvazky 2)	8,2		2,9		3,5		3,0		2,7		20,3	
VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	22 217	109%	1 208	266%	9 829	102%	3 919	108%	11 238	115%	48 411	110%
klinická vyšetření 3)	43 795	110%	1 883	206%	20 443	95%	7 320	97%	23 750	107%	97 191	106%
body 3)	27 762 200	116%	967 538	409%	10 364 948	116%	3 113 757	127%	11 139 792	117%	53 348 235	118%

Obr. 7.4 (URO) Dětská urologie (odbornosti 707) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	1					1
úvazky 2)	0,6					0,6
UOP 3)	1 184					1 184
klinická vyšetření 3)	1 502					1 502
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	1,8					0,5
UOP 3)	3 610					1 065
klinická vyšetření 3)	4 579					1 351
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	1,27					1,27
klinická vyšetření / úvazek 1,00	2 524					2 524
body / 1 klinické vyšetření	240					240

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	1	1									1	1
úvazky 2)	0,6										0,6	

VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	1 184	113%									1 184	113%
klinická vyšetření 3)	1 502	107%									1 502	107%
body 3)	360 204	121%									360 204	121%

Obr. 7.5 (UROL) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách urologie v KHK r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018.

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky urologie v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2017 - základní údaje pracovišť

Nemocnice	nasmalovaná kapacita lůžek	z toho JIP	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet hosp. případů	% případů s oper.výkonem	počet ošetřovacích dní	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové - dospělí	43			61%	2073	56%	9645	5,7	1,28
Hradec Králové - děti					127	67%	986	8,0	1,11
Dvůr Králové	20			60%	1076	77%	4383	5,0	0,81
Náchod	20			63%	1027	55%	4578	5,5	0,83
PPChC Hradec Králové	15			44%	599	83%	2393	5,0	0,96
KHK	98	0	0	61%	4902	64%	21985	5,4	1,04

Vývoj počtu hospitalizačních případů

Nemocnice	Počet hospitalizačních případů						%2017/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	
Hradec Králové - dospělí	2130	1942	2006	2049	2014	2073	97%
Hradec Králové - děti	125	140	127	140	139	127	102%
Dvůr Králové	924	1046	1022	1074	1015	1076	116%
Náchod	1121	1068	950	924	914	1027	92%
PPChC Hradec Králové		653	638	616	604	599	92%
Celkový součet	4300	4849	4743	4803	4686	4902	114%

Vývoj průměrné délky trvání jednoho hospitalizačního případu

Nemocnice	Průměrná délka trvání jednoho hospitalizačního případu						%2017/2012
	r.2012	r.2013	r.2015	r.2014	r.2016	r.2017	
Hradec Králové - dospělí	6,2	6,3	6,3	6,2	6,3	5,7	92%
Hradec Králové - děti	7,2	7,6	8,2	7,4	8,7	8,0	111%
Dvůr Králové	5,4	5,2	5,3	5,0	5,0	5,0	92%
Náchod	5,0	5,3	5,8	5,8	5,6	5,5	110%
PPChC Hradec Králové		4,9	5,0	5,1	4,8	5,0	103%
Celkový součet	5,7	5,7	5,9	5,8	5,8	5,4	95%

Obr. 7.6 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – Zastoupení MDC skupin dle DRG v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Zastoupení MDC skupin	DK	HK	NA	KHK
00 - Pre MDC				
01 - Onemocnění a poruchy nervového systému		<1%		<1%
02 - Onemocnění a poruchy očí				
03 - Onemocnění a poruchy uší, nosu, úst a krku				
04 - Onemocnění a poruchy dýchacího ústrojí				
05 - Nemoci a poruchy oběhové soustavy		<1%		<1%
06 - Onemocnění a poruchy trávicího systému	<1%	<1%	<1%	<1%
07 - Onemocnění a poruchy hepatobiliárního systému a slinivky břišní			<1%	<1%
08 - Onemocnění a poruchy muskuloskeletálního systému a pojivové tkáně	<1%	<1%		<1%
09 - Onemocnění a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsou	<1%	<1%	<1%	<1%
10 - Endokrinní, nutriční a metabolická onemocnění a poruchy		<1%	<1%	<1%
11 - Onemocnění a poruchy ledvin a močových cest	67%	58%	58%	60%
12 - Onemocnění a poruchy mužského reprodukčního systému	31%	27%	38%	30%
13 - Onemocnění a poruchy ženského reprodukčního systému	<1%	<1%	<1%	<1%
14 - Těhotenství, porod a šestinedělí			<1%	<1%
15 - Novorozenci				
16 - Onemocnění a poruchy krve, orgánů podílejících se na tvorbě krve a imunity		<1%	<1%	<1%
17 - Myeloproliferativní onemocnění a poruchy, špatně diferenciované novotvary		<1%	<1%	<1%
18 - Infekční a parazitická onemocnění, systémová či neurčená místa	<1%	<1%	<1%	<1%
19 - Duševní onemocnění a poruchy				
20 - Užívání alkoholu/drog a jimi způsobené organické duševní poruchy				
21 - Úrazy, otravy a toxické účinky léků		<1%	<1%	<1%
22 - Popáleniny				
23 - Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami		10%	<1%	5%
24 - Infekce HIV				
25 - Mnohočetné trauma		<1%		<1%
88 - Nesouvisející výkony na operačním sále	<1%	2%	<1%	1%
99 - Chybové diagnostické skupiny				

Obr. 7.7 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí S chirurgickým nebo jiným výkonem v zařízeních KHK v roce 2018

Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG base - s výkonem	DK	HK	NA	KHK
1107 - URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY	354	330	192	876
1105 - MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI	204	143	52	399
1103 - VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH	44	266	58	368
1201 - VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE	2	224	51	277
1203 - TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE	139	60	31	230
1204 - VÝKONY NA VARLATECH	66	118	45	229
1205 - CIRKUMCIZE	42	9	21	72
1202 - VÝKONY NA PENISU	11	21	26	58
1102 - VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI		31	7	38
2301 - OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI		11	8	19
1001 - VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM		15	1	16
1104 - DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY		9	4	13
1206 - JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU	5	4	2	11
1801 - VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI	2	3	1	6
1108 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST		4	2	6
0903 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇĚ A PRSU	2		3	5
1703 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM		2	1	3
1310 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	1	2		3
2102 - JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH			3	3
0601 - VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU		3		3
1602 - JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH		3		3
0514 - JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY		2		2
1802 - VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE		2		2
0704 - LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE			2	2
1704 - MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM			2	2
0510 - JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU		1		1
0606 - LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE		1		1
0610 - JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU		1		1
0101 - KRANIOTOMIE		1		1
1101 - TRANSPLANTACE LEDVIN		1		1

Obr. 7.8 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – TOP 30 nejčastěji léčených DRG bazí BEZ chirurgického nebo jiného výkonu v zařízeních KHK v roce 2018

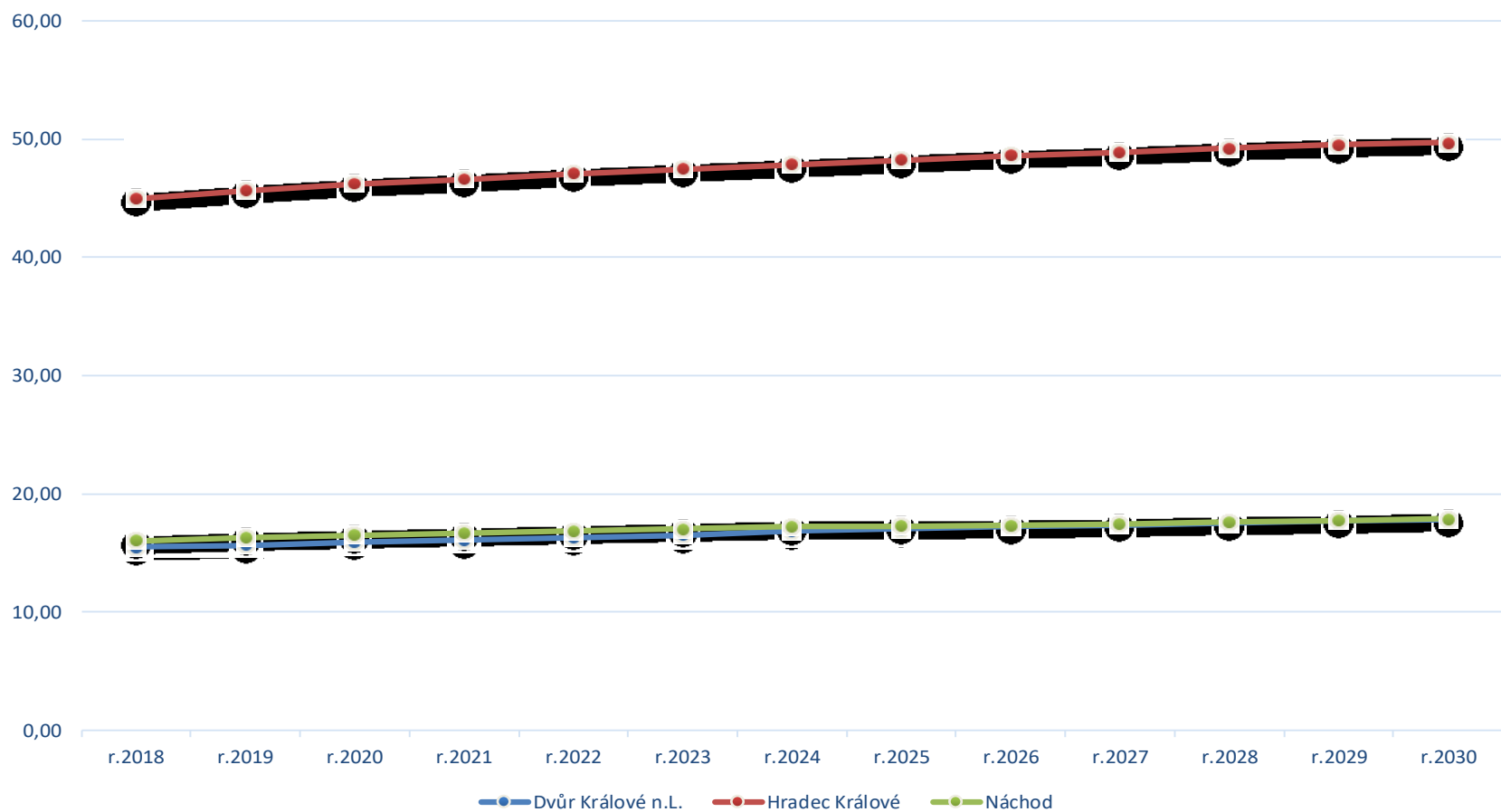
Zdroj: Sběr dat u poskytovatelů za období 2012-2018.

Nejčastěji léčené DRG baze - bez výkonu	DK	HK	NA	KHK
1231 - PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ	83	130	124	337
1134 - MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE	90	120	113	323
1132 - INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	44	101	81	226
2332 - JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV		216		216
1133 - MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU		127		127
1137 - JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST	27	54	30	111
1230 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU	6	18	60	84
1136 - PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH	5	43	3	51
8887 - ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	4	34		38
1130 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ	9	22	6	37
8888 - PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	3	9		12
8889 - VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY	1	8	1	10
1830 - SEPTIKÉMIE	4	5	1	10
1131 - NEFRITIDA			4	4
0638 - JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	1	3		4
1033 - JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY		3		3
2133 - KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ		2	1	3
1831 - POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE	1	1		2
0544 - SYNKOPA A KOLAPS		2		2
0932 - FLEGMÓNA			2	2
0837 - KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY	2			2
1135 - SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU		1	1	2
1330 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU			2	2
0630 - MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU		2		2
0637 - JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	1	1		2
1473 - JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU			2	2
1633 - PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI			1	1
1834 - JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI			1	1
1832 - HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU		1		1
1030 - DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY		1		1

Obr. 7.9 (URO) Urologie a dětská urologie (odbornosti 706,707) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(7_6, 7_7) - urologie	76,4	85,4	8,9	111,7%



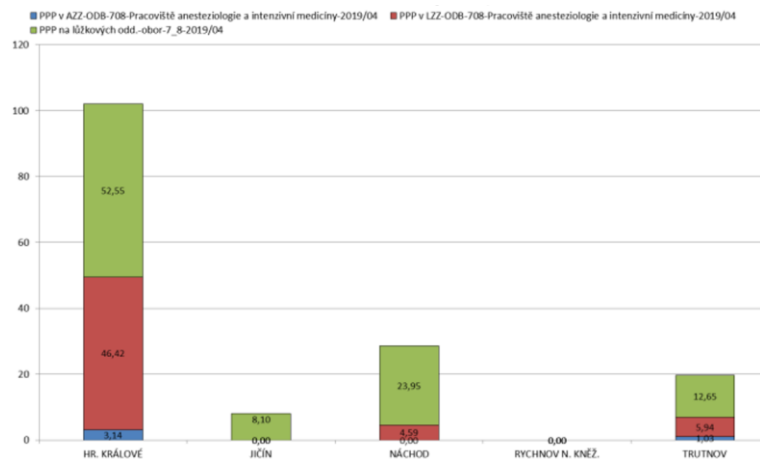
**708 – ANESTEZIOLOGIE
A INTENZIVNÍ MEDICÍNA
(ARIM)**

Obr. 7.1 (ARIM) Anesteziologie (odbornost 708) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/09

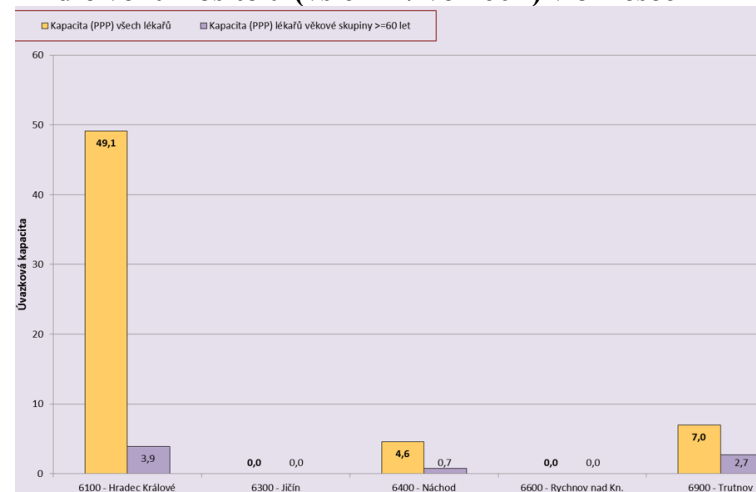
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK

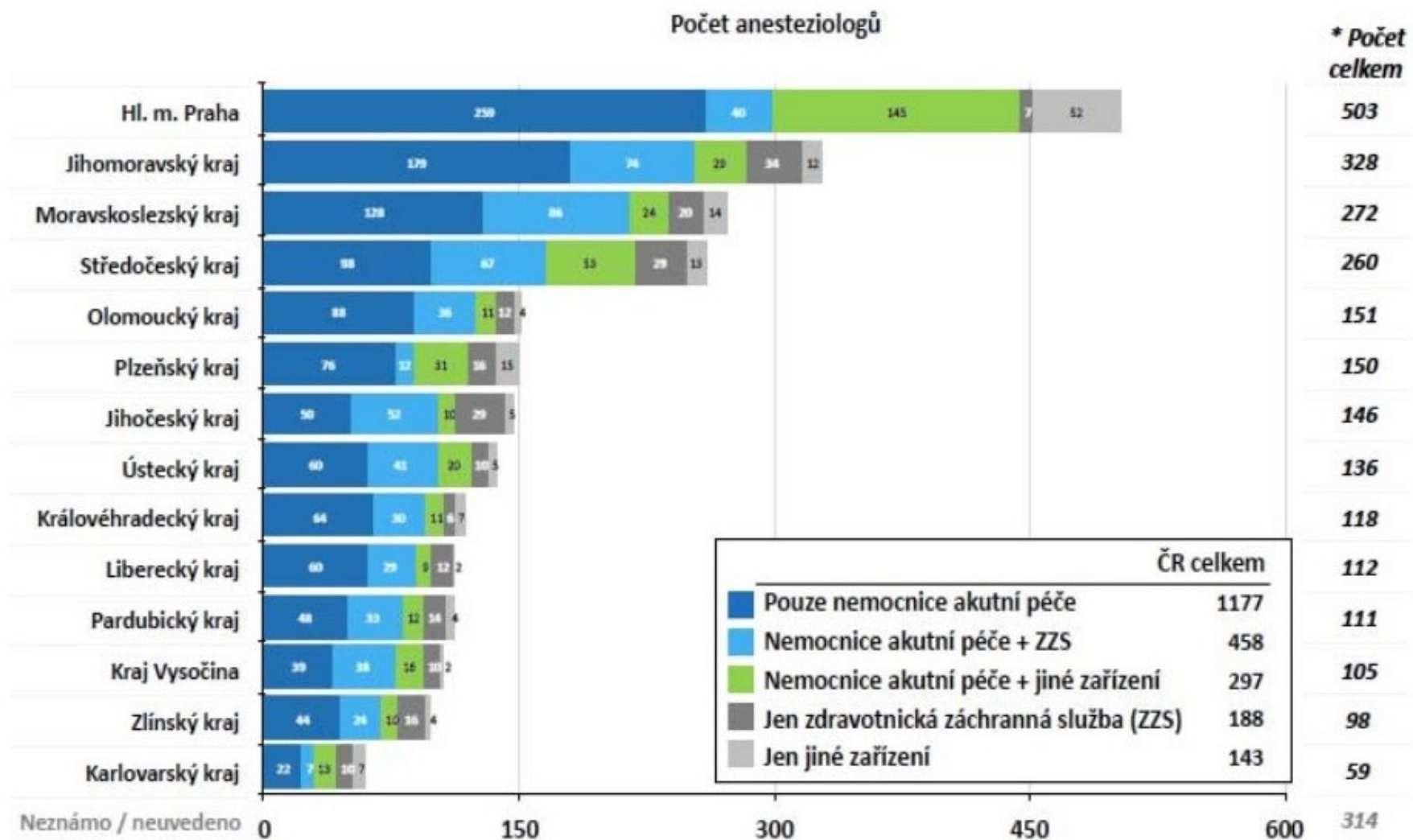


B. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.2 (ARIM) Počet anesteziologů a jejich pracovní zařazení v krajích ČR, r. 2019

Zdroj: Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>



Obr. 7.3 (ARIM) Počet anesteziologů v krajích ČR přepočteno na počet obyvatel kraje, r. 2019

Zdroj: Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

kraj	obyvatel	anesteziologů	anesteziologů na 100tis.obyvatel
Hl.město Praha	1 280 508	503	39,3
Jihomoravský kraj	1 178 812	328	27,8
Plzeňský kraj	578 629	150	25,9
Liberecký kraj	440 636	112	25,4
ČR	10 578 820	2549	24,1
Olomoucký kraj	633 925	151	23,8
Jihočeský kraj	638 782	146	22,9
Moravskoslezský kraj	1 209 879	272	22,5
Pardubický kraj	517 087	111	21,5
Královéhradecký kraj	550 804	118	21,4
Kraj Vysočina	508 952	105	20,6
Karlovarský kraj	296 749	59	19,9
Středočeský kraj	1 338 982	260	19,4
Zlínský kraj	583 698	98	16,8
Ústecký kraj	821 377	136	16,6

Obr. 7.4 (ARIM) Výkony anesteziologické péče v ČR, r. 2010-2018

Zdroj: Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	% 2018/2010
Předanestetické vyšetření	879 070	872 590	912 496	909 531	932 725	929 661	932 475	930 063	927 446	105,5%
Anezie celkem	832 047	820 313	836 467	828 577	842 449	829 781	836 167	827 469	819 156	98,5%
součást akutního hosp.případu	711 270	700 729	717 986	709 557	719 469	702 666	710 491	705 832	699 777	98,4%
mimo akutní hosp.případ	120 777	119 584	118 481	119 020	122 980	127 115	125 676	121 637	119 379	98,8%
Regionální anestezie	132 298	128 997	127 144	124 676	126 900	128 373	130 293	132 308	132 344	100,0%
součást akutního hosp.případu	119 934	116 118	116 112	112 435	114 541	114 502	116 627	118 412	118 121	98,5%
mimo akutní hosp.případ	12 364	12 879	12 032	12 241	12 359	13 871	13 666	13 896	14 223	115,0%
Analgesedace	69 627	66 917	65 241	64 830	67 154	65 160	66 927	64 876	64 222	92,2%
součást akutního hosp.případu	24 341	21 917	21 213	21 219	21 372	21 692	22 913	22 470	21 818	89,6%
mimo akutní hosp.případ	45 286	45 000	44 028	43 611	45 782	43 468	44 014	42 406	42 404	93,6%
Celková anestezie	655 518	650 654	669 909	666 743	677 438	666 147	670 609	663 102	655 776	100,0%
součást akutního hosp.případu	591 359	587 946	606 609	602 725	611 602	595 023	601 363	596 692	591 960	100,1%
mimo akutní hosp.případ	64 159	62 708	63 300	64 018	65 836	71 124	69 246	66 410	63 816	99,5%
Kombinace více typů anestezie	25 396	26 255	26 827	27 672	29 043	29 899	31 662	32 817	33 186	130,7%
ASA 3+	61 843	60 231	57 713	53 768	53 136	54 605	54 734	53 994	53 370	86,3%
Anestezie delší než 3 hodiny	93 641	92 760	95 509	91 837	93 655	92 163	94 662	94 612	94 588	101,0%

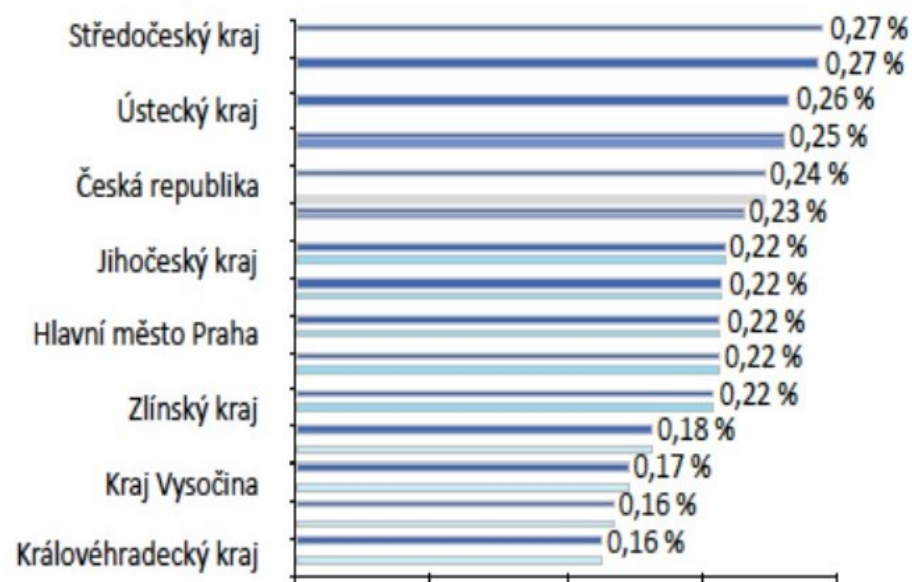
Obr. 7.5 (ARIM) Počet hospitalizací s anestezií v ČR, r. 2010 - 2018 a mortalita do jednoho dne od anestezie po krajích, r. 2018

Zdroj: Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

Hospitalizační případy s anestezií v ČR v letech 2010–2018:

	Počet hospitalizací s anestezií	Mortalita do jednoho dne od anestezie
2010	669 647	0.24%
2011	664 065	0.24%
2012	681 589	0.23%
2013	669 910	0.24%
2014	682 640	0.22%
2015	667 258	0.24%
2016	673 027	0.24%
2017	667 464	0.25%
2018	661 067	0.24%

Mortalita do jednoho dne od anestezie v roce 2018 dle kraje bydliště pacienta:



Obr. 7.6 (ARIM) Počet hospitalizací s anestezií v ČR r. 2010 - 2018 a 30denní mortalita po anestezií po krajích, r. 2018

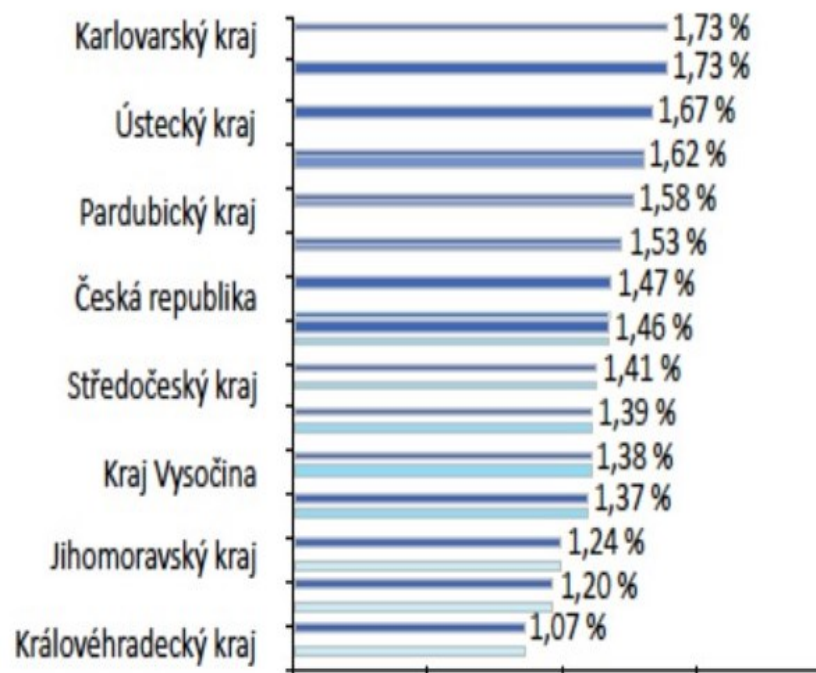
Zdroj: Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

Hospitalizační případy s anestezií v ČR v letech 2010–2018:

	Počet hospitalizací s anestezií	Počet hospitalizovaných osob s anestezií	30denní mortalita*
2010	669 647	595 424	1,60 %
2011	664 065	590 755	1,57 %
2012	681 589	604 071	1,51 %
2013	669 910	593 305	1,56 %
2014	682 640	605 851	1,48 %
2015	667 258	593 057	1,50 %
2016	673 027	597 702	1,47 %
2017	667 464	592 612	1,47 %
2018	661 067	587 314	-

*30denní mortalita udává podíl osob zemřelých do 30 dní od poslední anestezie.

30denní mortalita v roce 2017 dle kraje bydliště pacienta:



Obr. 7.7 (ARIM) Anesteziologie a intenzivní medicína (odbornosti 708) - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
708 anesteziol. a intenzivní medicína	10 712	5 134	15 846	67,60%
710 algeziologie - léčba bolesti	0	4 887	4 887	0,00%

Obr. 7.8 (ARIM) Anesteziologie (odbornosti 708) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	7	2	3	2	5	19
úvazky 2)	65,7		4,7		8,7	79,1
UOP 3)	21 178	3 363	7 856		6 463	38 860
klinická vyšetření 3)	59 724	6 564	21 475		17 447	105 210
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	40,1	0,0	4,3		7,4	14,4
UOP 3)	12 939	4 215	7 126		5 466	7 052
klinická vyšetření 3)	36 490	8 227	19 480		14 756	19 094
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	2,82	1,95	2,73		2,70	2,71
klinická vyšetření / úvazek 1,00	909		4 563		2 005	1 330
body / 1 klinické vyšetření	2 007	1 665	1 632		1 271	1 787

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	7	7	2	1	3	4	2	2	5	7	19	21
úvazky 2)	65,7		0,0		4,7				8,7		79,1	

VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	21 178	101%	3 363	93%	7 856	123%			6 463	125%	38 860	103%
klinická vyšetření 3)	59 724	93%	6 564	80%	21 475	110%			17 447	116%	105 210	92%
body 3)	119 862 151	104%	10 931 872	86%	35 047 170	126%			22 173 132	122%	188 014 325	104%

Obr. 7.9 (ARIM) Algeziologie (odbornosti 710) – Ambulantní péče a její časový vývoj v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK

Údaje v tabulce níže jsou sestaveny z následujících zdrojů:

- 1) HARTWICH, Lukáš. Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK 2020+,
- 2) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný
- 3) ÚZIS ČR – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Poznámky: Úvazky - počet přepočtených nositelů péče, UOP – unikátní ošetřený pojištěnec, body- počet bodů za všechny vykázané ambulantní výkon

Ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

r. 2018	okres HK	okres JI	okres NA	okres RK	okres TR	KHK
abs. počty						
počet ambulancí 1)	1					1
úvazky 2)	1,1					1,1
UOP 3)	1 388					1 389
klinická vyšetření 3)	5 466					5 467
na 100 000 osob v příslušné populaci						
úvazky 2)	0,7					0,2
UOP 3)	848					252
klinická vyšetření 3)	3 340					992
indexy						
klinická vyšetření / 1 UOP	3,94					3,94
klinická vyšetření / úvazek 1,00	4 969					4 970
body / 1 klinické vyšetření	458					458

Časový vývoj ambulantní péče (v ambulantních zařízeních i v nemocnicích)

KAPACITY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013	r. 2018	r. 2013
počet ambulancí 1)	1	1									1	1
úvazky 2)	1,1										1,1	

VÝKONY	okres HK		okres JI		okres NA		okres RK		okres TR		KHK	
	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13	r. 2018	2018/13
UOP 3)	1 388	305%									1 389	299%
klinická vyšetření 3)	5 466	439%									5 467	435%
body 3)	2 503 195	318%									2 503 563	316%

Obr. 7.10 (ARIM) Počet lůžek na pracovištích oboru ARIM v ČR, 2010-2018

Zdroj: Konference NZIS OPEN, 13. prosince 2019, ÚZIS ČR, Praha. Dostupné: <https://nzis-open.uzis.cz/nzis-open-2019.html>, <https://nzis-open.uzis.cz/prezentace/Blok3-04-cerny.pdf>

Rok	Počet lůžek JIP	Suma OD	Obložnost
2010	843	228 958	74.4%
2011	822	231 298	77.1%
2012	833	225 297	74.1%
2013	831	217 698	71.8%
2014	814	216 021	72.7%
2015	800	211 150	72.3%
2016	825	212 454	70.6%
2017	818	202 343	67.8%
2018	807	199 146	67.6%

Obr. 7.11 (ARIM) Přehled lůžek a ošetřovacích dní na akutních JIP s resuscitační péčí pro dospělé v KHK, r. 2018

Zdroj: Tabulka z vlastních zdrojů odboru zdravotnictví KÚ KHK a na základě dat získaných při projednávání jednotlivých oborů

Data za rok 2018	Obor	Počet nasml.lůžek	Odbornost	OD dle TISS 00051-00053
FN Hradec Králové (bez dětských JIP, pouze JIP s resuscitační péčí)	interní lékařství - JIP *)	40	1_1	2117
	kardiologie - JIP		1_7	888
	chirurgie - JIP (**)	16	5_1	684
	úrazová chirurgie - JIP		5_3	342
	kardiochirurgie - JIP	16	5_5	2038
	neurochirurgie - JIP	10	5_6	995
	ARO	12	7_8	1790
Zdravotnický holding KHK	ARO - nem.Trutnov	5	7_8	627
	ARO - nem.Jičín	7	7_8	845
	ARO - nem.Náchod	6	7_8	955
	ARO - nem.Rychnov n.Kn.	5	7_8	767
CELKEM KHK		117		12048
oddělení ARO celkem v KHK		35		4984
JIP s resuscitační péčí (bez odd.ARO)		82		7064
% ARO z KHK		29,9%		41,4%
% ARO z FNHK		12,8%		20,2%

Obr. 7.12 (ARIM) Přehled lůžek a ošetřovacích dní na akutních JIP v KHK podle TISS, r. 2018

Zdroj: Tabulka z vlastních zdrojů odboru zdravotnictví KÚ KHK a na základě dat získaných při projednávání jednotlivých oborů

Data za rok 2018	Obor	Počet nasml.lůžek	Odbornost	Typ OD dle TISS			
				00051-00053	00055	00057-00058	celkem
FN Hradec Králové	interní lékařství - JIP	40	1_1	2117	2616	3473	8206
	kardiologie - JIP		1_7	888	722	2479	4089
	hematologie - JIP	13	2_2		540	3516	4056
	infekční - JIP	5	2_3		30	1092	1122
	plicní - JIP	6	2_5		180	1865	2045
	neurologie - JIP	6	2_9		196	1595	1791
	pediatrie - JIP	7	3_1	595	622	505	1722
	neonatologie - JIP	33	3_4	2746	507	6062	9315
	chirurgie - JIP	16	5_1	684	1343	1813	3840
	dětská chirurgie - JIP	3	5_2			427	427
	úrazová chirurgie - JIP		5_3	342	344	554	1240
	kardiochirurgie - JIP	16	5_5	2038	1555	556	4149
	neurochirurgie - JIP	10	5_6	995	1050	969	3014
	gynekologie, porodnice - JIP	9	6_3			1256	1256
	ortopedie - JIP	4	6_6			990	990
	ARO	12	7_8	1790	1422	480	3692
	CELKEM	180		12195	11127	27632	50954
PPChC Hradec Králové	gynekologie- JIP	8	6_3				0
MN Dvůr Králové n.L.	interní lékařství - JIP	4	1_1			466	466
	chirurgie - JIP	3	5_1			506	506
	CELKEM	7				972	972
ON Trutnov	interní lékařství - JIP	6	1_1		187	903	1090
	neurologie - JIP	5	2_9			295	295
	chirurgie - JIP	4	5_1			829	829
	ARO	5	7_8	627	401	31	1059
	CELKEM	20		627	588	2058	3273
Nemocnice Vrchlabí	interní lékařství - JIP	5	1_1				0
ON Jičín	interní lékařství - JIP	12	1_1			3349	3349
	ARO	7	7_8	845	588	411	1844
	CELKEM	19		845	588	3760	5193
ON Náchod - nem.Broumov	interní lékařství - JIP	5	1_1		306	718	1024
ON Náchod - nem.Náchod	interní lékařství - JIP	6	1_1		613	750	1363
	neurologie - JIP	4	2_9			1321	1321
	chirurgie - JIP	4	5_1		236	1059	1295
	ARO	6	7_8	955	345	86	1386
	CELKEM	20		955	1194	3216	5365
ON Náchod - nem.Rychnov n.Kn.	interní lékařství - JIP	6	1_1			1337	1337
	chirurgie - JIP	4	5_1			987	987
	ARO	5	7_8	767	204	29	1000
	CELKEM	15		767	204	2353	3324
CELKEM KHK		279		15389	14007	40709	70105

Obr. 7.13 (ARIM) Počet lůžek a hospitalizací na lůžkách ARO v KHK r. 2018. Základní hospitalizační statistika a vývoj v období 2012-2018

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky ARO v KHK, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich

Rok 2018 - základní údaje pracovišť					pouze případy ukončené na ARO		
Nemocnice	nasmlouvaná kapacita lůžek	dlouhodobě uzavřených lůžek	prům. obloženost z disponibilních lůžek	počet ošetřovacích dní	počet hosp. případů	průměrná délka hosp.případu	průměrný case-mix
Hradec Králové	12		84%	3692	198	11,8	9,58
Jičín	7		72%	1844	145	9,7	7,61
Náchod	6		63%	1386	82	13,6	10,64
Rychnov n.Kn.	5		55%	1000	54	8,9	6,84
Trutnov	5		58%	1059	42	24,8	18,93
KHK	35	0	70%	8981	521	11,5	8,67

Počet ošetřovacích dní

Nemocnice	Počet OD dle TISS skóre						celkem
	00051	00052	00053	00055	00057	00058	
Hradec Králové	251	633	906	1422	371	109	3692
Jičín	13	295	537	588	264	147	1844
Náchod	44	306	605	345	50	36	1386
Rychnov n.Kn.	74	295	398	204	24	5	1000
Trutnov	4	133	490	401	26	5	1059
Celkový součet	386	1662	2936	2960	735	302	8981

Zastoupení OD dle TISS skóre

Nemocnice	Podíl OD dle TISS skóre					
	00051	00052	00053	00055	00057	00058
Hradec Králové	7%	17%	25%	39%	10%	3%
Jičín	1%	16%	29%	32%	14%	8%
Náchod	3%	22%	44%	25%	4%	3%
Rychnov n.Kn.	7%	30%	40%	20%	2%	1%
Trutnov	0%	13%	46%	38%	2%	0%
Celkový součet	4%	19%	33%	33%	8%	3%

Obr. 7.14 (ARIM) Počet hospitalizačních případů dle délky UPV na lůžkách ARO v KHK r. 2018. (Základní hospitalizační statistika)

Zdroj: Analytický podklad k projednávání problematiky ARO, r. 2019, Odbor zdravotnictví KÚ KHK, L. Hartwich.

Počet případů v roce 2018

DRG marker ventilace	HK	JC	NA	RK	TR	VR	KHK
90901 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE DO 24 HODIN (MAX. 1 DEN)	38	49	32	60	7	15	201
90902 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 24 AŽ MAXIMÁLNĚ 96 HODIN (2-4 DNY)	58	51	33	34	5	18	199
90903 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 96 AŽ MAXIMÁLNĚ 240 HODIN (5-10 DNŮ)	52	38	33	35	9	11	178
90904 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 240 AŽ MAXIMÁLNĚ 504 HODIN (11-21 DNŮ)	24	27	15	13	15	15	109
90905 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 504 AŽ MAXIMÁLNĚ 1008 HODIN (22-42 DNŮ)	15	9	10	2	16	4	56
90906 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 1008 AŽ MAXIMÁLNĚ 1800 HODIN (43-75 DNŮ)	2		2		3		7
90907 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNŮ)					1		1
Celkem	189	174	125	144	56	63	751

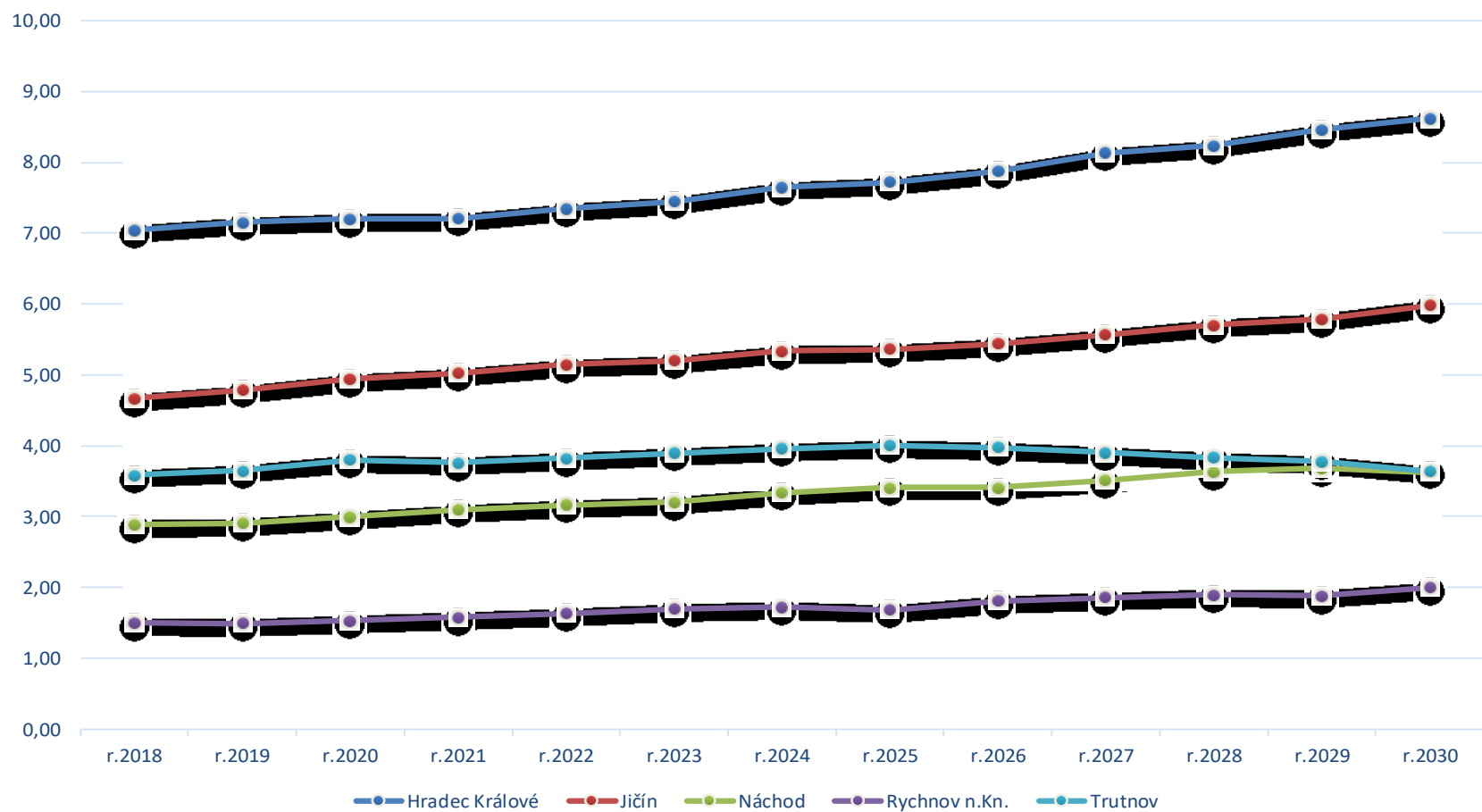
Zastoupení případů v roce 2018

DRG marker ventilace	HK	JC	NA	RK	TR	VR	KHK
90901 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE DO 24 HODIN (MAX. 1 DEN)	20%	28%	26%	42%	13%	24%	27%
90902 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 24 AŽ MAXIMÁLNĚ 96 HODIN (2-4 DNY)	31%	29%	26%	24%	9%	29%	26%
90903 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 96 AŽ MAXIMÁLNĚ 240 HODIN (5-10 DNŮ)	28%	22%	26%	24%	16%	17%	24%
90904 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 240 AŽ MAXIMÁLNĚ 504 HODIN (11-21 DNŮ)	13%	16%	12%	9%	27%	24%	15%
90905 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 504 AŽ MAXIMÁLNĚ 1008 HODIN (22-42 DNŮ)	8%	5%	8%	1%	29%	6%	7%
90906 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 1008 AŽ MAXIMÁLNĚ 1800 HODIN (43-75 DNŮ)	1%		2%		5%		1%
90907 (DRG) DOBA TRVÁNÍ UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE VÍCE NEŽ 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNŮ)					2%		0%

Obr. 7.15 (ARIM) Anesteziologie a intenzivní medicína (odbornosti 708) – Prognóza (střední odhad potřeby) počtu lůžek akutní péče v zařízeních KHK dle demografické předpovědi do r.2030

Zdroj: Odbor zdravotnictví KÚ KHK. Materiál není veřejně dostupný.

(7_8) - ARIM	počet lůžek KHK			
	r.2018	r.2030	Δ 2030-2018	% 2030/2018
(7_8) - ARIM	19,7	23,9	4,2	121,3%



Obr. 7.16 (ARIM) Přehled lůžek následné intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v KHK, r. 2020

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál Následná péče.

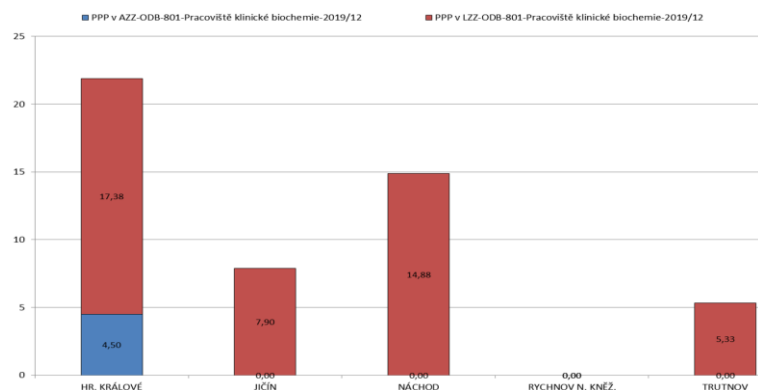
Obor	odb.	okres Náchod	okres Trutnov
		nemocnice Broumov	nemocnice Vrchlabí
následná intenzivní péče	7D8	5	12
dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče	7U8	5	

80* – LABORATORNÍ OBORY A PATOLOGICKÁ ANATOMIE

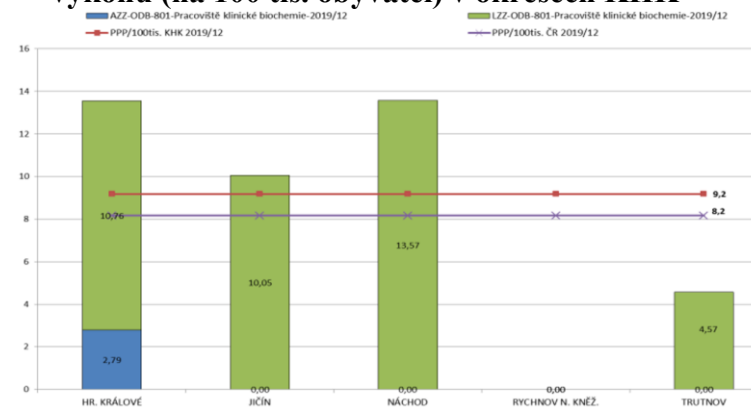
Obr. 7.1 (LAB) Laboratoř klinické biochemie (odbornost 801) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.
(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

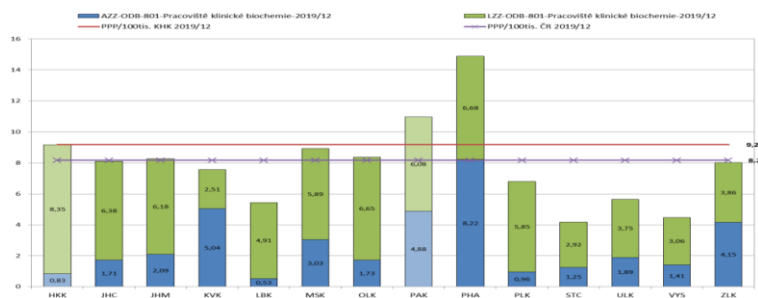
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



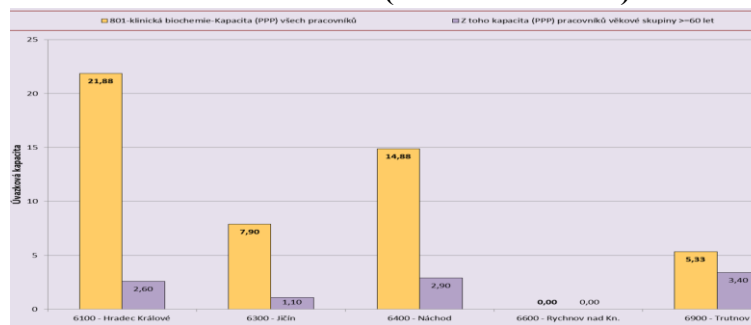
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK

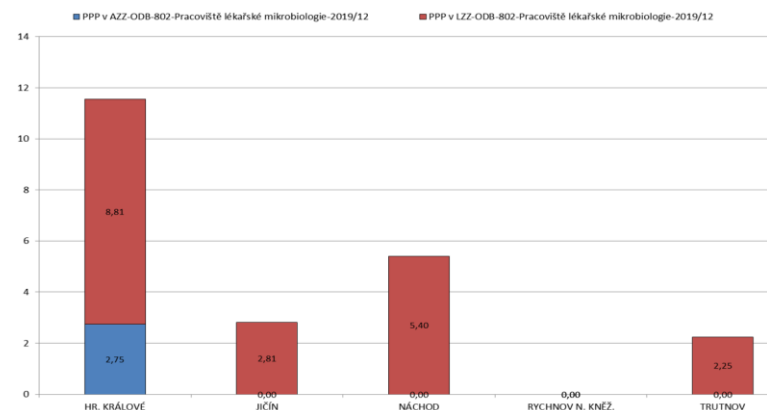


Obr. 7.2 (LAB) Laboratoř klinické mikrobiologie (odbornost 802) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

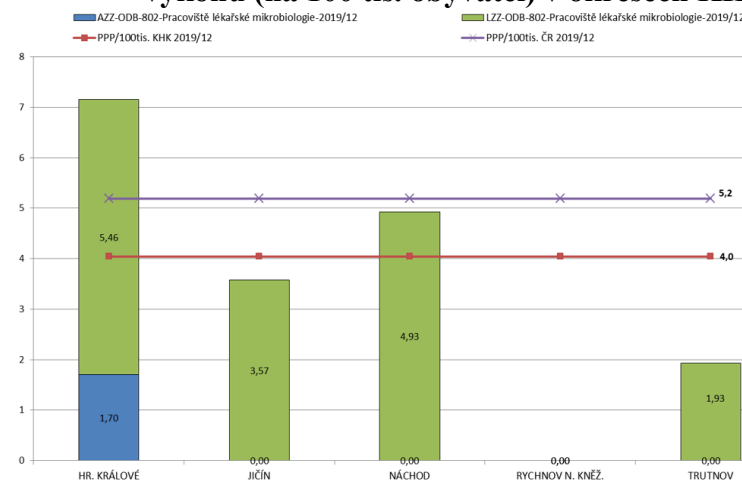
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

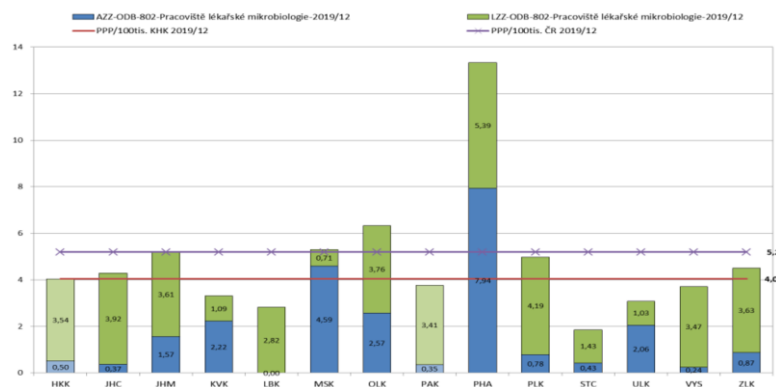
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



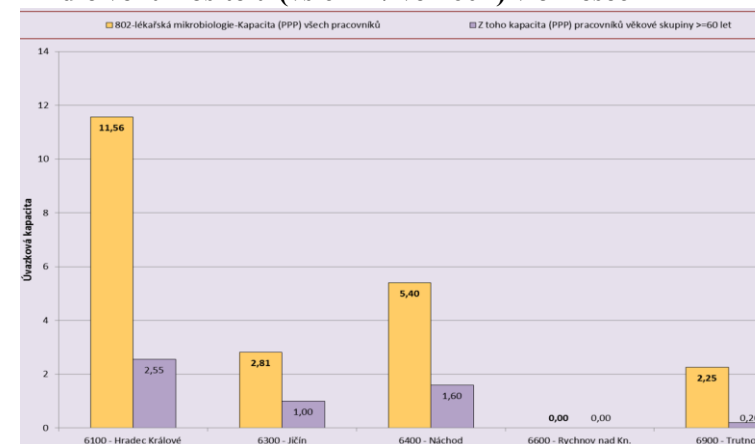
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



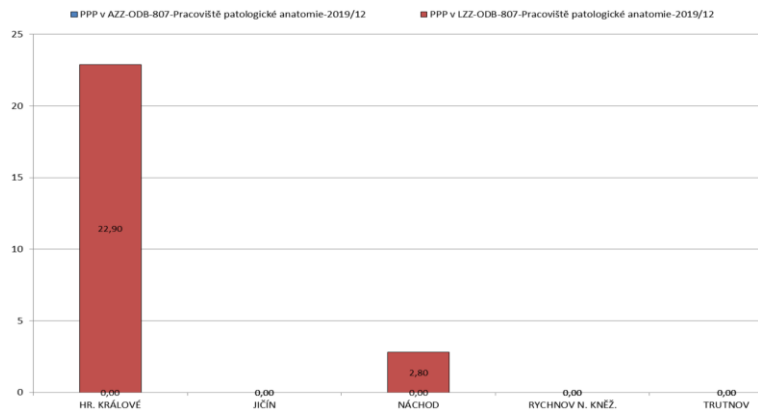
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



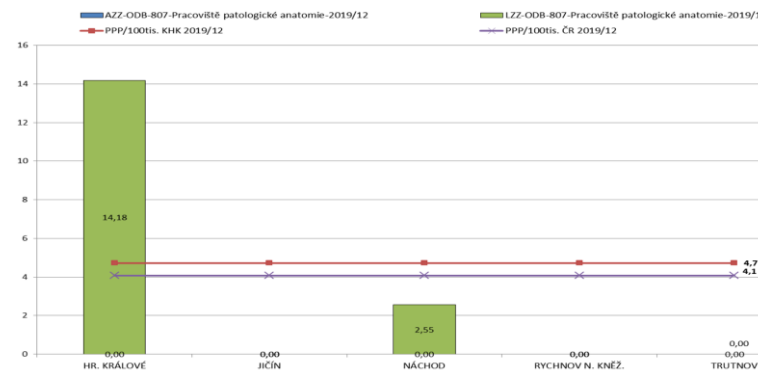
Obr. 7.3. (LAB) Patologická anatomie (odbornost 807) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

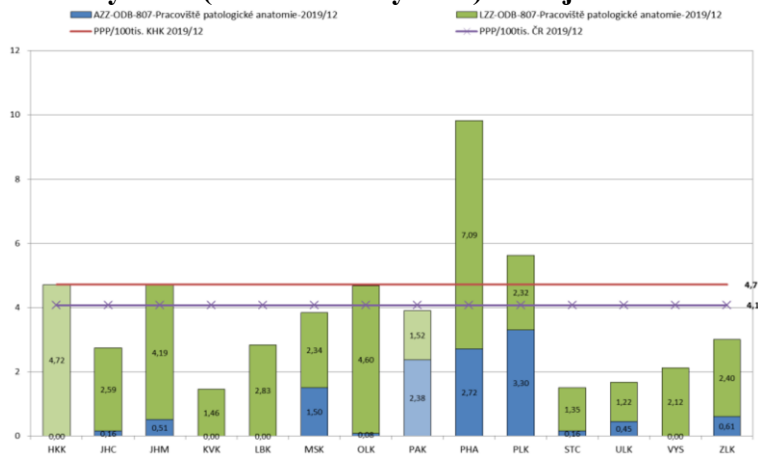
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



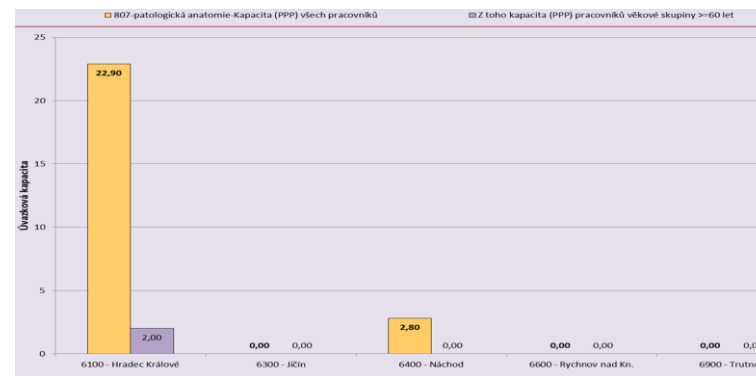
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



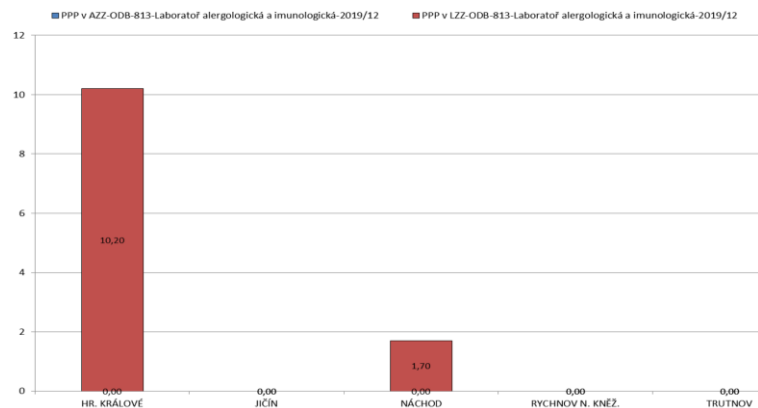
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



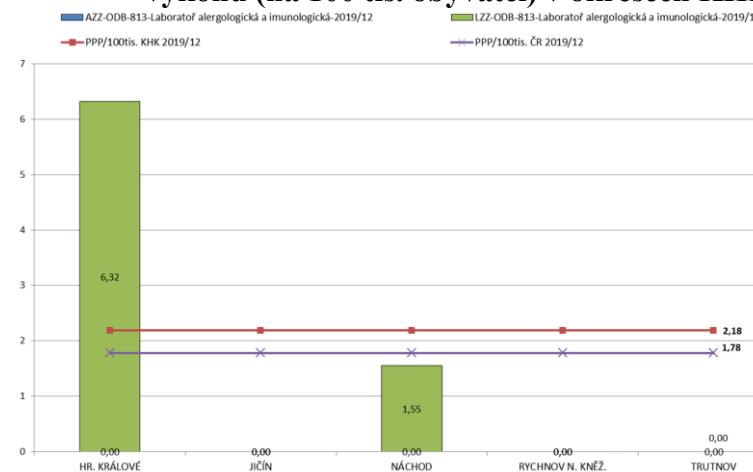
Obr. 7.4 (LAB) Laboratoř alergologie a imunologie (odbornost 813) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

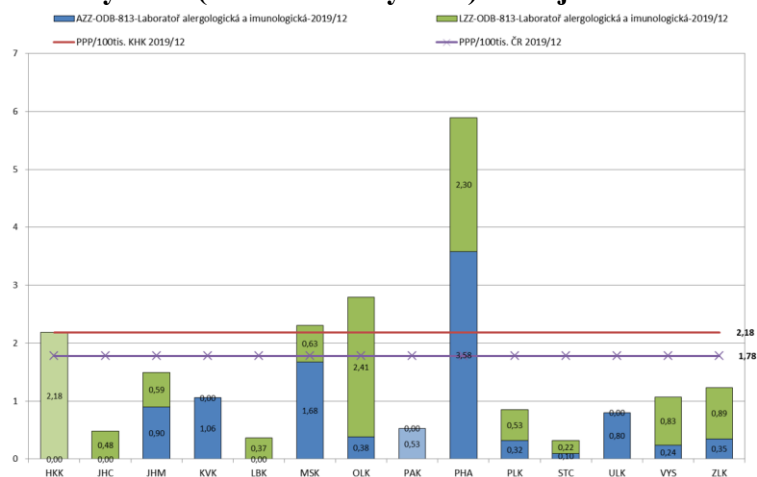
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



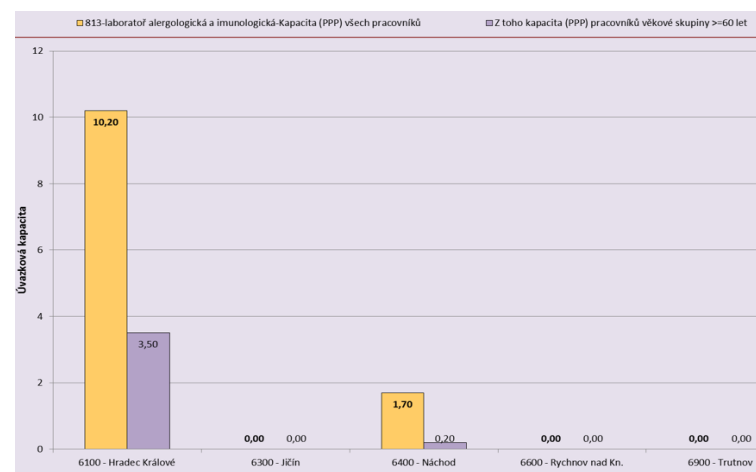
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK

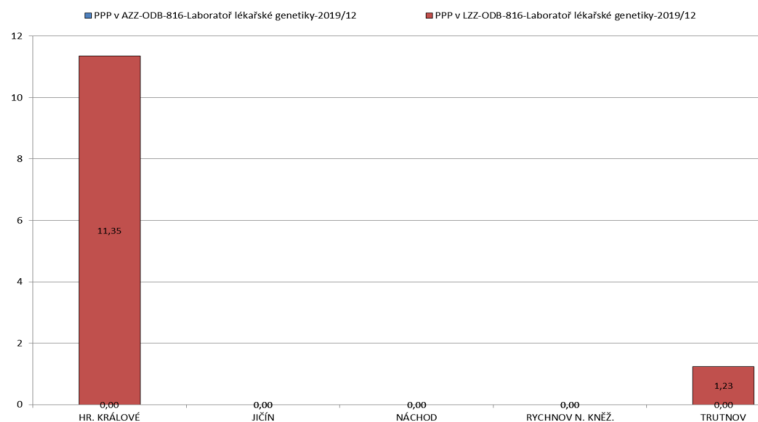


Obr. 7.5 (LAB) Laboratoř lékařské genetiky (odbornost 816) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

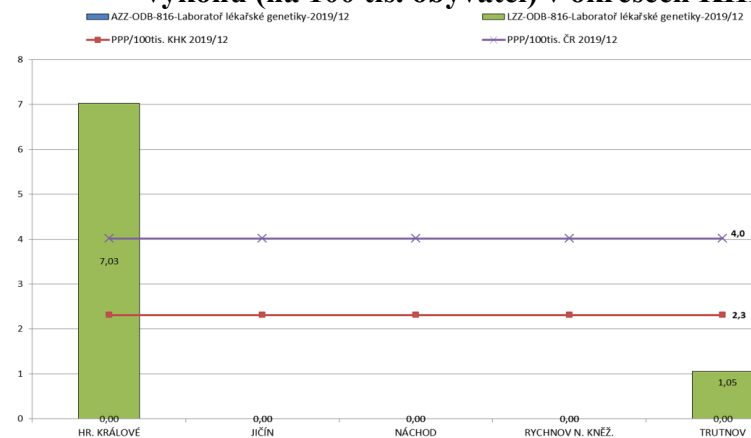
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



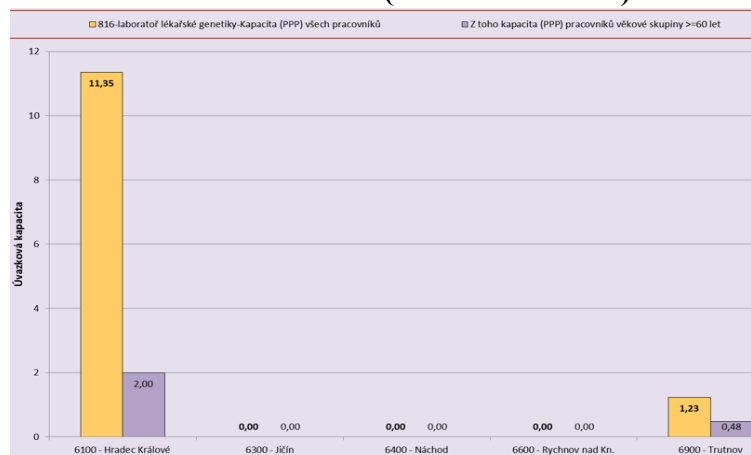
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK

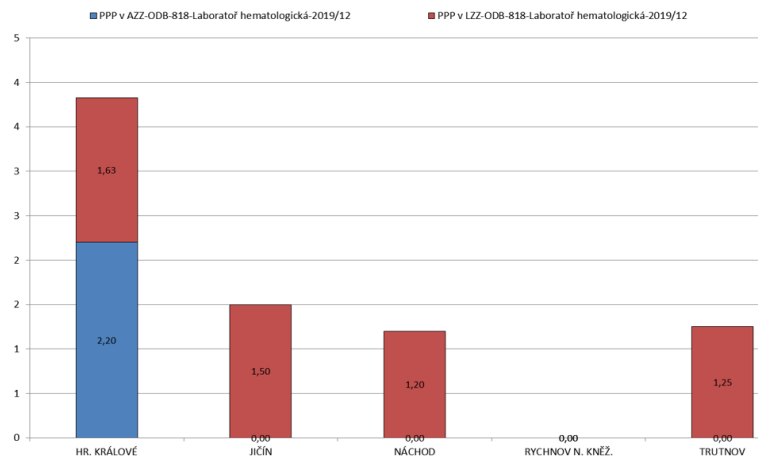


Obr. 7.6 (LAB) Laboratoř hematologie (odbornost 818) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

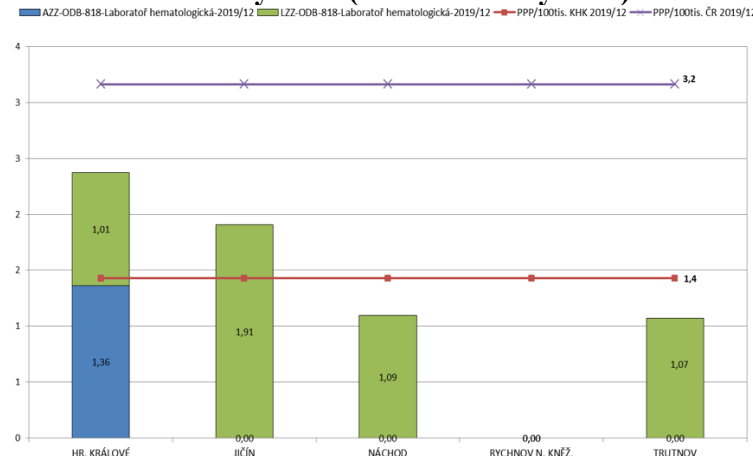
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

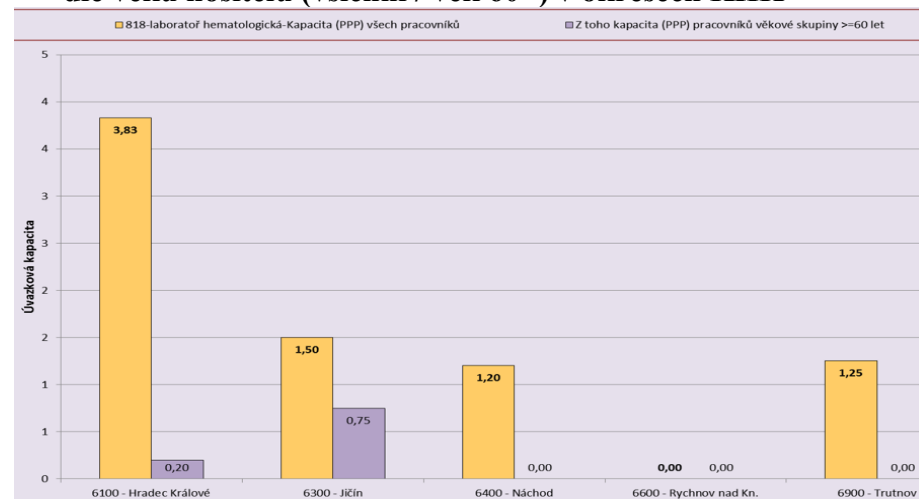
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



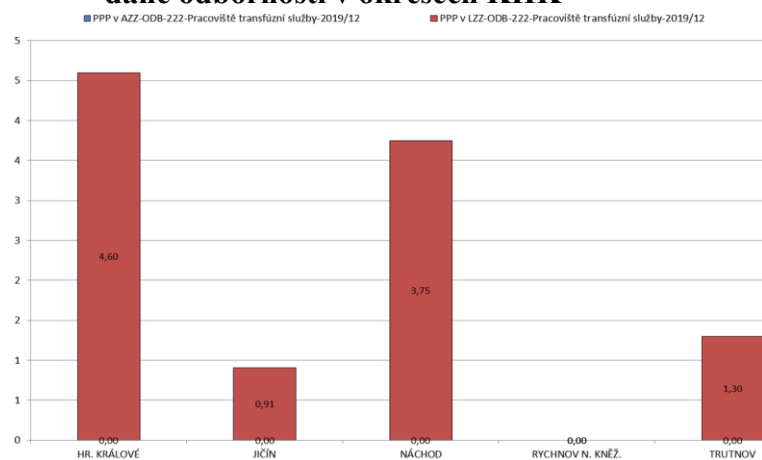
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



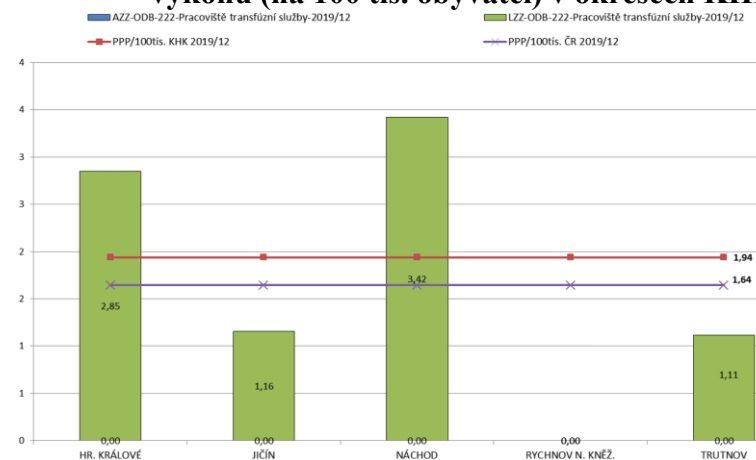
Obr. 7.7 (LAB) Transfuzní lékařství (odbornost 222) - analýza úvazků nositelů výkonů - lékařů a jiných odborných VŠ, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



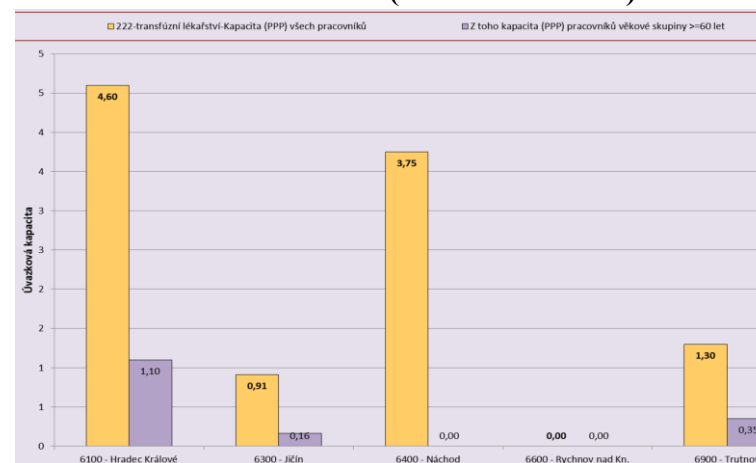
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.8 (LAB) Laboratorní obory, patologická anatomie a blízké odbornosti - Počet vyšetření pro ambulantní pacienty v nemocnicích a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

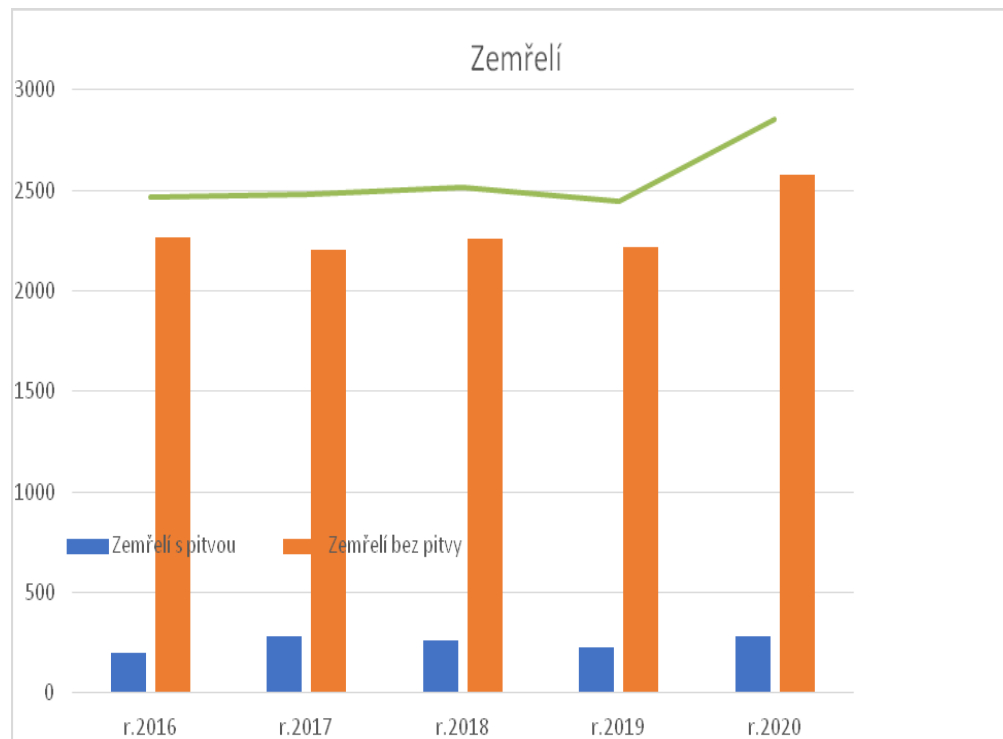
Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulantní nemocnic KHK
801 klinická biochemie	749 993	69 571	819 564	91,50%
802 lékařská mikrobiologie	233 226	66 108	299 334	77,90%
807 patologická anatomie	33 634	0	33 634	100,00%
808 soudní lékařství	794	0	794	100,00%
813 lab. alergologická a imunologická	38 327	0	38 327	100,00%
815 laboratoř nukleární medicíny	21 480	0	21 480	100,00%
816 laboratoř lékařské genetiky	2 858	171	3 029	94,40%
817 laboratoř klinické cytologie	77	0	77	100,00%
818 laboratoř hematologická	265 512	26 149	291 661	91,00%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	0	1 983	100,00%

Obr. 7.9 (LAB) Patologická anatomie – Počty zemřelých celkem ve FN HK a v nemocnicích ZH KHK a počty provedených pitev. KHK, r. 2016-2020

Zdroj: údaje odboru zdravotnictví KÚ KHK z dat získaných při projednávání jednotlivých oborů

		r.2016	r.2017	r.2018	r.2019	r.2020
FN HK	s pitvou	143	211	192	167	196
	bez pitvy	757	700	717	742	824
	Celkem	900	911	909	909	1020
DK	s pitvou	4	1	2	2	4
	bez pitvy	119	122	116	98	116
	Celkem	123	123	118	100	120
RK	s pitvou	8	16	5	8	6
	bez pitvy	287	264	278	260	306
	Celkem	295	280	283	268	312
TU	s pitvou	4	3	7	3	6
	bez pitvy	352	389	345	326	391
	Celkem	356	392	352	329	397
NA	s pitvou	19	13	10	13	24
	bez pitvy	356	350	420	405	484
	Celkem	375	363	430	418	508
JC	s pitvou	23	36	44	35	43
	bez pitvy	396	378	380	390	453
	Celkem	419	414	424	425	496
Zemřelí	s pitvou	201	280	260	228	279
	bez pitvy	2267	2203	2256	2221	2574
	Celkem	2468	2483	2516	2449	2853

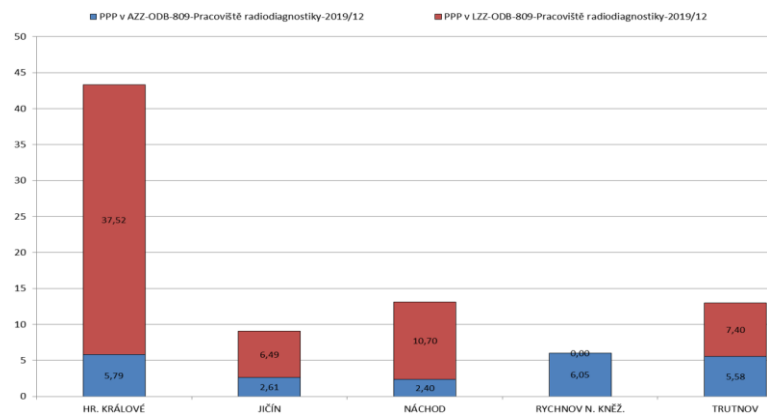


809 – RADIODIAGNOSTIKA A NUKLEÁRNÍ MEDICÍNA

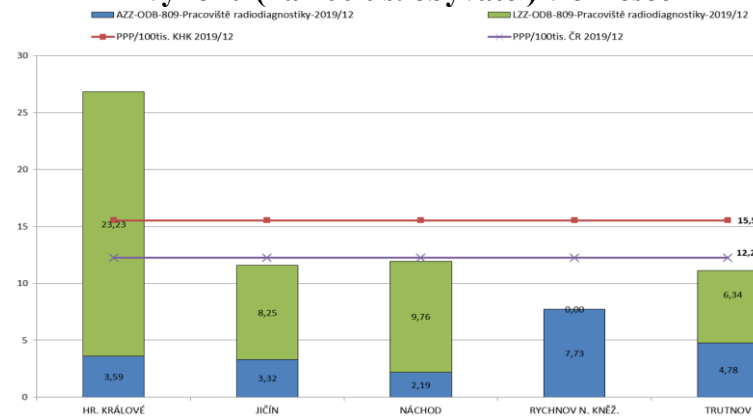
Obr. 7.1 (RTG) Radiodiagnostika (odbornost 809) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



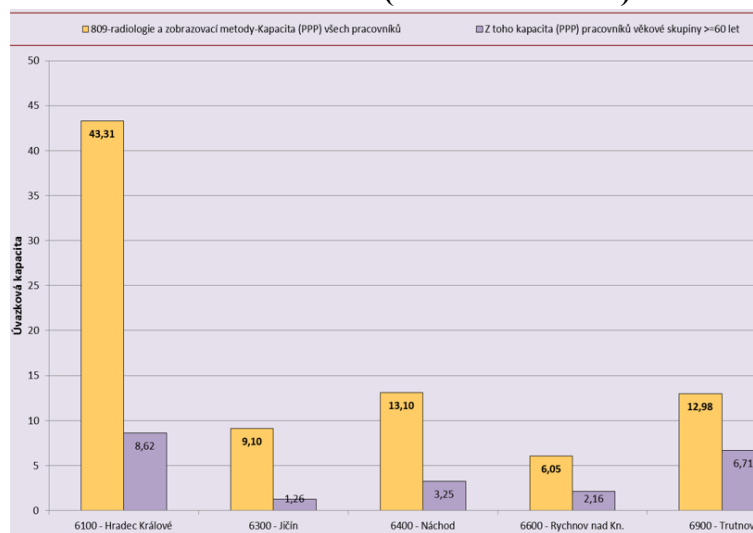
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



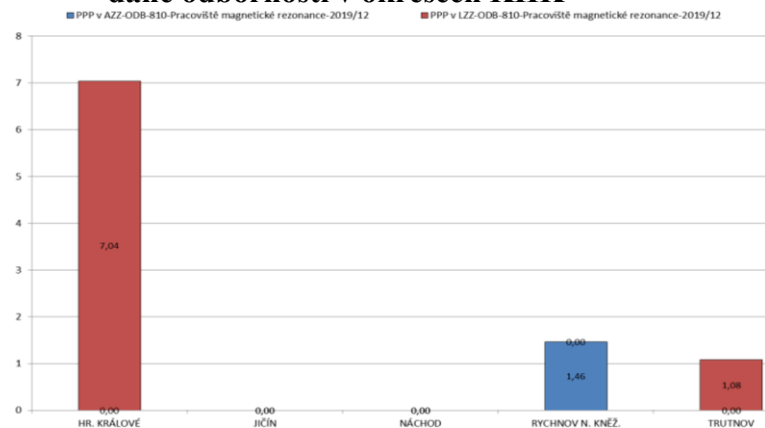
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



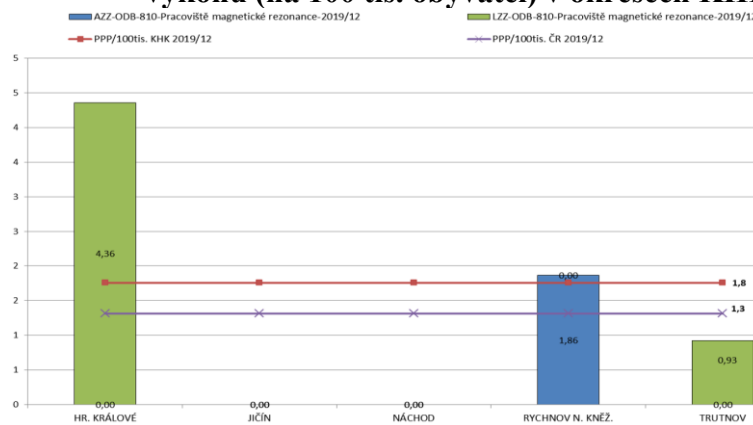
Obr. 7.2 (RTG) Magnetická rezonance (odbornost 810) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

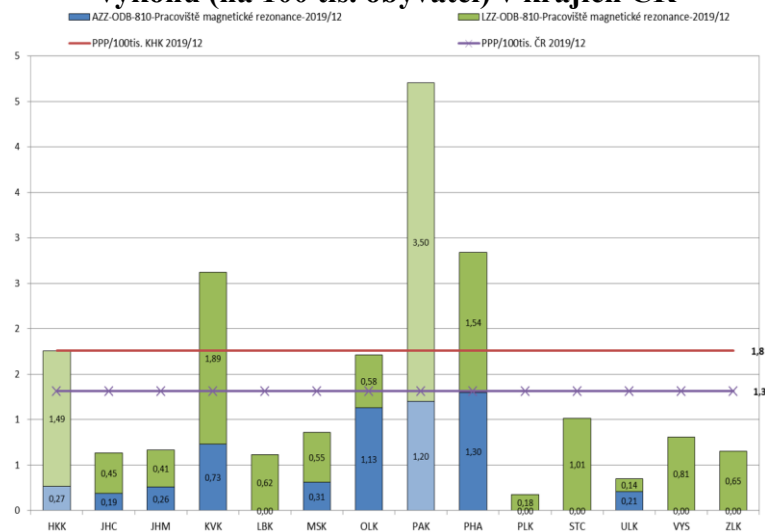
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



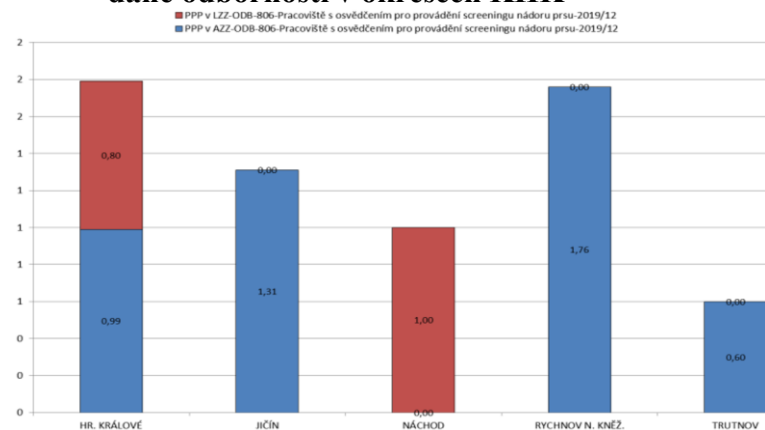
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



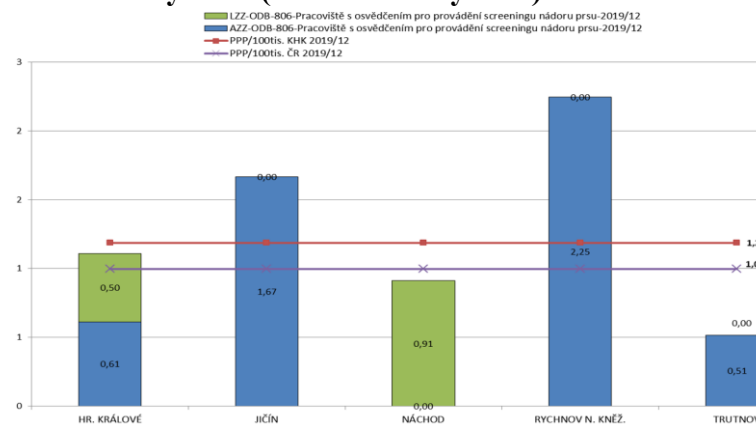
Obr. 7.3 (RTG) Mamografický screening (odbornost 806) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

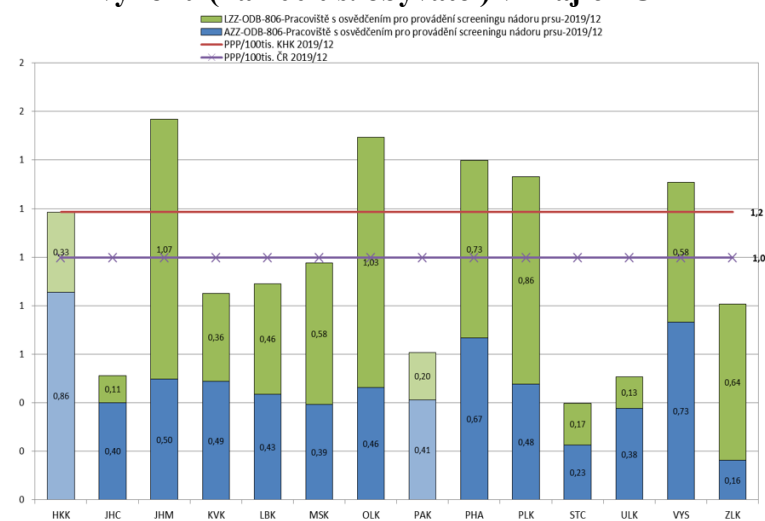
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



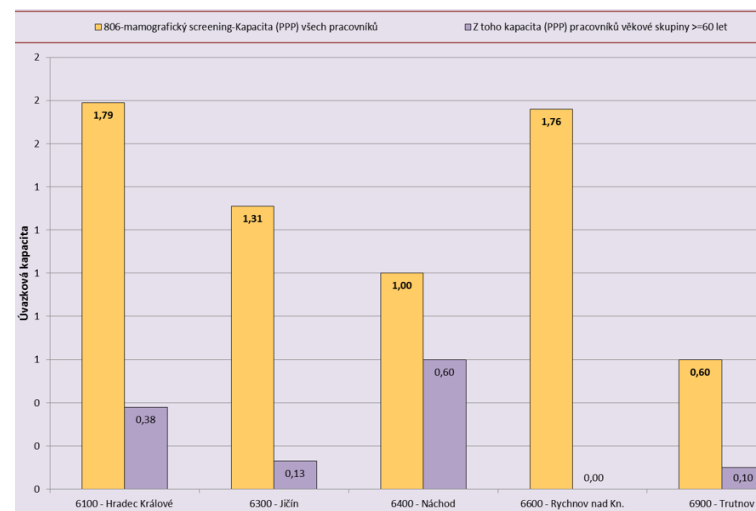
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR



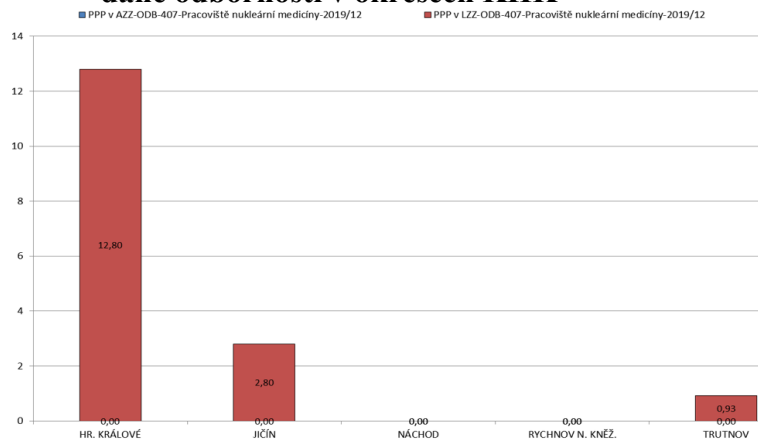
D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



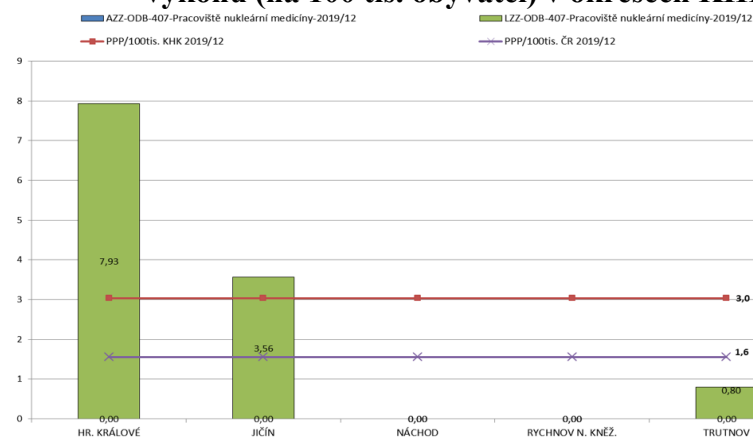
Obr. 7.4 (RTG) Nukleární medicína (odbornost 407) - analýza úvazků nositelů výkonů, r. 2019/12

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

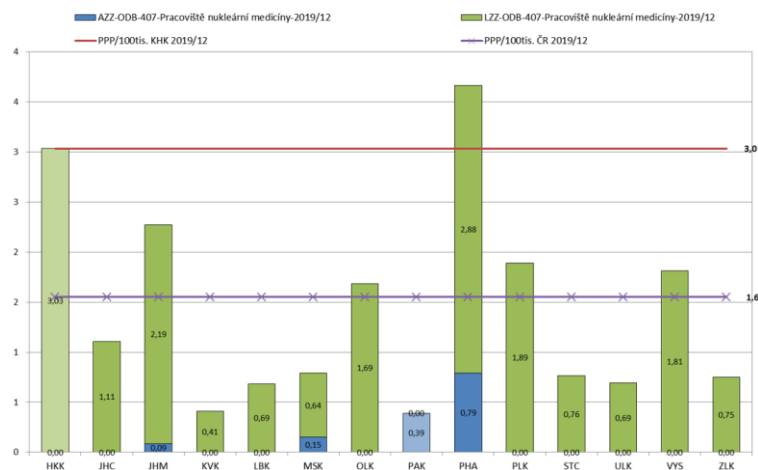
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR

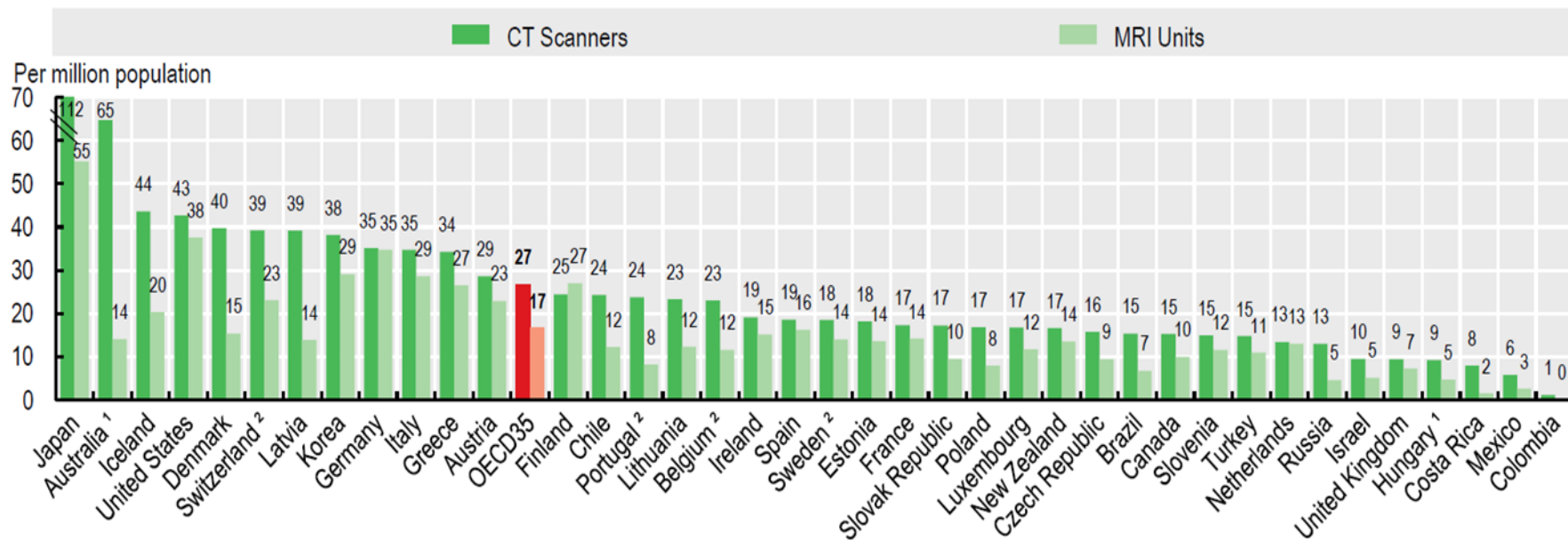


D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.5 (RTG) Počet MR a CT přístrojů v zemích OECD, r. 2017 (na 1 mil. obyvatel)

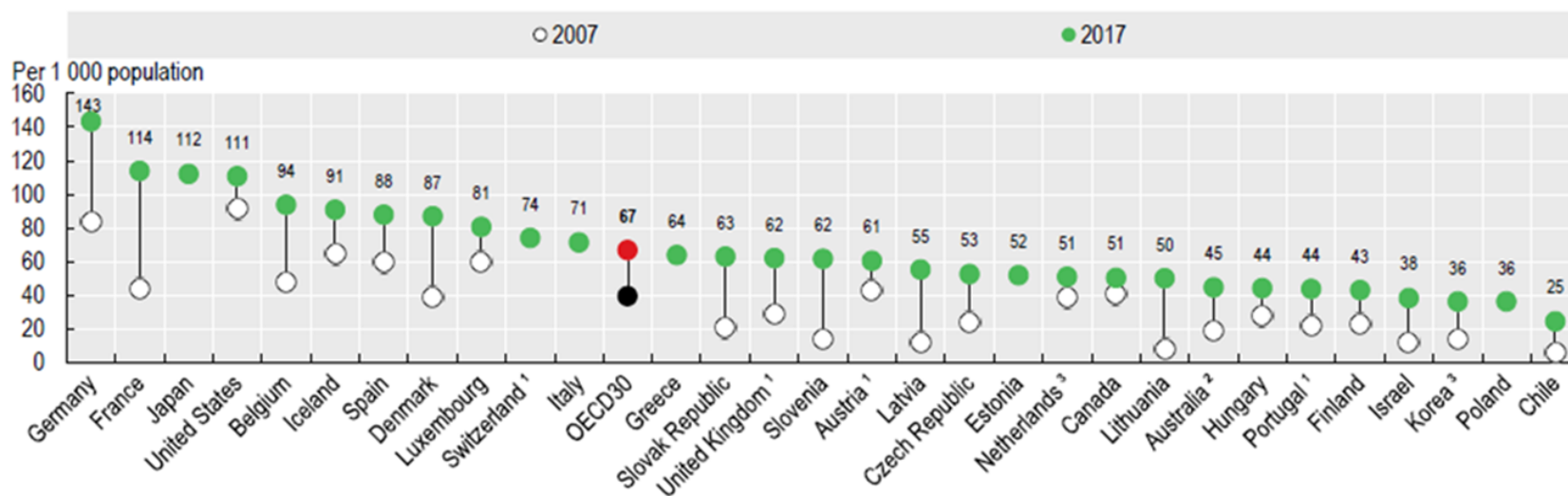
Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print) str. 193, obr. 9.3. Dostupné online z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en



Obr. 7.6 (RTG) Počet MR a CT vyšetření v zemích OECD, r.2007 a 2017 (na 1 tis. obyvatel)

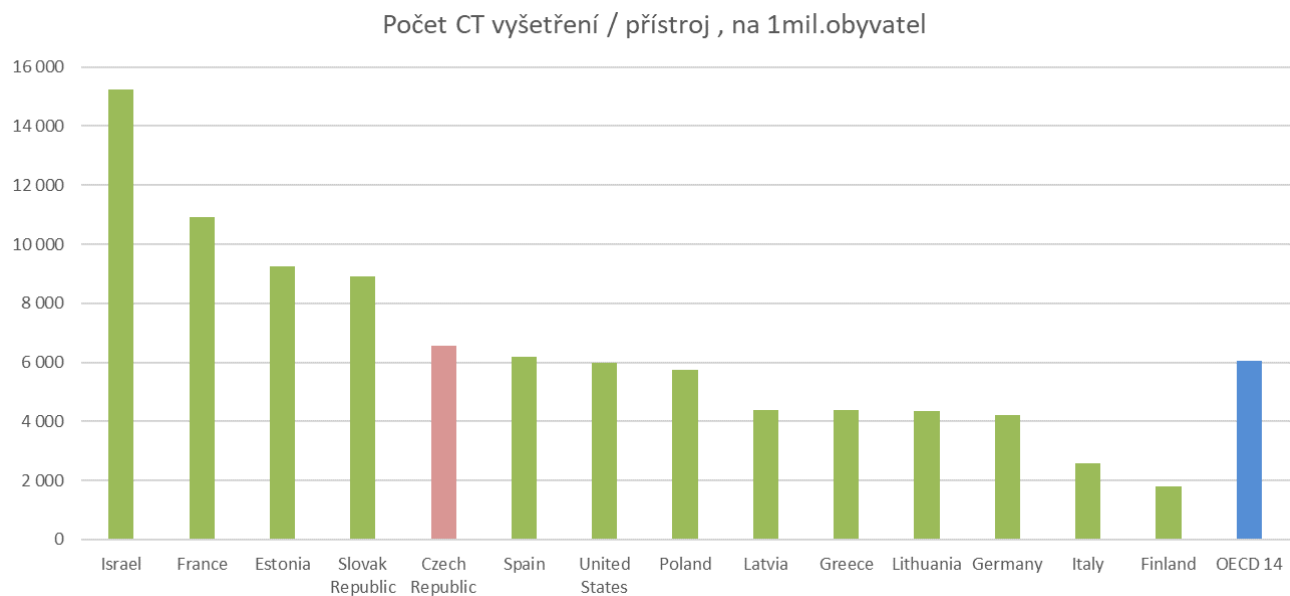
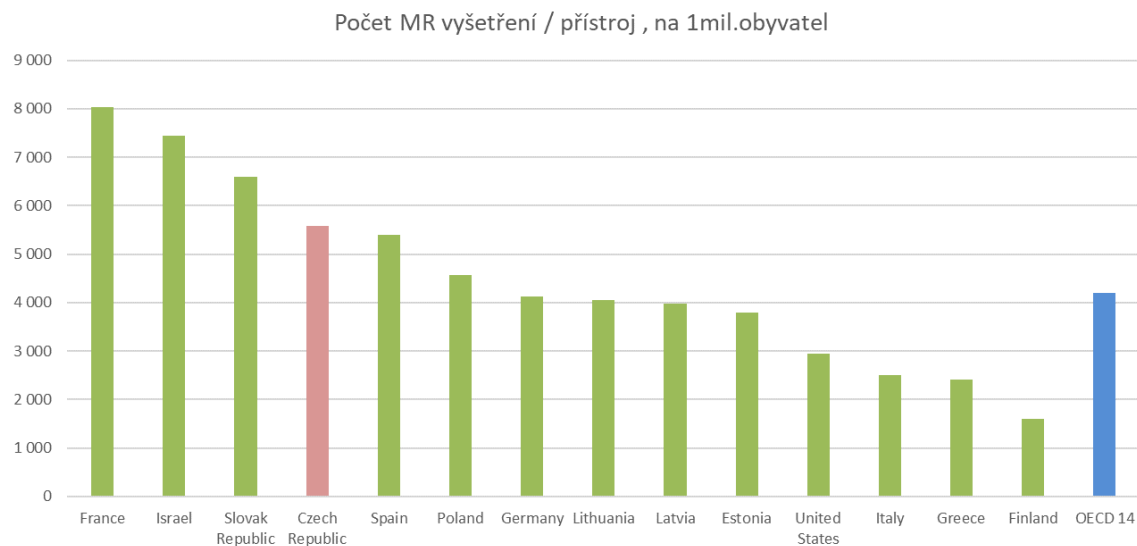
Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print) str. 193, obr. 9.4 a 9.5. Dostupné online z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Figure 9.4. MRI exams, 2007 and 2017 (or nearest year)



Obr. 7.7(RTG) Počet MR a CT vyšetření na 1 přístroj/rok ve vybraných zemích OECD, r. 2017

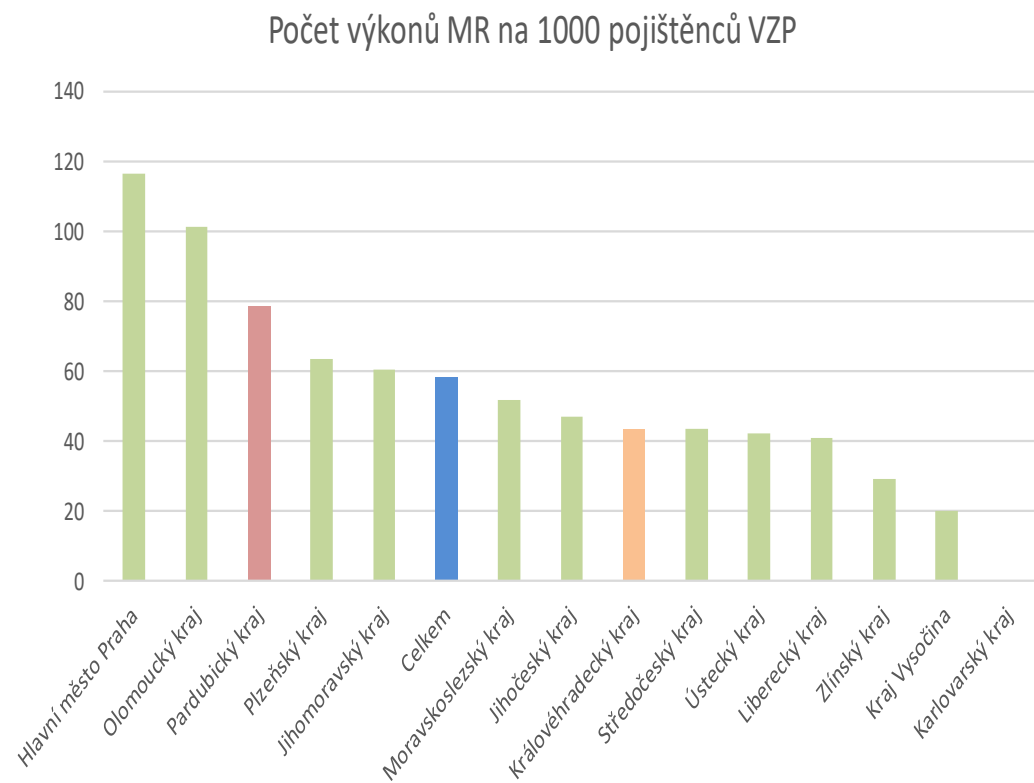
Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 193, obr. 9.3 – 9.5. Dostupné online z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en



Obr. 7.8 (RTG) Relativní počty MR vyšetření v krajích, r. 2018 (pouze pojištěnci VZP)

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

Kraj	Podíl VZP	Počet výkonů MR v roce 2018 u VZP	Počet výkonů MR na 1000 pojištěnců VZP
Hlavní město Praha	65%	99 488	116,3
Olomoucký kraj	38%	24 342	101,1
Pardubický kraj	67%	27 560	78,7
Plzeňský kraj	55%	20 421	63,3
Jihomoravský kraj	55%	39 402	60,4
Celkem	56%	345 886	58,1
Moravskoslezský kraj	31%	19 251	51,7
Jihočeský kraj	60%	17 967	46,9
Královéhradecký kraj	57%	13 762	43,6
Středočeský kraj	50%	29 795	43,5
Ústecký kraj	66%	22 707	42,1
Liberecký kraj	73%	13 298	41,1
Zlínský kraj	62%	10 554	29,3
Kraj Vysočina	72%	7 339	20
Karlovarský kraj	63%		0



Obr. 7.9 (RTG) Vývoj počtu MR vyšetření v ČR a v KHK v čase, r. 2015-2018 (pouze pojištěnci VZP)

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

Počet MR vyšetření (pac.VZP)	r.2015	r.2018	% r.2018/r.2015
ČR celkem	300 068	345 886	115%
Královéhradecký kraj	11 406	13 762	121%

Obr. 7.10 (RTG) Radiodiagnostika a blízké odbornosti - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
806 mamografický screening	16 644	24 164	40 808	40,80%
809 radiologie a zobrazovací metody	246 635	197 227	443 862	55,60%
810 magnetická rezonance a CT	7 699	4 630	12 329	62,40%

Obr. 7.11 (RTG) Nukleární medicína (odbornost 407) - Počet kontaktů pacientů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
407 nukleární medicína	8 748	0	8 748	100,00%

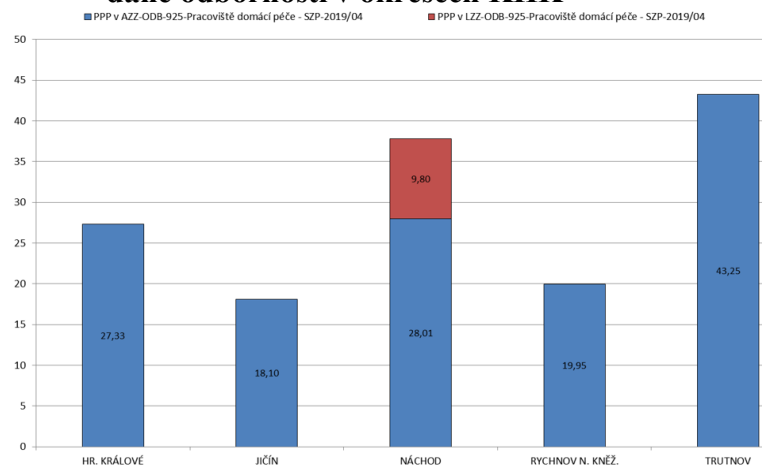
925 – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Obr. 7.1 (DZP) Domácí zdravotní péče (odbornost 925) - analýza úvazků nositelů výkonů - sester DZP, r. 2019/12

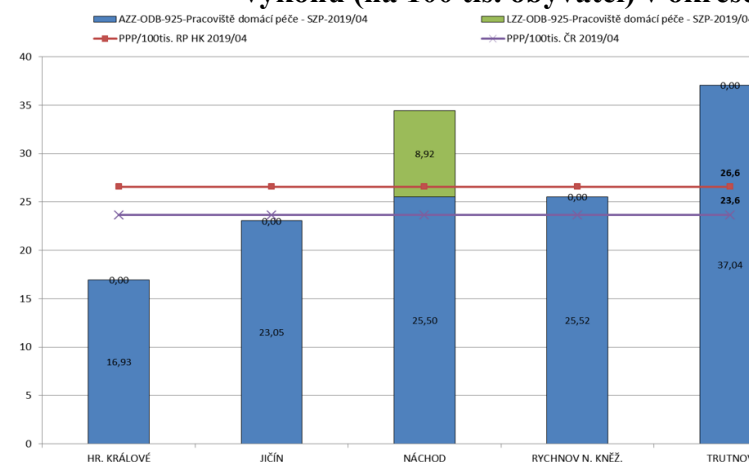
Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové. Materiál není veřejně dostupný.

(Pozn.: kapacita nemocničních lékařů v okrese Rychnov n. K. je pokryta Oblastní nemocnicí Náchod a.s.)

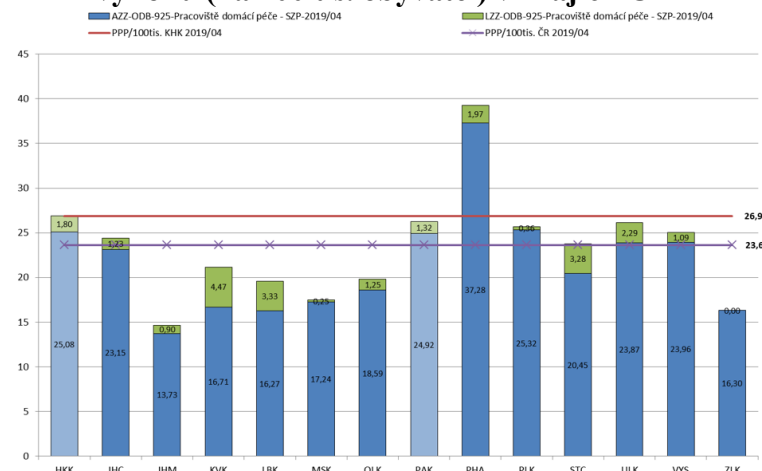
A. Absolutní kapacita všech nositelů výkonů dané odbornosti v okresech KHK



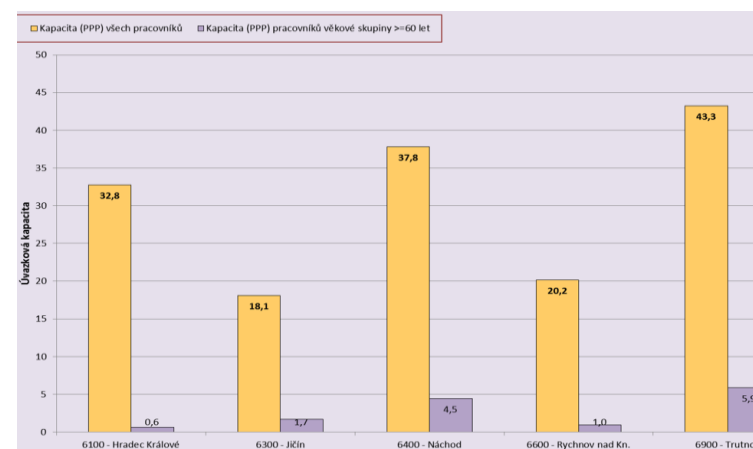
B. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v okresech KHK



C. Relativní kapacita omezená na ambulantní nositele výkonů (na 100 tis. obyvatel) v krajích ČR

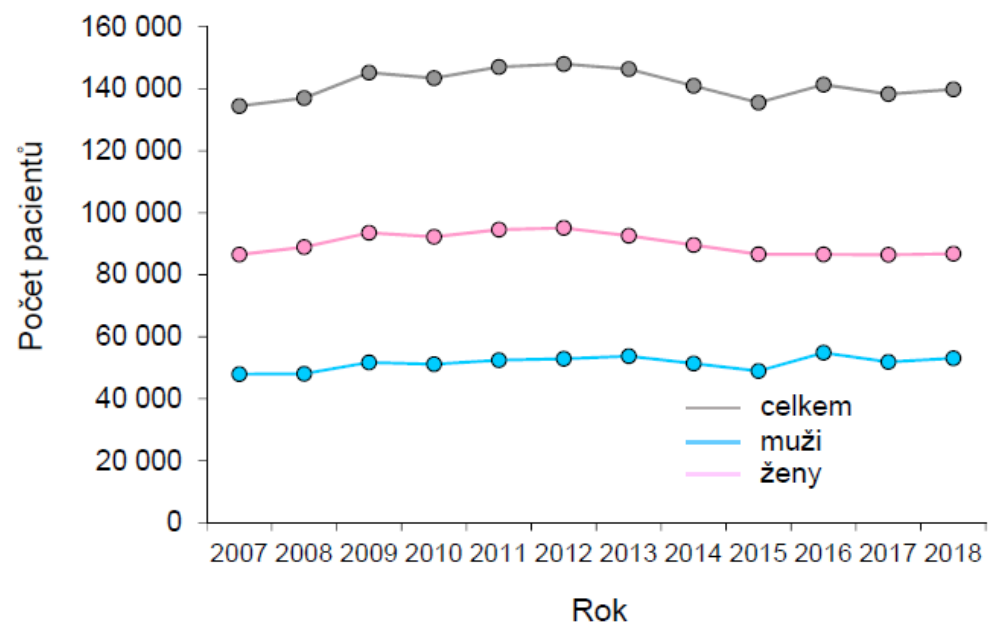


D. Porovnání absolutního počtu ambulantních úvazků dle věku nositelů (všichni / věk 60+) v okresech KHK



Obr. 7.2 (DZP) Domácí zdravotní péče - Vývoj absolutního počtu pacientů v DZP, ČR r. 2007-2018

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2018. NZIS REPORT č. K/31 (08/2019), ÚZIS ČR, str.7, obr.6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2018.pdf>



Obr. 7.3 (DZP) Domácí zdravotní péče - Vývoj počtu návštěv a pacientů DZP, ČR r. 2007-2018, přepočteno na 1000 obyvatel populace

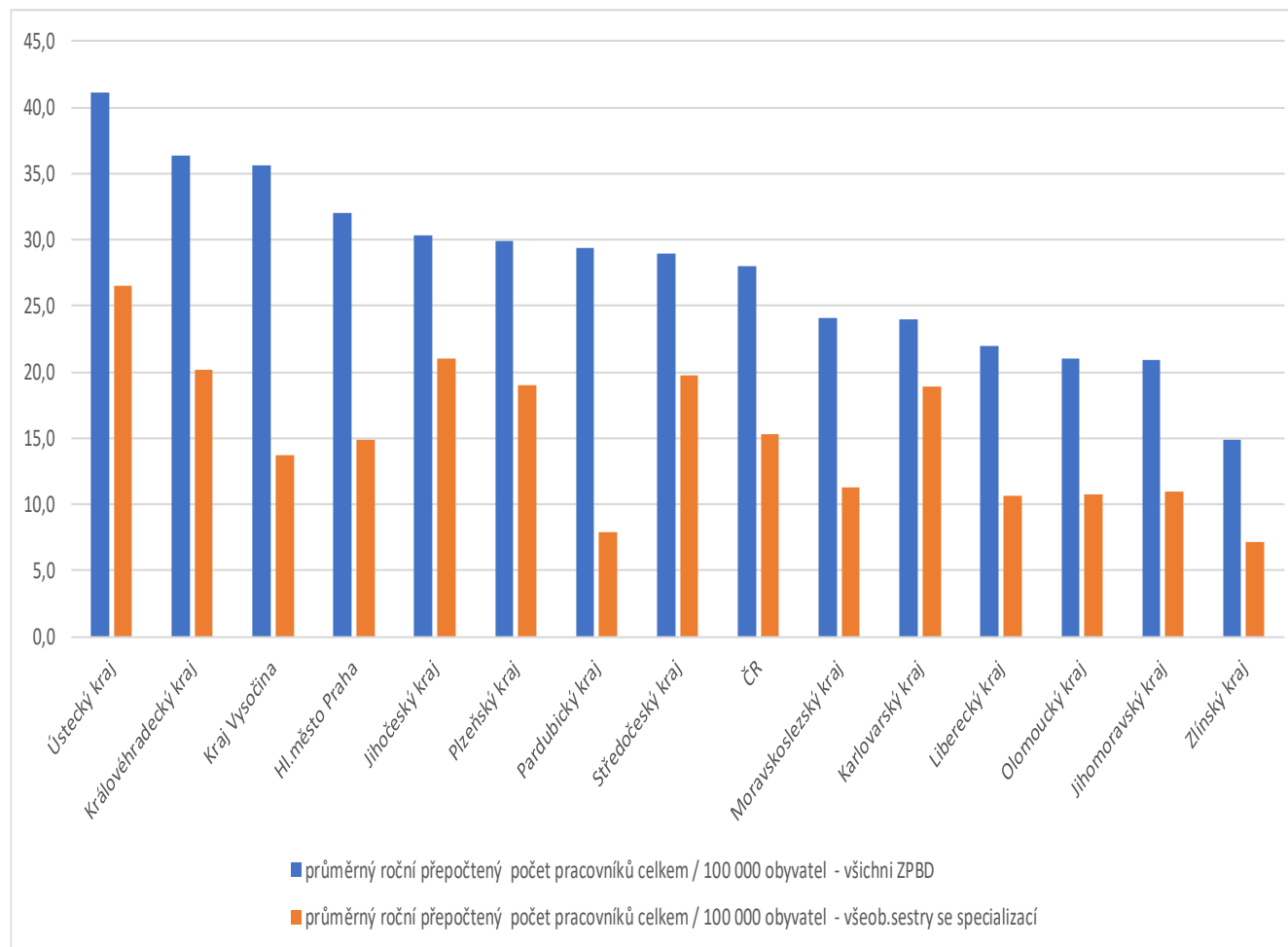
Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2018. NZIS REPORT č. K/31 (08/2019), ÚZIS ČR, příloha č.2, str.10. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2018.pdf>

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
počet návštěv celkem	570,59	528,76	545,88	542,92	563,47	571,50	562,84	658,96	754,54	654,72	593,35	606,56
počet pacientů celkem	13,02	13,13	13,84	13,64	14,01	14,08	13,92	13,39	12,86	13,38	13,06	13,16
počet pacientů 65+	10,17	10,26	10,73	10,82	11,08	11,21	11,16	10,95	10,73	11,00	10,94	11,10

Obr. 7.4 (DZP) Domácí zdravotní péče - Relativní počet pracovníků DZP na 100 000 obyvatel v krajích, průměrné úvazky v r. 2018

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2018. NZIS REPORT č. K/31 (08/2019), ÚZIS ČR, příloha č.3, str.11 (upraveno). Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2018.pdf>

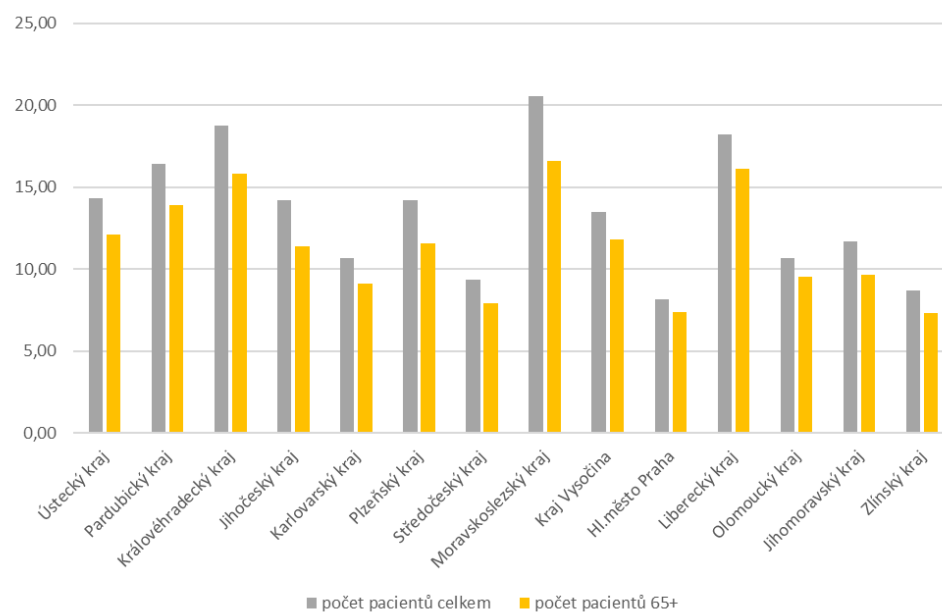
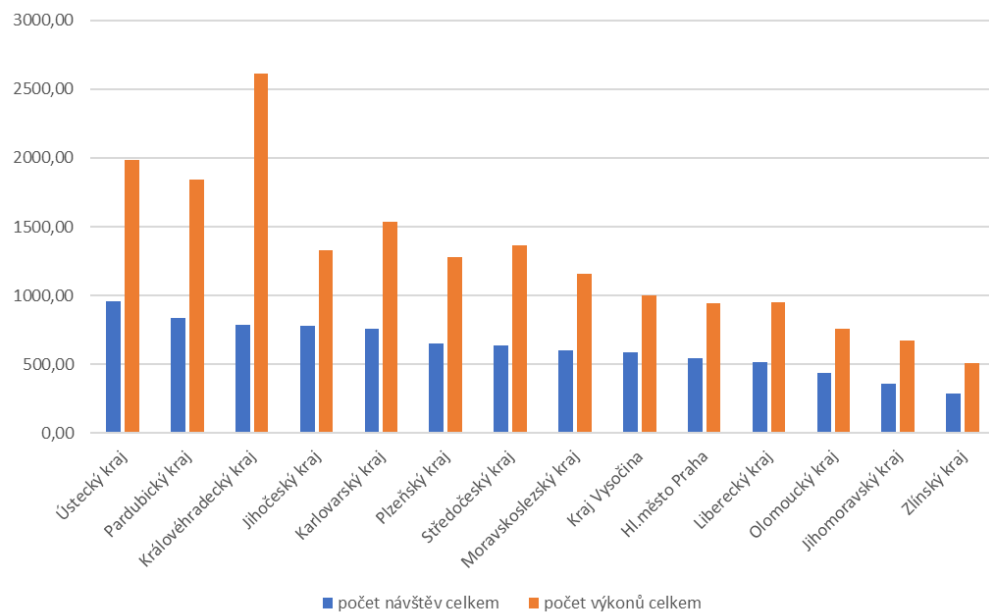
Kraj	průměrný roční přepočtený počet pracovníků celkem / 100 000 obyvatel	
	- všichni ZPBD	- všeob.sestry se specializací
Ústecký kraj	41,2	26,5
Královéhradecký kraj	36,3	20,2
Kraj Vysočina	35,6	13,8
Hl.město Praha	32,0	14,9
Jihočeský kraj	30,4	21,0
Plzeňský kraj	29,9	19,0
Pardubický kraj	29,4	7,9
Středočeský kraj	29,0	19,8
ČR	28,0	15,3
Moravskoslezský kraj	24,1	11,2
Karlovarský kraj	23,9	18,9
Liberecký kraj	22,0	10,7
Olomoucký kraj	21,0	10,7
Jihomoravský kraj	20,9	10,9
Zlínský kraj	14,9	7,2



Obr. 7.5 (DZP) Domácí zdravotní péče - Počet výkonů u pacientů DZP, provedených v krajích ČR r. 2018, přepočteno na 1000 obyvatel populace

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2018. NZIS REPORT č. K/31 (08/2019), ÚZIS ČR, příloha č.4, str.13 (upraveno). Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pecce-2018.pdf>

kraj	počet návštěv celkem	počet výkonů celkem	počet pacientů celkem	počet pacientů 65+
Ústecký kraj	957,49	1987,74	14,30	12,09
Pardubický kraj	835,45	1843,06	16,43	13,90
Královéhradecký kraj	788,24	2611,74	18,75	15,84
Jihočeský kraj	780,05	1331,56	14,19	11,42
Karlovarský kraj	758,21	1531,85	10,70	9,10
Plzeňský kraj	653,65	1275,78	14,23	11,59
Středočeský kraj	634,55	1362,65	9,35	7,93
Moravskoslezský kraj	604,53	1157,36	20,55	16,62
Kraj Vysočina	583,71	1001,85	13,50	11,82
Hl.město Praha	540,86	946,56	8,16	7,40
Liberecký kraj	517,38	948,09	18,20	16,14
Olomoucký kraj	434,58	760,46	10,70	9,51
Jihomoravský kraj	358,41	674,71	11,68	9,67
Zlínský kraj	286,45	507,95	8,73	7,32



Obr. 7.6 (DZP) Domácí zdravotní péče a domácí paliativní péče - Počet kontaktů v ambulancích nemocnic a v ambulantních zařízeních KHK, r. 2018

Zdroj: 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 05-22, 23, 24. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic KHK
925 sestra domácí zdravotní péče	0	56 144	56 144	0,00%
926 domácí paliativní péče	0	129	129	0,00%

Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy

Obr. 5.31 Pediatrie a neonatologie – Vývoj počtu hospitalizovaných v ČR

Kritický stav celého oboru pediatrie dokumentuje i tabulka, která ukazuje dramatické změny, které v pediatrii proběhly v období r. 1992–2018. Úbytek pediatriů způsobil pokles počtu lůžkových oddělení a celkový počet lůžek se snížil na 40 %(!), a to by byl tento pokles ve vlastní pediatrii ještě větší, kdyby nebyl kompenzován prudkým rozvojem a nárůstem lůžek neonatologických. Celkový počet hospitalizací se zvýšil o 5 %, zejména právě nárůstem neonatologických hospitalizací. Díky zkrácené ošetrovací době u standardních pediatrických hospitalizací dětí klesl celkový počet ošetrovacích dnů na polovinu. Tento vývoj byl způsoben faktem, že spolu s růstem medicínských zkušeností výrazně ubyla potřeba dlouhých hospitalizací a dnes se více dětí než dříve léčí s lehčími onemocněními ambulantně a v domácí péči. Ubylo tak převážně lehčích diagnóz a byly potlačeny hospitalizace spíše na pomezí zdravotní a sociální péče. Nebylo však těžkých pacientů a tím spolu s vývojem neonatologie zůstala pracovní zátěž v nemocnicích v podstatě stejná. Také většina specializované pediatrické ambulantní práce probíhá v nemocnicích (88,6 %) (viz. obr. 5.43).

Obr. 5.47 Migrace ambulantních pacientů za péči do KHK – 1. a 2. část

Na obraze, složeném ze dvou částí, je prezentován jeden dlouhý graf, rozdělený do 4 segmentů (vždy dva vedle sebe), ve kterých jsou seřazené ambulantní odbornosti sestupně tak, jak u nich narůstá podíl pacientů z jiných krajů než KHK. Podle toho se dá v grafu snáz orientovat – světle modré části sloupců ukazují procenta migrace do kraje. Vpravo od sloupců je celkový počet pacientů (N) v r. 2018 příslušné odbornosti. Tato migrační analýza není jednoznačně hodnotitelná bez znalosti pracovišť, kam pacienti přijíždějí, bez recipročních údajů o migraci z KHK do jiných krajů a bez diagnóz. V hodnocení se tak lze omezit jen na spekulativní úvahy o dobré pověsti některých pracovišť (odb. 613 - asistovaná reprodukce, mimokrajských pacientů 66,2 %), nedostatečná péče v některých oborech (014 klinická stomatologie, 31,8 %) nebo vyšší centralizace péče (304 – neonatologie, 43,7 %).

Nutno podotknout, že prezentovaný graf zobrazuje relativní počty migrujících, ale je ho možno přepočítat i na absolutní počty pacientů z jiných krajů, kteří zdravotnické služby v KHK využijí. Pomineme-li obrovská absolutní čísla u komplementů, kdy jsou zde vyšetřeni přímo pacienti (zobrazovací metody) nebo jejich laboratorní vzorky, tak absolutně nejvyšší počet pacientů v klinických oborech přichází do KHK kvůli odbornosti 603 gynekologie a porodnictví (migrace 28,6 %, 23 458 pacientů; nejedná se o vzorky pro screening děložního hrdla) a odbornost 501 chirurgie (migrace 12,8 %, 16 766 pacientů; v tomto případě se pravděpodobně jedná z části o turisty).

Migrační pohled na tomto obraze je dobrým příspěvkem do zobrazení ambulantních činností v kraji, i když migrační analýzy v této sféře nejsou ještě tak často publikovány jako pohyby pacientů hospitalizovaných. (K migrační analýze v gynekologické a porodnické oblasti viz též obr. 5.36).

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 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. 6.27 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).

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>

Obr. 6.30 Časový vývoj počtu hospitalizací u chorob oka 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 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.

Obr. 5.31 Pediatrie a neonatologie – Vývoj počtu hospitalizovaných v ČR

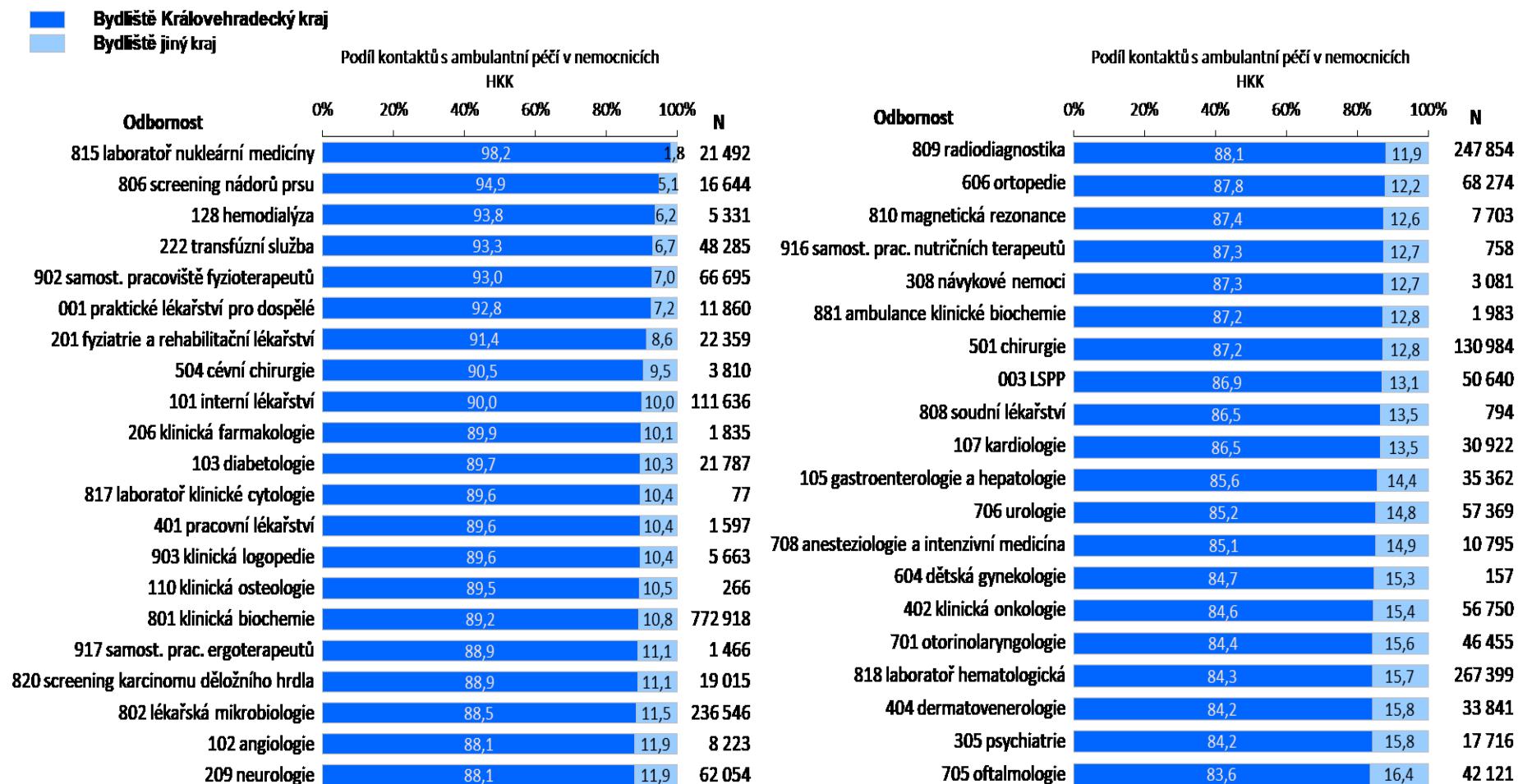
Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

Zdravotnická ročenka České republiky 1993. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ZdrRoc92.pdf>

<i>Parametr / obor</i>	<i>r. 1992</i>	<i>r. 2018</i>	<i>2018/1992</i>
lůžka celkem, z toho	12 383	4 907	40%
pediatrie	12 038	3 282	27%
neonatologie	345	1 625	471%
hospitalizace celkem, z toho	287 603	303 409	105%
pediatrie	279 738	257 676	92%
neonatologie	7 865	45 733	581%
ošetřovací dny	2 310 279	1 143 517	49%
pediatrie	2 260 001	878 446	39%
neonatologie	50 278	265 071	527%
délka hospitalizace (dny), z toho	8,0	3,8	47%
pediatrie	8,1	3,4	42%
neonatologie	6,4	5,8	91%

Obr. 5.47 Migrace ambulantních pacientů za péči do KHK – 1. část

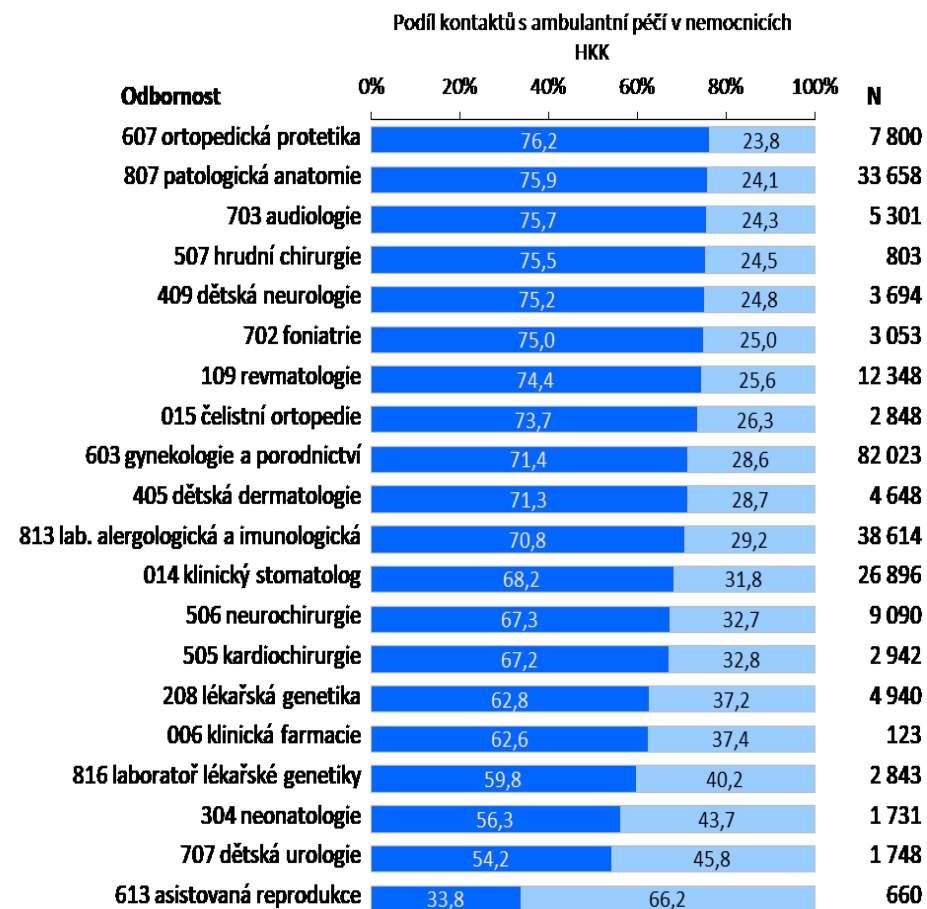
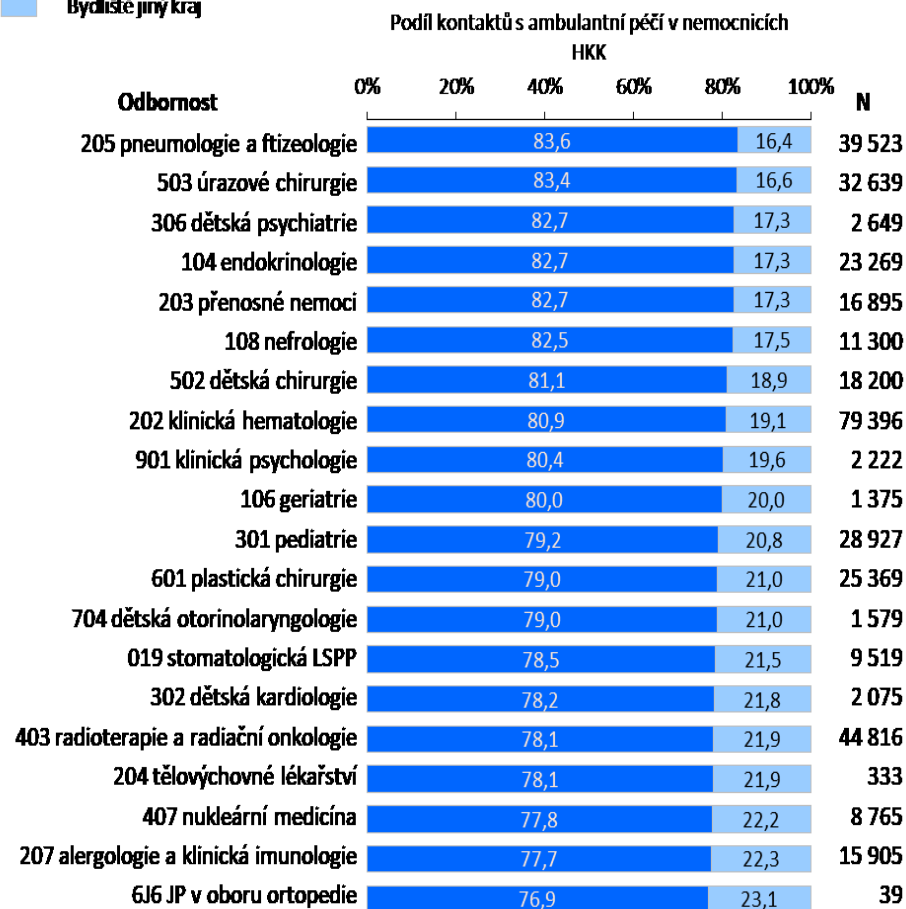
Zdroj: citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02C-37. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyti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



Obr. 5.47 Migrace ambulantních pacientů za péči do KHK - 2. část

Zdroj: 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-38. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

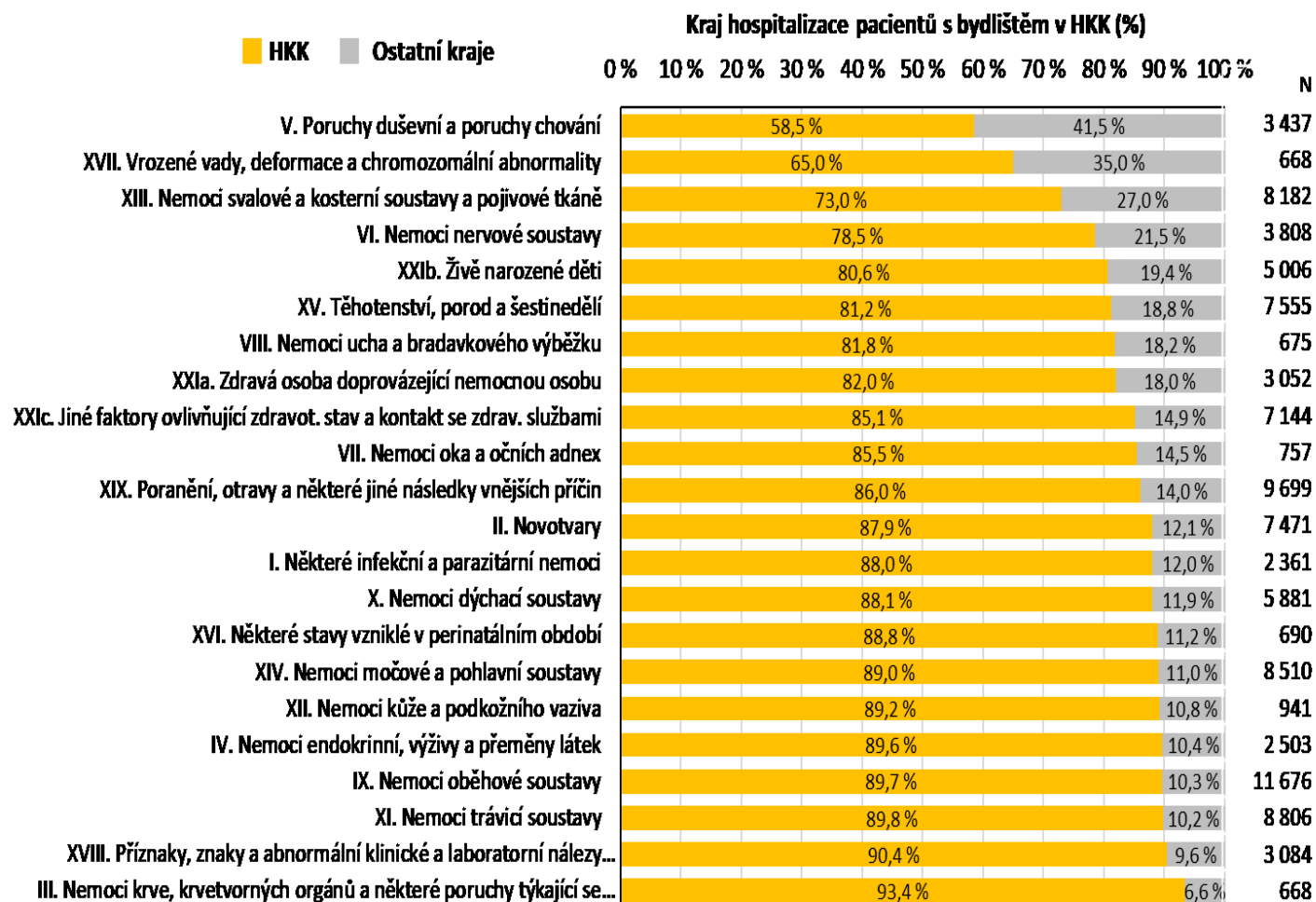
■ Bydliště Královéhradecký kraj
 ■ Bydliště jiný kraj



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/

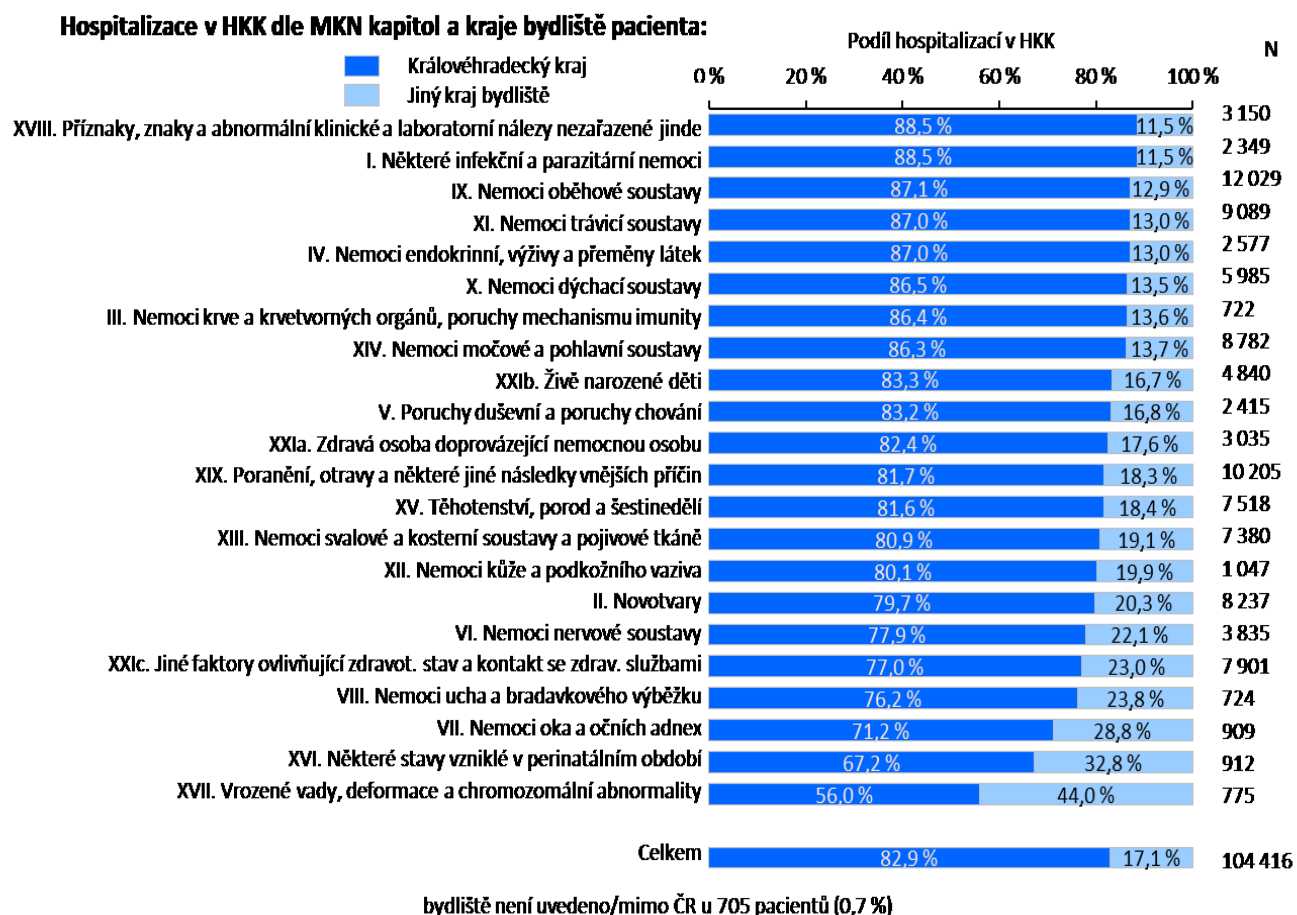


Hospitalizace pacientů s bydlištěm v HKK probíhají mimo zařízení HKK nejčastěji v případě vykázaných kapitol diagnóz V. Poruchy duševní a poruchy chování a dále v případě některých stavů vzniklých v perinatálním období, v rámci všech kapitol však probíhá hospitalizace z větší části v rámci královéhradeckých 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. 6.27 Migrace hospitalizovaných do FN HK z okresů KHK (bez o. HK) a z jiných krajů

Zdroj: Výroční zprávy 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. 6.30 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/>

